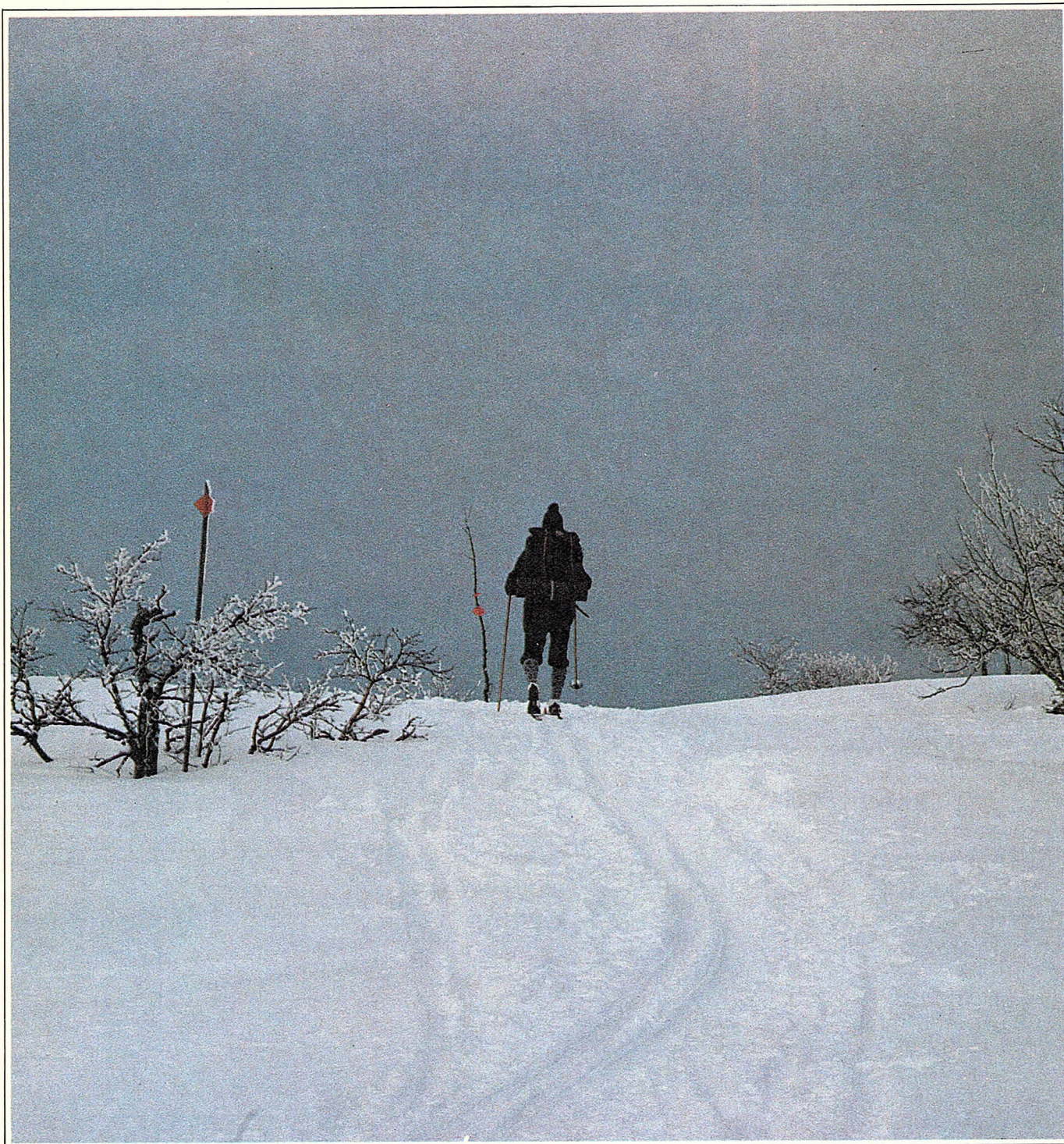


ALLMÄN MEDICIN

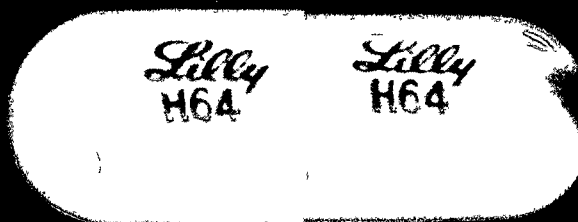
Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Att planera
primärvård

2
1984

Befolknings
undersökningar



DOLOXENE

dextropropoxifen

**Central smärtlindring
Tolereras väl**

Doloxene. Kapslar 50 mg och 100 mg. ΔR . Analgetikum. Deklaration. 1 kapsel innehåller: Dextropropoxyphen. napsyl 50 mg aut 100 mg, constit, et color (jarnoxid, titandioxid) q. s. Egenskaper. Dextropropoxifen absorberas väl och analgesi uppnås inom 30–60 minuter. Maximal effekt uppnås 2–3 timmar efter intag. Indikationer. Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. Försiktighet. Preparatet bör ej forskrivas till patienter med kroniska alkoholbesvär eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstankas. Dextropropoxifenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med koden. Graviditet och amning. Kategori A. Biverkningar. Kan gesedation, yrsel eller illamående samt undantagsvis obstipation eller buksmärta. Observera. Vid behandling med Doloxene kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skarpt uppmärksamhet krävs, t ex vid bilkörning. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa föreskriven dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. Förpackningar. Kapslar 50 mg: 50 st, 100 st, Kapslar 100 mg: 20 st, 50 st, 100 st.

DOLOXENE

ELI LILLY SWEDEN AB. Box 30037, 104 25 Stockholm. Telefon 08-13 02 50.

Sparre & Co

Ledare:

Att planera efter den nya hälso- och sjukvårdslagen 52

Föreningsnytt:

Rapport från SFAM:s årsmöte den 1 december 1983 53

Styrelsen för Svensk Förening för AllmänMedicin 1984 53

Langsamt blir faget vårt eget? 53

Kurser och konferenser:

SFAM:s vårmöte 24-25 maj 1984 i Uppsala 54

Handledarkurs i Jugoslaviën Anna-Karin Furhoff 54

Workshop om läkemedelsstatistik och läkemedelskonsumtion Christer Gunnarsson, Ture Sjöblom 55

Internationellt:

Vad gör WONCA mellan världskongresserna? Göran Sjönell 57

Befolkningsundersökningar:

Att genomföra enkätundersökningar om levnadsvanor är att visa respekt för egna bedömningar Barbro Westerholm 58

Hälsopolitik:

Resursfördelning mellan primärvårdsområden - Principer och alternativ Finn Diderichsen 60

Utbildning i AllmänMedicin:

Samhällsmedicin och samverkan i läkarutbildningen Sonja Hedström, Nils-Göran Lundström Monica Nordberg, Lars-Åke Persson Stig Wall 63

Gruppbehandling:

Gruppbehandling med diet och fysisk träning av medelålders män och kvinnor med glukosintolerans Bodil Balke, Göran Ekberg Lena Larsson, Barbara Sandnes Erik Trell 66

Psykiatri i primärvård:

Samspel primärvård-psykiatri Astrid Palm, Ulf Palm 70

Alternativ vård:

Besök hos homeopat, akupunktör, zonterapeut - en enkätundersökning Ingmar Fagerlund 72

Rökavvänjning i primärvård:

Hur går det för våra rökavvänjningspatienter? Rune Lindquist 74

Prevention - nya lagar:

Socialstyrelsen föreslår annonsförbud och kraftig skärpning av tobaksskatt 77

Debatt:

Audiometrins roll vid otitkontroller i primärvården Georg Larsson 79

Hypertonibehandling utan läkemedel:

Verkningsmekanismer Anders Överby 80

Recensioner:

Nya böcker om Samhällsmedicin En bok utan pekpinnar Den förunderliga vetenskapen 84

Omslagsfoto: Bo Haglund

Att planera efter den nya hälso- och sjukvårdslagen

Våra samhällsformer har fått en alltmer komplicerad struktur genom bla naturvetenskapens, teknikens och industrins omskapande verksamhet. Kravet på en målmedveten förebyggande hälsovård har därför i högsta grad skärpts. Medvetenheten om det komplicerade samspelet mellan människan och hennes miljö är grunden för den nya hälso- och sjukvårdslagen. En huvudmålsättning är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. För att nå målet krävs kunskaper om de villkor i närmiljö och samhällsstruktur som påverkar hälsan, positivt eller negativt. Kartlägningsarbete är nödvändigt för att få den kunskap som kan ligga till grund för planering av hälso- och sjukvård. Dessa frågor diskuteras i tre artiklar i detta nummer av AllmänMedicin.

Barbro Westerholm understryker i "Att genomföra enkätundersökningar om levnadsvanor är att visa respekt för människors egna bedömningar", att kartläggning av och kunskaper om sambanden mellan miljö, hälsa och livsstil är en viktig förutsättning för demokratisk planering i vårt samhälle. "Information om hälsorisker ökar den enskildes möjligheter att välja ett hälsosammare liv. Motsatsen är att påtvingas hälsorisker som man varken känner till eller kan påverka. Då kan man börja tala om Storebror."

Finn Diderichsen diskuterar "Resursfördelning mellan primärvårdsområden - principer och alternativ". En behovsorienterad planering av hälso- och sjukvården kräver inte bara kunskaper om vårdbehov och vårdutnyttjande utan också om hälsorisker och ohälsoundikationer. Kartlägningsarbete genom enkäter, intervjuer och hälsokontroller är en viktig källa till sådan kunskap på primärvårdsområdesnivå.

Sonja Hedström och medarbetare visar i "Samhällsmedicin och samverkan i läkarutbildningen", hur praktisk kunskap och kartläggningen av samspelet mellan individ och miljö kan erhållas. Undervisningsmodellen är ett föredöme och används också på andra universitetsorter.

Diskussionerna om förutsättningar och principer för omfördelning av hälso- och sjukvårdens resurser kan innebära ökade möjligheter för primärvården och upplevas som ett hot av andra. Ett av primärvårdens viktigaste kartlägningsinstrument - enkätundersökningen - har blivit hårt angripen. Detta har märkts på flera håll i Sverige, tex i Olofström och i Stockholm. Expressen med sin "Storebrorsdebatt" har varit det ledande språkröret för denna kritik. Vi kommer att återkomma om dessa och andra för primärvården centrala projekt.

I en krympande ekonomi kommer motsättningarna i resursfördelningsdiskussionen att märkas på flera håll i landet. AllmänMedicin vill följa och rapportera om erfarenheter från skilda håll. Hör av er med inlägg!

Bo Haglund

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för Svensk Förening för Allmän Medicin (SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

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

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

Carl Edvard Rudebäck,
Märiehems vårdcentral,
Morkullavägen 9, 902 37 Umeå.
Tel 090/1245 09

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

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

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

Tidningen utkommer med 4-6 nummer per år. Prenumerationsavgiften inbetalas till postgiro 37 5440-5 till AllmänMedicin. Ange att avgiften avser prenumeration. Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1984.

ISSN 0281-3513

Förenings
nytt

AllmänMedicin

Manus-stopp förskjutet!

Vid årsmötet för Svensk Förening för Allmän Medicin 1983 beslutades om ett blockabonnemang på Scandinavian Journal of Primary Health Care. I överenskommelsen med Almqvist & Wiksell får alla medlemmar i SFAM i fortsättningen den engelska tidskriften för 40 kronor, vilket ingår i medlemsavgiften. Distribution av Scandinavian Journal of Primary Health Care kommer att skötas via allmän medicin. Detta medför en viss senareläggning av AllmänMedicin nr 3.

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1984. 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 hinna med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagarna.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för AllmänMedicin 1984.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
3	9/4-84	" 21
4	1/6-84	" 37
5	17/9-84	" 44
6	15/10-84	" 48

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1984

	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 SFAM:s årsmöte den 1 december 1983

Vid årsmötet, som var förlagt till kvällen för att ej sammanfalla med Riksstämmans aktiviteter, var endast 36 SFAM-medlemmar närvarande. Det diskuterades därför att fortsättningsvis förlägga årsmötet till SFAM:s höstmöte. För detta måste dock en stad-geändring göras vilket tidigast kan ske vid årsmötet på Riksstämman 1984.

Val av förtroendemän.

Till ordförande för 2 år valdes Bengt Linder (omval), vice ordförande för 1 år Bengt Scherstén (nyval), vetenskaplig sekreterare för 2 år Gösta Tibblin (nyval), facklig sekreterare för 2 år Göran Sjönell (omval), skattmästare för 1 år Magnus Eriksson (omval). Till ordinarie ledamöter för 1 år valdes Bo Haglund (omval), Gunilla Hegardt (omval), Tomas Kenedi (nyval; senare avsagt sig sin plats i styrelsen) och Carl-Edvard Rudebeck (omval). Till adjungerad ledamot i styrelsen valdes Ulf Gästrin.

Mats Beling och Birgitta Hovellius hade avsagt sig omval.

Till ordinarie fullmäktige i Svenska Läkaresällskapet för 1983-1984 valdes Bengt Linder och Gösta Tibblin med Carl-Edvard Rudebeck och Göran Sjönell som suppleanter.

Till revisorer valdes Eje Halleberg (omval) och Britt-Gerd Malmberg (omval). Till revisorssuppleanter valdes Peter Fridström (omval) och Mogens Hey (omval).

Valberedning för det kommande året: Birgitta Hovellius ordförande (nyval), Ingvar Krakau (omval), Matts Beling (nyval) och Gösta Brydolf (nyval).

Bo Haglund föredrog sitt förslag till kollektiv prenumeration av Scandinavian Journal of Primary Health Care. Paul Backer, huvudredaktör för Scandinavian Journal of Primary Health Care, som inbjödits till årsmötet, presenterade allmänmedicinens utveckling i Norden under de senaste decennierna och framhöll att det var angeläget med allt stöd åt tidskriften under de närmaste åren. Efter diskussionen tillstyrkte årsmötet kollektiv prenumeration på tidskriften, vilket skedde efter votering.

Styrelsens förslag till handlingsprogram som publicerats i AllmänMedicin nr 4 1983 diskuterades och godkändes av årsmötet.

Årsavgiften för 1984 fastställdes till 190 kr.

Styrelsen föreslog årsmötet att ändra föreningens namn till Svensk Förening för Allmänmedicin, vilken namnändring godkändes av årsmötet utan diskussion.

Bengt Johansson, Södertälje, hade i en motion yrkat att årsmötet uppdrog åt SFAM:s styrelse att till årsmöte 1984 vidtaga de åtgärder som krävs för att SFAM enbart skall utgöra en sektion inom Svenska Läkaresällskapet och ej

i Sveriges Läkarförbund. I diskussionen framfördes att en utredning inom Läkarförbundet skall göras med översyn av de vetenskapliga sektionernas ställning inom Läkarförbundet. Styrelsens förslag att avstyrka motionen, men att Bengt Johanssons synpunkter skall föras vidare till utredning som sker inom Läkarförbundet, tillstyrktes av årsmötet.

Styrelsens tolkning av överenskomsten med barnläkaren (Pediatrik i Primärvård), vilken publicerats i AllmänMedicin nr 4 1983, diskuterades. Det framfördes att styrelsen ej ensidigt kan göra en tolkning utan att sådana tolkningar måste göras lokalt. Styrelsen framhöll att en tolkning måste göras då medlemmar i SFAM begärt en sådan. Ordförande Bengt Linder framhöll att styrelsens tolkning var enhälligt, att styrelsen står fast vid överenskomsten med barnläkarna och att konflikter vid tolkning av densamma bör lösas lokalt. Årsmötet ställde sig efter diskussionen bakom styrelsens tolkning.

Birgitta Hovellius
Sekreterare

Styrelsen för Svensk Förening för Allmänmedicin 1984

Ordförande: Bengt Linder, Hälsovårdsenheten, Timmerv. 3, 54164 Skövde. 0500/35010. Bostad: Blomsterv. 7, 54141 Skövde.

Vice ordförande: Bengt Scherstén, Vårdcentralen, 24010 Dalby. 046/209200.

Facklig och internationell sekreterare: Göran Sjönell, Matteus vårdcentral, Surbrunnsg. 66, 11327 Stockholm. 08/340240.

Skattmästare: Magnus Eriksson, Centralv. 7, 15157 Södertälje. 0755/860001 (bost), 0755/87000 (arb).

Vetenskaplig sekreterare: Gösta Tibblin, Institutionen för allmänmedicin, Akademiska sjukhuset, 75185 Uppsala. 018/166000.

Bo Haglund, Karolinska institutet, soc.med inst., Vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg. 08/989100.

Gunilla Hegardt, Haga vårdcentral, Box 14056, 70014 Örebro. 019/105220 (arb), 019/234231 (bost).

Carl Edvard Rudebeck, Mariehems vårdcentral, Morkullev. 9, 90237 Umeå. 090/124509.

Adjungerad ledamot: Ulf Gästrin, Västra industriläkarkliniken, Björkgatan 1, 63221 Eskilstuna. 016/120020.

Langsamt blir faget vårt eget

I 1984 fyller våre to første professorer i almenmedisin runde år. Dette skjedt samtidig med at faget står rett foran – eller kanskje midt oppe i – betydelige forandringer:

- den nye lov om kommunehelsetjenesten trer i kraft 1.1.84
- almenmedisin skal bygges ut som full spesialitet
- Norsk selskap for almenmedisin er nylig stiftet.
- almenmedisin er i ferd med å bli et betydelig fag i medisinerstudiet
- forskning i almenpraksis er i sterk fremvekst.

Dette spennende sammenfall av lykkelige hendelser gjør at vi vil lage et festskrift. Hensikten er både å hylle de to foregangsmenn, og å se på hvordan de ulike deler av faget bør bygges videre ut frem mot år 2000.

Boken innledes med et nærbilde av de to jublantene. Så følger et kapittel om norsk almenmedisins nære historie. I hoveddelen klargjør norske almenpraktikere mål og midler for det faglige utviklingsarbeid frem mot tusenårsskiftet på områder som: klinisk praksis, organisasjonsformer, studentundervisning, spesialistutdanning, forskning, m.m.

Vi inviterer med dette til å tegne seg på Tabula Gratulatoria og forhåndsbestille boken.

Per Fugelli og Kjell Johansen
(sign)
Redaktører

Til Universitetsforlaget
v/Hjørdis Hansen,
postboks 2977 Tøyen, Oslo 6

Jeg bestiller herved ____ eks. à kr 150,-
av festeskiftet til Chr. F. Borchgrevink
og Sigurd Humerfelt.

Jeg ønsker/ønsker ikke nanet mitt i Tabula Gratulatoria.

Navn _____

Adresse _____

- ☐ Kr 150,- er vedlagt i krysset sjekk.
☐ Vennligst send med faktura.

Boken vil bli tilsendt portofritt så snart den foreligger (sommaren 1984). Eventuelle forespørsler bes stillet til Universitetsforlagets redaksjonsavdeling, v/Hernes, tlf 276060, postboks 2959 Tøyen, Oslo 6.

SFAM:s vårmöte 1984

SFAM:s vetenskapliga vårmöte förlägs till Uppsala under tiden 24-25 maj 1984 och arrangeras av Allmänmedicinska institutionen, Uppsala.

Kostnader

Konferensavgiften är 250 kronor för SFAM-medlemmar och 350 kronor för icke medlemmar. Hotellrum finns reserverade på ett flertal hotell i Uppsala. (OBS! Vid anmälan efter den 15 mars ombesörjer deltagare själv hotellbokning.) I konferensen ingår samtliga måltider inklusive middag den 24 maj på Uppsala slott.

Anmälan

Senaste anmälningsdag är den 15 mars. Detta är också sista datum för inlämnande av abstract till fria föredrag. Vid anmälan efter den 15 mars tillkommer en kostnad på 50 kronor. Anmälningsblankett bifogas.

Program

Torsdag 24 maj

13.00-13.45

Plenum med välkomsthälsning och information.

14.00-17.30

Gruppdiskussioner med följande tema:

1. Lipidreduktion i förebyggande syfte. Var står vi idag? (Jerzy Leppert och Sven Cullman).
 2. Farmakoterapi i primärvården (Hans Åberg och Moa Vlastos).
 3. Höftledsfraktur (Bengt Scherstén).
 4. katastrofberedskap på vårdcentral (Tommy Jäverfalk mfl).
 5. Att mäta primärvård (Per Svartling mfl).
 6. Grundutbildning och FV-utbildning (Gösta Tibblin och Lars Lindholm).
- Gemensam middag i Rikssalen på Uppsala slott.

Fredag 25 maj

8.30-10.30

Symposium "Primärvårdens utveckling i Sverige" (medverkande: Harry Boström, Gustaf Brynolfsson, Gunnar Hofring, Hans Rundcrantz, Gösta Tibblin mfl).

11.00-12.30

Gästföreläsningar. Bengt Scherstén talar om diabetes i primärvården och Hanni Vuori om primärvårdens utveckling i Europa.

12.30-14.00

Lunch.

14.00-16.00

Fria föredrag.

16.00-16.15

Avslutning (Gösta Tibblin).

Senaste anmälningsdag den 15 mars 1984. Vid anmälan efter 15 mars tillkommer en kostnad på 50 kr. Ordinarie konferensavgift är 250 kr för SFAM-medlemmar och 350 kr för icke medlemmar.

Senaste anmälningsdag för abstract av fria föredrag är också den 15 mars 1984.

Båda anmälningarna sändes till docent Hans Åberg, Allmänmedicinska institutionen, Akademiska sjukhuset, 75185 UPPSALA.

Anmälan till SFAM:s vetenskapliga vårmöte 24-25 maj 1984 i Uppsala.

(namn)

(bostadsadress)

(postnummer, postadress)

Belopp 250 kr för medlem i SFAM
350 kr för icke medlem i SFAM

Insättes på postgiro 518428-8 (Hans Åberg).

Märk talongen "Uppsala möte".

Senaste anmälningsdag inkluderande inbetalning av avgift **1984-03-15**. Vid anmälan efter detta datum är avgiften 300 kr resp 400 kr.

Önskar hjälp med hotellrum

☐ Ja ☐ Nej

Olika hotellalternativ

	Enkel- rum	Dubbel- rum
Hotell Hörnan	240:- ☐	360:- ☐
Hotell Geijer	370:- ☐	491:- ☐
Hotell Gillet	440:- ☐	
Hotel Uplandia	445:- ☐	550:- ☐
Hotell Esso	*198:- ☐	256:- ☐

*Priset förutsätter att ett visst antal dubbelrum bokas.
Samtliga priser med reservation för eventuella prisändringar.

OBS! Vi kan inte hjälpa till med hotellrum för anmälningar som gjorts efter 1984-03-15.

Välkomna till Uppsala-mötet!

Gösta Tibblin - Hans Åberg

Adress:

Docent Hans Åberg
Allmänmedicinska institutionen
Akademiska sjukhuset
75185 UPPSALA

Handledarkurs i Jugoslavien

Kursen "Training of Teachers of General Practice" äger rum vid Inter-University Centre of Postgraduate Studies i Dubrovnik 24-27 april 1984. Kursen har initierats av Leewenhorst-gruppen, och syftet är att hjälpa deltagarna att lägga upp en handledarutbildning. En kurs med samma tema och till stor del samma resurspersoner (bla John Horder, President of Royal College of General Practitioners, Zelimir Jaksic, professor i allmänmedicin i Bergen) ägde rum våren 1983. I den deltog 22 allmänläkare från åtta europeiska länder. Under en intensiv vecka diskuterades innehåll och former för utbildning i allmänmedicin på olika nivåer.

En kurs som varmt kan rekommenderas för utbildningsintresserade allmänläkare!

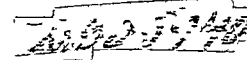
Ytterligare upplysningar kan erhållas från Anna-Karin Furhoff, Sollentuna vårdcentral, Box 164, 19123 Sollentuna, tel 08/211962, eller direkt från Inter-University Centre for Postgraduate Studies, Frana Bulica 4, YU-Dubrovnik, Jugoslavien.

Rök inte där någon annan får obehag.

Alla som vistas i rökig miljö röker.
Även om de inte är rökare.
Måste du röka så gör det där ingen annan får obehag.

SOCIALSTYRELSEN.

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



Stora skillnader – små förklaringar till olikheter i läkemedelsanvändningen i Norden

CHRISTER GUNNARSSON · TURE SJÖBLOM

Vid ett workshop, anordnat av Nordiska Läkemedels Nämnden (NLN) om läkemedelsstatistik och läkemedelskonsumtion den 21–22 september 1983 behandlades flera frågor av stort intresse för primärvårdens läkare. Vi behöver ökad kunskap om våra förskrivningsvanor, som troligen uppvisar stora skillnader mellan olika läkare. Dessa skillnader är inte korrelerade till morbiditetsskillnader i vår patientstock.

Nyckelord: Kongressrapport, Läkemedel, Statistik, Primärvård.

Eftersom primärvårdsläkare svarar för den största andelen förskrivningar i de vid workshopen aktuella farmakagrupperna – antibiotika och psykofarmaka – måste vi även själva aktivt engagera oss i den forskning som söker kunskap om läkemedelskonsumtion i befolkningen. – Alla upplever vi sömnmedelsförskrivningen som ett problem. Har vi kunskaper nog att säga om förskrivningsmängden är befogad eller för stor? Den norske allmänläkaren Arild Björndahl har i sin avhandling visat på mycket stora lokala skillnader när det gäller psykofarmakaförskrivning i olika områden i Norge.

Vid workshopen deltog allmänläkaren Christer Gunnarsson och Birgitta Hovellius. Här nedan följer ett kort referat från mötet. Ytterligare presentation kommer senare i Nordisk Medicin.

Målsättning

Målsättningen med workshopen var: att presentera NLNs resultat på statistikområdet inklusive användandet av DDD och ATC,

att analysera skillnader i läkemedelsförbrukningen i berörda läkemedelsgrupper, mellan länder och landsdelar och försöka förklara dessa skillnader, alternativt föreslå studier som kan ge underlag för förklaringar till skillnaderna,

att ge förslag till hur forskningen kring analys av nordisk läkemedelsstatistik kan stimuleras och utvecklas.

Uppläggning

Workshopen inleddes med en metodiksession omfattande historik, användbarhet och metodologiska aspekter på läkemedelskonsumtion. I grupparbete, med representanter för både öppen och sluten vård från de oli-

ka länderna, diskuterades sedan de i målsättningen angivna frågeställningarna.

Den allmänna uppfattningen bland deltagarna var

att man nästan helt saknade kunskap om de ibland stora skillnaderna i läkemedelsförbruket mellan och ibland även inom länderna,

att en stor del av skillnaderna troligen kan förklaras med olika terapi och förskrivningsvanor, det vill säga läkarna är mer olika än patienterna,

att nordisk läkemedelsstatistik är ett värdefullt och nödvändigt redskap för vidare forskning, därför att man med dess hjälp kan peka ut de områden där en mer omfattande insats bör sättas in, att statistiken är värdefull för att mäta effekter av olika åtgärder att förändra läkemedelsförsäljningen.

Vid tolkningen av den tekniska jämförelseenheten DDD behövs kunskap om vilken dos som verkligen förskrivs "Prescribed Daily Dose" (PDD) och vid vilka diagnoser läkemedlen förskrivs. Vid workshopen framhölls att sådana kunskaper kan inhämtas genom receptkartläggning. Vidare framhölls önskemål om ett bättre sjukdomsklassificeringssystem.

För tolkning av statistiken framhölls att andra faktorer är värdefulla att ha kännedom om, såsom behandlingstidens längd, åldersstrukturen på patientpopulationen etc.

Den nordiska statistiken anger försäljningen på riksnivå. För att stimulera till ett större lokalt intresse, önskade man tillgång till liknande statistik på lokal nivå. Vidare bedömdes det angeläget att även studera enskilda läkares eller läkargrupper val av läkemedel.

Bland förslag till projekt fanns:

- morbiditetsanalys
- studier av läkares terapivanor
- kartläggning av förskrivna doser (PDD)
- samband mellan resistensutveckling för antibiotika och läkemedelsanvändningen.
- koppling mellan försäljningstal och biverkningsfrekvens.

En rapport om diskussioner och projektförslag kommer att sammanställas.

Nordiska läkemedelsnämnden strävar efter att stimulera studier inom området och hoppas att workshopen bidragit till att skapa bättre förutsättningar för vidare forskningsarbete.

Nordiska Läkemedels Nämnden

Nordiska läkemedelsnämnden (NLN), en institution under Nordiska Ministerrådet, har anordnat en workshop om läkemedelsstatistik och läkemedelskonsumtion i Sigtuna den 21–22 september 1983.

NLN utger Nordisk läkemedelsstatistik, som innehåller jämförbar försäljningsstatistik för läkemedel från de nordiska länderna. Denna statistik är unik. Från andra länder är data inte på samma sätt varken allmänt tillgängliga, eller jämförbara.

I Nordisk läkemedelsstatistik redovisas läkemedlen indelade enligt "Anatomical Therapeutic Chemical Classification System" (ATC). Måttenheter är kostnad och jämförelseenheten är "Defined Daily Dose" (DDD).

Statistik över försäljning av läkemedel, uttryckt i DDD och relaterad till befolkningsunderlag ger ett mått på den "terapeutiska intensiteten" i ett geografiskt område och möjliggör jämförelser mellan områden och över tiden.

Både ATD och DDD är rekommenderade av världshälsoorganisationen (WHO) för läkemedelskonsumtionsstudier.

NLN önskade stimulera en ökad användning av läkemedelsstatistiken i forskning kring konsumtion av läkemedel och sammankallade därför experter från de nordiska länderna för att diskutera användningsområden för läkemedelsstatistik och metoder för att genom bland annat konsumtionsstudier komma närmare en optimal läkemedelsanvändning. De läkemedelsgrupper som valdes var antibiotika och psykofarmaka som båda till mellan 70 och 90 procent används i öppen vård.

Nordisk läkemedelsstatistik 1978–1980, del I–II kan erhållas från:

Nordiska läkemedelsnämnden, box 607, S-751 25 Uppsala.

MEDICINSKA KURORTER

- Modern sjukvård i trivsamt miljö.
- Aktivisering, rehabilitering av rörelsehindrade, konvalenser och många andra sjukdomsgrupper.
- Goda behandlingsresurser under ledning av läkare och kompetent sjukvårdspersonal.
- Vegetarisk kost och diet efter ordination och önskemål.
- Stimulerande samvaro i traditionsrik miljö – anpassad till nutida krav på komfort och trivsel.
- Vårdbidrag genom landstingen – kontakta kurorten!
- Kurs- och konferensmöjligheter.

Skriv eller ring respektive kurort – så får Ni prospekt över följande kurorter:

HULTAFORS HÄLSOCENTER

517 00 Bollebygd.
Tel. 033/950 50.
Överläkare: Dr. N. Blomstedt.

LOKA BRUNN

710 60 Grythyttan.
Tel. 0591/300 80.
Överläkare: Dr. Sigvard
Avander, Karlskoga.

LUNDSBRUNNS KURORT

533 00 Götene.
Tel. 0511/571 90.
Läkare: Dr. Ingegerd Rooth.

MÖSSEBERGS KURORT

521 00 Falköping.
Tel. 0515/132 20.
Överläkare: Doc. Hans Dencker.

NYHYTTAN

713 00 Nora.
Tel. 0587/604 00.
Läkare: Leg. läk. Carl Prästlin.

SÄTRA BRUNN

733 00 Sala.
Tel. 018/13 97 70. Intendent
och överläkare: Dr. Nils-Johan
Höglund, Uppsala.

BADHOTELLET I TRANÅS

Box 1001, 573 01 Tranås.
Tel. 0140/141 20.
Chefläkare: Dr. Bo Hallbrink.

VARBERGS KURORT

Box 152, 432 01 Varberg 1.
Tel. 0340/887 60 vx.
Överläkare: Börje Källgård.

FÖRENINGEN SVENSKA KURORTER

Vad gör WONCA mellan världskongresserna?

GÖRAN SJÖNELL

SFAM är sedan åtta år tillbaka medlemmar i världsorganisationen WONCA, *The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Vårt huvudsakliga engagemang har hittills varit deltagande i världskongresser med föredrag och ordförandeinsatser, arbete i WONCA Council och Assembly och enstaka svenska deltagare i WONCA's olika delorgan.

Nyckelord: WONCA, Standing committees, Forskning.

Standing committees

Mellan världskongresserna arbetar WONCA's standing committees (ständiga utskott) inom olika vetenskapliga fält. Dessa ständiga utskott tillkommer på så sätt att WONCA's council utser ordförande i respektive standing committees, därefter bildar ordföranden kommittén med utgångspunkt från enskilda kolleger i olika länder som meddelat sitt intresse för att delta i arbetet. Respektive land nominerar alltså icke medlemmar i standing committees, utan kommittéerna konsolideras genom olika kontakter bland de som är intresserade.

Vad förväntas av en standing committees-medlem?

Arbetet bedrivs per korrespondens och sker inom ett internationellt vetenskapligt forskningsfält eller inom utbildningsområdet. Kommittéernas

språk är givetvis engelska. Arbetet är helt frivilligt och bygger på enskilda initiativ och intresse. Vissa gemensamma projekt kan göras inom ramen för en standing committee, till exempel WONCA's diagnos och kontaktsorsaksregister, samt Family Medicine Literature Index= FAMILI, är exempel på projekt som arbetats fram inom WONCA's standing committee of classification respektive standing committee of bibliography. WONCA har för närvarande sju stycken kommittéer: bibliografi, efterutbildning, klassificering "praktikdrift", publikationer, forskning, grund- och vidareutbildning.

Hur gör en intresserad svensk allmänläkare som vill bli medlem i Standing Committee?

Som framgått av artikeln bygger kommittéerna på frivilligt deltagande av intresserade personer. Allmänmedicinare som har intresse, bör alltså tillskriva ordförandena i respektive kommitté och begära att få bli medlem i kommittén. Skriv i sådana fall ett introduktionsbrev om din egen bakgrund och ditt intresseområde samt skicka gärna en kopia på brevet eller en information till undertecknad så att vi får en bättre överblick över SFAM-medlemmars aktiviteter i WONCA. Ordförande för respektive kommitté är följande:

1. Dr IR MC Whinney, *Chairman, Bibliography Committee of WONCA, Department of Family Medicine, The University of Western Ontario, London, Canada. N6A 5C1.*

2. Dr JH Levenstein, *Chairman, Continuing Medical Education Committee of WONCA, South African Academy of Family Practice/Primary Care, Rooms 24/25, Medical House, Central Square, Pine-lands, 7430, South Africa.*

3. Dr Jack Froom, *Chairman, Classification Committee of WONCA, Department of Family Medicine, Health Sciences Center, State University of New York at Stony Brook, Long Island, New York, USA 11794.*

4. Dr EC Gawthorn, *Chairman, Practice Management Committee of WONCA, 11 Lucifer Street, North Balwyn, Victoria 3104, Australia.*

5. Dr Greg Papworth, *Chairman, Publications Committee of WONCA, 4th Floor, 70 Jolimont Street, Jolimont, Victoria 3002, Australia.*

6. Dr Michael G Sheldon, *Chairman, Research Committee of WONCA, Senior Lecturer in General Practice, Department of Community Health, The University of Nottingham, Queens's Medical Centre, Clifton Boulevard, Nottingham, NG 7 2UH, United Kingdom.*

7. Dr J Marshall, *Chairman, Undergraduate and Graduate/Vocational Education and Evaluation Committee of WONCA, RACGP/FMP, 15 Govern Street, North Adelaide, SA 5006, Australia.*

Forsknings- och utvecklingsarbete i internationell miljö är stimulerande och intressant och en möjlighet som vi svenska allmänmedicinare bör tillvarata. Med andra ord – ansök om medlemskap i någon av WONCA's standing committees.

Göran Sjönell

Internationell sekreterare
Svensk förening för Allmänmedicin

Som medlem i SFAM får du tidskrifterna AllmänMedicin och Scandinavian Journal of Primary Health Care. Medlemsavgiften är 190 kronor för 1984. Avgiften debiteras automatiskt efter anmälan.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm

130 0940

Att genomföra enkätundersökningar om levnadsvanor är att visa respekt för människors egna bedömningar

BARBRO WESTERHOLM



Ohälsan drabbar oss inte slumpvis – den kan påverkas. Därför måste medborgarna få ökade möjligheter, både politiskt och individuellt, att påverka de krafter som orsakar sjukdom och för tidig död. Det förebyggande hälsoarbetet måste vila på en fast kunskapsgrund där enkät svar från olika levnadsvaneundersökningar utgör oumbärliga byggstenar. En ensidig kritik av sådana undersökningar undergräver kunskapsuppbyggnaden och motverkar framtida insatser för en bättre folkhälsa. Det skriver socialstyrelsens generaldirektör Barbro Westerholm i denna debattartikel. Socialstyrelsen är sedan länge en av måltavlorna för de kritiker som talar om "Storebror" och "1984". Men

skulle verkligen Storebror ta hänsyn till folks egna bedömningar? undrar Barbro Westerholm.

Nyckelord: Befolkningsundersökningar, enkäter, intervjuer, hälsopolitik, planering, debatt.

Samhällets åtgärder på hälsoområdet får inte baseras på intuition och lösa antaganden. Långsiktiga åtgärder för att främja hälsan genom bättre samhällsplanering, levnadsvanor och arbetsmiljö samt insatser för att bryta isolering och ensamhet kräver kunskap. Därför är det minst sagt uppseendeväckande att det ökande intresset hos organisationer, politiska partier och enskilda för hälsofrågor åtföljs av en storebrorsdebatt om riskerna med undersökningar för att ta reda på hur människor mår och hur deras livsvillkor och levnadsvanor ser ut. "Store-

bror ser dig!" och "Se upp för 1984" är varningsrop som förekommer allt som oftast i dagspressen.

Många undersökningar i Sverige och utomlands visar att sjukdom och död i yrkesverksamma åldrar i stor utsträckning hänger samman med livsvillkor och levnadsvanor. De som forskar inom området är också överens om att möjligheterna att förbättra folkhälsan är starkt beroende av bland annat förändrade levnadsvanor. Bland nyheterna i den nya hälso- och sjukvårdslagen ingår att landstingen har ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. Förutom att bedriva traditionell sjukvård är landstingen nu också skyldiga att förebygga ohälsa genom insatser både för människor och i miljön.

Bristfälliga kunskaper

Idag känner de flesta till riskerna med tobak och alkohol. Vi vet också att det

finns starka samband mellan en del kostvanor, till exempel fett och socker, och vissa sjukdomar. Ändå är våra kunskaper om folks matvanor minst sagt bristfälliga och man vet fortfarande ganska lite om hur olika alkohol- och tobaksvanor uppstår. Många tecken tyder på att hälsoklyftorna i befolkningen håller på att vidgas. Sjukligheten är större inom vissa yrkesgrupper än inom andra och låginkomsttagare ligger generellt sämre till vad gäller sjuklighet än samhällsgrupper med högre inkomst. Rökning är också vanligare bland lågutbildade, som till följd av sämre arbetsmiljöer dessutom löper mycket större risker att drabbas av tobaksskador.

I ett demokratiskt samhälle är det en självklarhet att alla ska få klart för sig sambanden mellan miljö, hälsa och livsstil. Därför ligger det i allas intresse att nya kunskaper om människors levnadsvanor och livsstilar samt hur de påverkar människors hälsa kan tas fram. Behovet av dessa kunskaper är stort – och det växer hela tiden.

I pressen ironiseras det ofta över levnadsvaneundersökningar och på löpsedlar och i rubriker hävdas att "Storebror" nu är på väg att ta över. Men att gå ut och fråga hur folk mår och vilka vanor de har är ju raka motsatsen till Orwells hotbild i "1984"! Dessa undersökningar innebär tvärt om att myndigheterna reservationslöst respekterar människornas egna bedömningar

som grund för framtida insatser. Skulle verkligen Storebror ta sådana hänsyn? Syftet med levnadsvaneundersökningarna är att ta fram kunskaper som ger möjlighet att reducera olika hälsorisker, till exempel vid utformning av livsmedels- och näringspolitiken samt hälsoupplysningen. Två ovillkorliga krav gäller för alla dessa undersökningar: de ska bygga på frivillig medverkan och sekretessen ska vara 100-procentig.

Rättan att påverka

En annan viktig fråga som hänger ihop med undersökningarna gäller rätten att påverka människors beteenden. Med tanke på det ständiga bombardemang med olika reklambudskap som människor idag utsätts för är det hyckleri att påstå att myndigheter, som har till uppgift att arbeta med folks hälsa, inte har rätt att bedriva en upplysningsverksamhet kring människors levnadsvanor i riktning mot bättre hälsa och högre livskvalitet. Precis som alla andra måste samhällets organ från sina utgångspunkter bevaka utvecklingen och låta medborgarna få del av information om olika förhållanden som bland annat kan påverka deras hälsa.

Landstingens ansvar för att motverka hälsorisker, till exempel osunda levnadsvanor, förutsätter i vissa fall ett samhällsinriktat arbete, i andra fall hälsoupplysning. Det innebär inte att "Storebror" påtvingar eller kräver.

Tvärtom! *Information om hälsorisker ökar den enskildes möjligheter att välja ett hälsosammare liv.* Motsatsen är att påtvingas hälsorisker som man kanske varken känner till eller kan påverka. Då kan man börja tala om "Storebror".

Ohälsan drabbar oss inte slumpvis – den kan påverkas. Därför måste vi som medborgare få ökade möjligheter – både politiskt och individuellt – att påverka de krafter som orsakar sjukdom och för tidig död. För att utveckla det förebyggande hälsoarbetet i Sverige behövs flera stora undersökningar om människors välbefinnande, vanor och livsvillkor. Att sådana undersökningar kan ge stora vinster i liv och hälsa har demonstrerats i Finland där man inom ramen för Nord-Karelenprojektet lyckats minska dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar genom att ändra befolkningens kostvanor.

Arbetet med att värna om folkhälsan och utveckla hälsoarbetet måste bygga på en stabil kunskapsgrund. Utan en bred medverkan från allmänheten i bland annat olika intervjuundersökningar är risken stor att man bygger glashus.

Författarpresentation:

Barbro Westerholm, Generaldirektör, Socialstyrelsen.

VÄRMLANDS LÄNS LANDSTING

söker till västra sjukvårdsdistriktet

2 DISTRIKTSLÄKARE

inom verksamhetsområdet

Allmänmedicin till vårdcentralen Verkstaden i Arvika, Dnr 2261/83, 1463/83.

Vårdcentralen Verkstaden togs i bruk i början av år 1983 och har 8 inrättade allmänläkartjänster, varav 6 ordinariebesatta.

Upplysningar:

Personalassistent May Berglund, tfn 0570-13100,
Distriktsöverläkare Claes Edgren, tfn 0571-30890.

Ansökan jämte styrkt meritförteckning på fastställt formulär skall vara Värmlands läns landstings sjukvårdsstyrelse, Box 426, 651 07 KARLSTAD, tillhanda senast den 7 mars 1984.

Tjänstbarhetsintyg avlämnas efter anfordran.

*) För ordinarie tjänst fordras svensk legitimation.

Resursfördelning mellan primärvårdsområden

– Principer och alternativ

FINN DIDERICHSEN

*HSL ställer krav om en vård på lika villkor och en behovsbase-
rad planering. Samtidigt har vi
sociala klyftor i ohälsans fördel-
ning och geografiska skillnader i
vårdutnyttjande till följd av
olikheter i vårdutbud och skat-
tekraft. Ett av de traditionella
medlen att uppnå vårdpolitiska
jämlikhetsmål har varit att för-
dela resurserna geografiskt efter
behov. Med senare års utveck-
ling av epidemiologiska data är
det möjligt att utveckla metoder
för detta även på primär-
vårdsområdesnivå.*

*Artikeln utgör en bearbetning av
ett av föredragen vid distriktslä-
karföreningens årsmöte i Sollef-
teå med tema "Att mäta primär-
vård".*

Nyckelord: Planering, primärvård, häl-
sopolitik.

Tidigare erfarenheter

Det har sedan många år funnits ett sys-
tem för skatteutjämningsbidrag från
staten till landstingskommunerna i syf-
te att utjämna skillnader i skattekraft
och kompensera faktorer som påver-
kar utgifterna men som inte är påverk-
bara av landstinget (åldersstruktur,
geografiskt läge, klimat med mera) till
detta kommer ersättningar från den
allmänna försäkringen för läkarvård,
sjukhusvård samt allmänt stadsbidrag
till den psykiatriska vården. De statliga
ersättningarna har utbetalats i första
hand till prioriterade områden (84 pro-
cent till öppenvård) och speciella
schablonbidrag har givits till att främja
primärvård inklusive hälsovård och
långtidsvård samt öppen psykiatrisk
vård. Ersättningarna har dock endast
haft en mycket begränsad effekt som
styrmedel i riktning mot ökad resurs-
andel till primärvård, hälsovård med
mera och har dessutom haft en tendens
att göra prestationsmått av typ läkar-
besök och vård dagar mycket centrala i
landstingens verksamhetsplanering,
trots att det råder stor enighet om att
dessa mått knappast är särskilt täckan-
de för verksamhetens kvalitet och ef-

fekt. Att fördela ersättningarna efter
ett vårdutnyttjande som i hög grad är
bestämd av dagens vårdutbud tenderar
att konservera den rådande vårdstruk-
tur och resursfördelning där landsting
som redan har många läkare och där-
med många läkarbesök får mera peng-
ar. För dagen finns dock den största
ojämnligheten i vårdutbytet inom
landstingen mellan olika peimärvårds-
områden: mellan väletablerade vil-
laområden och hyreshusförorter.

Principer och alternativ

Ett grundläggande antagande i denna
diskussion är att man genom att påver-
ka den geografiska fördelningen av
ekonomiska resurser till investeringar
eller drift kan påverka vårdens tillgäng-
lighet, kvalitet och effekt så att den
bättre motsvarar behoven hos olika
grupper. Detta antagande bygger i sin
tur på ett antagande om att resursernas
effektivitet och produktivitet är likvär-
dig i olika geografiska områden. Det
senare är ett i varje fall diskutabelt an-
tagande:

- Många faktorer i sjukvårdens
struktur, vårdinrättningarnas antal,
storlek, vakanssituation med mera på-
verkar hur de finansiella resurserna
förvandlas till vårdutbud.

- Många faktorer i sjukvårdens fi-
nansiella, geografiska och kulturella
tillgänglighet påverkar i vilken mån ett
givet vårdutbud leder till ett visst vård-
utnyttjande.

I figur 1 kan vi urskilja fyra olika al-
ternativ för beräkning av centrala bi-
drag eller rambudget till olika geogra-
fiska områden.

Man kan alltså ställa vissa krav som
de kriterier man väljer för fördelning
av resurser bör uppfylla.

- De bör väljas i syfte att främja upp-
ställda hälso- och sjukvårdspolitiska
mål (exempelvis ökade resursandel till
primärvård, eller minskade sociala
klyftor i ohälsans fördelning).

- De bör avspegla förhållanden som
har avgörande betydelse för hälso- och
sjukvårdens kostnadsnivå.

- De bör inte kunna påverkas med ad-
ministrativa medel på olämpligt sätt.

- De bör avspegla faktiska skillnader i
behov mellan geografiska områden.

- De bör bygga på lättillgänglig statistik
från offentliga register med mera.

Om man diskuterar olika alternativ
är det viktigt att ha klart för sig att ing-
en är helt verksamhetsneutral, det vill
säga de tenderar alla att påverka sjuk-
vårdens struktur, resursfördelning och
vårdutnyttjande åt ett visst håll. Det
gäller då att välja ett alternativ så att
man stimulerar en utveckling som är i
överensstämmelse med uppställda häl-
so- och vårdpolitiska mål.

Man kan utifrån ovanstående modell
diskutera olika alternativ för beräk-
ning av geografisk resursfördelning.

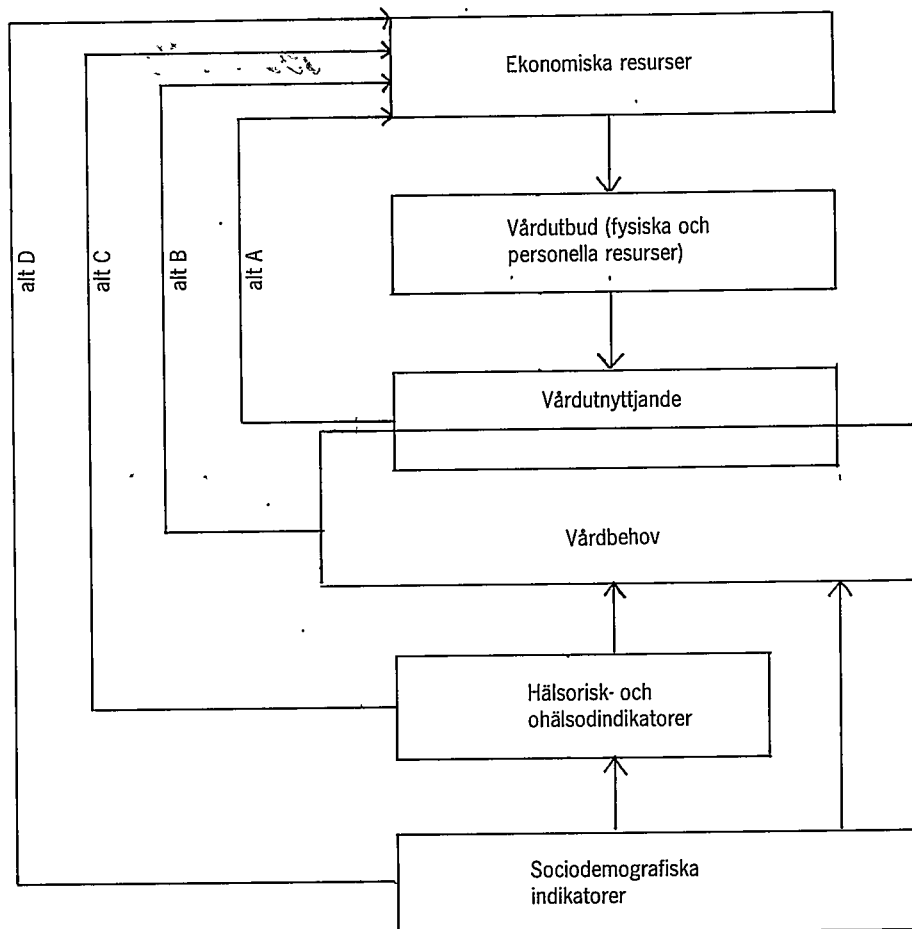
Alternativ A. Dagens fördelning av
statliga ersättningar till landstingen
sker delvis på basis av vårdutnyttjande.
Det skulle vara en acceptabel lösning
om vårdutnyttjandet motsvarade be-
hoven. Som bekant är detta inte fallet
idag därför att dagens vårdutnyttjande
är uttryck för gårdagens vårdutbud
och prioriteringar. Metoden har därför
även konserverande effekt på resurs-
fördelning och vårdstruktur.

Alternativ B. Den önskvärda model-
len är att fördela resurserna efter be-
folkningens behov. Det finns dock be-
tydande svårigheter då det gäller att få
mer samlade mått på vårdbehovet i en
befolkning. Behovsdiskussionen bör
föras utifrån hälso- och sjukvårdens
huvudverksamheter:

- förebyggande insatser riktade mot
hälsorisker, behandlande arbete riktad
mot sjukdom och skador, samt rehabi-
literande arbete och omvårdnad riktad
mot funktionsnedsättning och handi-
kapp.

Alternativ C. I brist på data tvingas
vi använda olika proxymått på behov.
Det kan röra sig om hälsoindikatorer
av typ dödlighet, sjukfrånvaro, förtids-
pension och symptom eller funktions-
nedsättning enligt intervjuer.

Att använda dödlighet som behov-
sindikator på små befolkningsgrupper
(exempelvis primärvårdsdistrikt på
cirka 10.000 invånare) är problematisk
på grund av betydande slumpmässiga
fluktuationer. Dödligheten avspeglar i
första hand hälsoproblem av typ hjärt-
kärlsjukdomar, cancer, olycksfall,
självmod och missbruk. Det kan med
rätta hävdas att detta är fenomen som



Figur 1.
Modell för samband mellan ekonomiska resurser och alternativa behovsindikatorer.

även omfattande sjukvårdsresurser har svårt att påverka och att det framför allt uttrycker behov av förebyggande insatser. Sjunkande åldersstandardiserade dödstal kan mycket väl vara förenade med stigande behov av rehabilitering och omvårdnad.

Den ersatta sjukfrånvaron i kombination med förtidspension är något lättare att använda på mindre geografiska områden. Den ger ett mått på nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom som i första hand är användbart för den anställda heltidsarbetande delen av befolkningen. Människors behov av att vara sjukskriven eller bli förtidspensionerad vid en given funktionsnedsättning är starkt beroende av deras arbetsmiljö och situationen på arbetsmarknaden. Sjukfrånvaro och förtidspension har därför mera karaktär av sociala indikatorer än andra ohälsomått och uppvisar också mycket stora socioekonomiska och därmed även geografiska skillnader.

Data från de riksomfattande intervjuundersökningarna är för närvarande behäftade med en del svagheter på grund av små urval och eventuella geografiska intervjuareffekter för användning på små populationer. Intervjuundersökningar är dock en viktig källa till uppgifter inte minst om förekomst av hälsorisker och omvårdnadsbehov.

Alternativ D. En sista möjlighet är att använda demografiska och socioekonomiska indikatorer med kända samband med hälsorisk och ohälsa. De indikatorer som i första hand är aktuel-

la är de som är lättillgängliga via folkbokföringen (ålder, civilstånd, nationalitet) eller Folk- och Bostadsräkningen (sysselsättning, yrke, hushållsstruktur och bostadsförhållanden). Det är indikatorer med hög reliabilitet men med betydligt sämre validitet i relation till vårdbehov. De är lättillgängliga, lättanvända och är inte påverkbara med administrativa regler på samma sätt som försäkringsstatistiken. Man kan med socio-demografiska indikatorer även ta vissa hänsyn till förhållanden som påverkar vårdefterfrågan utöver de medicinskt definierade behoven (ensamboende, kvinnlig förvärvsintensitet) och man kan genom att förändra vikterna som ges till varje grupp ta hänsyn till hälso- och vårdpolitiska riskgrupper med särskilda hälsorisker eller icke-tillgodosedda vårdbehov. Ålder har länge använts i sjukvårdsplaneringen och tankegången är helt enkelt att man utvidgar modellen till att omfatta även kön, sysselsättning, yrke och samboendeförhållande. Vikterna på varje befolkningskategori kan ges genom regressionsanalyser av dagens vårdutnyttjande eller intervjuundersökningar (ULF) med viss hänsyn tagen till vad vi vet om underutnyttjande respektive överutnyttjande i vissa grupper.

Summering

Att få en mer behovsbaserad geografisk resursfördelning av hälso- och sjukvården är *ett* av flera medel till att uppnå hälso- och vårdpolitiska jämlik-

hetsmål. Ett särskilt problem blir då i vilken mån detta leder inte bara till minskade geografiska skillnader i världens tillgänglighet utan även påverkar existerande kyltor i tillgänglighet och hälsa mellan socio-ekonomiska grupper. Denna fråga bygger dels på ett antagande om hur vi bedömer hälso- och sjukvårdens effekter på folkhälsan vilket i sin tur är beroende av hur resurserna används på olika verksamheter. Men det är också påverkat av graden av boendesegregation, det vill säga i vilken utsträckning socio-ekonomiska grupper bor i olika geografiska områden. En huvudregel torde vara att ju större segregation och ju mindre geografiska enheter man använder fördelningskriterierna på ju större inverkan åstadkommes på den socio-ekonomiska tillgängligheten.

I en senare artikel i AllmänMedicin utvecklar Diderichsen praktiska riktlinjer för resursfördelning mellan primärvårdsdistrikt.

Författarpresentation:

*Finn Diderichsen * är meddr och distriktsläkare vid Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå. Dessutom knuten till Socialstyrelsens HS-90-utredning.*

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

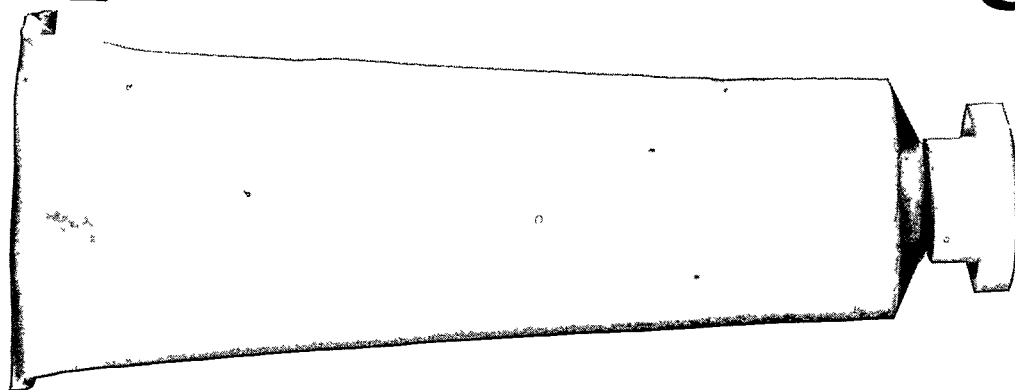
Rök inte där någon annan får obehag.

Alla som vistas i rökig miljö röker.
Även om de inte är rökare.
Måste du röka så gör det där
ingen annan får obehag.

SOCIALSTYRELSEN.

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

Varför betala 80:- för apoteksberedningen,



när det redan finns en färdig karbamidkräm?



Apotekstaxan för ex-tempore-beredningar av mjukgörande karbamidkrämer är 80:- upp till 110 grams förpackningar och ännu högre däröver.

Kostnaden drabbar varken patienten eller läkaren, men den är inte mindre onödig för det.

Calmuril Creme innehåller nämligen redan 10 % karbamid och dessutom vattenbindande mjölksyra.

Carmuril är ett utmärkt komplement till hydrokortisonbehandling och vid nedtrappning av behandling med starkare steroider. Det förskrivs också i allt högre grad vid generell torrhudsbekämpning.

Calmuril Creme kan receptförskrivas i 50, 100 och 3 × 100 gram.

 **Pharmacia**

Pharmacia AB, Box 159, 751 04 Uppsala. Tel 018-16 30 00.

Samhällsmedicin och samverkan i läkarutbildningen

SONJA HEDSTRÖM · NILS-GÖRAN LUNDSTRÖM · MONICA NORDBERG
LARS-ÅKE PERSSON · STIG WALL

Den nya hälso- och sjukvårdslagen medför med nödvändighet en omfördelning av resurserna inom vårdområdet. Den får också stor betydelse för blivande läkare, som skall ha ett vidgat samhällsmedicinskt yrkesansvar i sin framtida verksamhet. Inom ramen för läkarutbildningen vid Umeå universitet har därför några grupper medicine studerande fått tillfälle att diskutera de nya riktlinjerna inom hälso- och sjukvården i Västerbotten och samtidigt träna metoder, som utvecklats inom samhällsmedicinska ämnen, som hygien och socialmedicin.)*

Nyckelord: Utbildning, allmänmedicin, samhällsmedicin, Umeå.

Vid institutionen för hygien och miljömedicin och socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet har sedan två år studenterna givits gemensamma seminarieuppgifter i "tillämpad epidemiologi".

I enlighet med den nya hälso- och sjukvårdslagen (1) har dessa seminarieuppgifter haft anknytning till hälso- och sjukvårdsplanering, med hälsa och miljö i ett lokalsamhälle som ett återkommande tema. Grupparbetena har utförts enligt "stafettpinnetoden" och bla syftat till "kommundiagnostik".

Detta arbetssätt ligger i linje med projektorienterad undervisning som rekommenderades i UHÄ-rapporten "Utbildning för förnyelse" (2), vilken betonade självverksamhet, kritisk attityd, kreativitet och förmåga till samverkan, när det gäller viktiga samhällsproblem. En viktig aspekt har också varit att skapa en vidgad tidsram för två ämnen, som är styvmoderligt behandlade i den nuvarande läkarutbildningen.

*) Materialet finns sammanfattat i uppsatser vid institutionerna för Hygien och miljömedicin och Socialmedicin vid Umeå universitet.

Allmän bakgrund

Ämnena hygien och miljömedicin och socialmedicin har gemensamma utgångspunkter i det sk helhetsperspektivet på relationerna hälsa - miljö och kan ses som grundläggande ämnen i vad som nu benämns samhällsmedicin. Redan 1948 års läkarutbildningssakkunniga underströk de båda ämnernas betydelse (3). När de blev obligatoriska i läkarutbildningen sades i propositionen 1954:212(4), att dessa "stora sinsemellan sammanhängande ämnesområden" huvudsakligen hade preventiva uppgifter,

"då kravet på en målmedveten förebyggande hälsovård i högsta grad skärpts genom naturvetenskapens, teknikens och industrins oavslåliga omskapande av civilisationen och samhällsformer till en alltmer komplicerad struktur".

I propositionen uppdrogs en skiljelinje mellan ämnesområdena:

"Hygien kan lämpligen karakteriseras som vetenskapen om de yttre faktorer i människans av natur och kultur betingade omgivning, vilka inverkar på det allmänna hälsotillståndet och om de preventiva och konstruktiva åtgärder, som kan vidtas för att förbättra denna omgivning".

"Socialmedicin innefattar de faktorer hos människorna i deras samlevnad i olika sociala grupper, ävensom de faktorer i samhällets struktur, vilka har inflytande på det allmänna hälsotillståndet. Alla strävanden att genom ändring av dessa faktorer förbättra individens och gruppens hälsotillstånd räknas sålunda hit".

Sjukvårdslagen och sjukvårdsförfattningar, som gällt fram till årsskiftet 1982/83, avsåg huvudsakligen den slutna sjukvården och ålade inte huvudmannen någon skyldighet att planera förebyggande verksamhet. Hälsovården i stort var en uppgift för kommunernas hälsovårdsnämnder och socialvården var en avgränsad sektor, ofta med ekonomisk och juridisk betong av problemen. Läkarutbildningen anpassades naturligt nog till den fortgående specialiseringen inom

medicinen och de sk "stora preventiva ämnesområdena" fick krympande utrymme i undervisningen.

Vidgat ansvar för samhällsmedicin

I och med den nya hälso- och sjukvårdslagen har kravet på en social- och miljöinriktad hälso- och sjukvård fått förnyad aktualitet. Landstingen åläggs ett ökat ansvar för befolkningens hälsa.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen." (1)

Detta innebär bla ett planeringsansvar och en skyldighet att samverka med andra vårdgivare och samhällsorgan. Lagen ger en fastare grund för samhällsmedicinen, som därmed kan antas få ett betydligt vidgat utrymme. Det är därför angeläget att de studerande på ett tidigt stadium får ta del av förändringar inom vårdområdet och ges större möjlighet att få inblick i och ta ställning till samhällsmedicinska frågor än hittills.

Grupparbetenas utgångspunkt

I anslutning till den nya hälso- och sjukvårdslagen har huvudsakligen två arbeten varit av betydelse för den framtida planeringen av hälso- och sjukvården i Västerbotten. Dessa arbeten har också fått bilda utgångspunkter för grupparbetena.

Västerbottens läns landsting har gjort upp en principplan (5) för hälso- och sjukvården fram till 1990 - den första långtidsplaneringen utöver tidigare 5-årsplaner. En rapport har också utgått från planerings- och organisationsavdelningen som underlag för en diskussion angående samhällsmedicinsk verksamhet.

Sedan 1979 har pågått ett samarbetsprojekt, "Hälsoproblem i ett landsting", mellan SPRI, Socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet och Västerbottens läns landsting. Dess syfte är att söka värdera hur den officiella (o)hälsostatistiken kan användas för att kartlägga länets och kommunernas hälsoproblem. Resultaten från en förstudie (6) visade, att det fanns ett stort antal källor rörande

dödlighet (7), sjuklighet (8), vårdbehov, vårdresurser och vårdutnyttjande (9).

Det första grupparbetet – Vad döljer sig bakom de fina orden i landstingets principplan?

Efter att ha redovisat huvuddragen i principplanen väljer gruppen att kritiskt kommentera valda delar som belyses genom citat. Redovisningen tar upp den vårdpolitiska inriktningen, de övergripande målen och omfördelning av resurser mot bakgrund av skattat vårdbehov i framtiden.

Man noterar också förändringar inom sjukvården under 1970-talet i olika landstingsområden, där samtliga prioriterar primärvård, somatisk långtidssjukvård och psykiatri.

Primärvården beräknas vara den naturliga basen för hälso- och sjukvårdsverksamheten och skall ha ansvar för hälsotillståndet i ett begränsat geografiskt område, vilket underlättar överblick och kontakt med befolkningen. I Västerbotten kommer nästan hälften av alla nya tjänster som tillsätts fram till 1990, 75–85 av totalt 200 att tillfalla primärvården.

Citat ur planen:

"Dagens organisation har utan tvekan sin tyngdpunkt i sjukvården och inslagen av hälsovård i förebyggande syfte är förhållandevis små. Det är ytterst osannolikt att ytterligare resurstillskott inom den traditionella sjukvården ger nämnvärd avkastning i form av bättre folkhälsa. Ett tecken på att så är fallet är att människors medellivslängd inte längre ökar."

Gruppens kommentar:

"Medellivslängden är ett dåligt mått på folkhälsan, dels pga att människor kan leva längre men ändå vara sjuka, dels därför att medellivslängden bara marginellt kan förändras utifrån omgivning och levnadssätt. Medellivslängden säger heller inget om hur mycket den traditionella sjukvården förbättrar levnadsvillkoren för de sjuka. Det är viktigt, att mäta 'folkhälsa' i livskvalitet och inte bara i kvantitativa termer som medellivslängd."

Citat ur planen:

"Den öppna primärvården skall överta både behandlade och utredande uppgifter från den öppna specialistvården, vilket i sin tur kan avlasta den slutna vården."

Gruppens kommentar:

"Leder satsningen på primärvården till en avlastning av den slutna vården? Blir inte effekten i stället att remisstrycket på specialistvården ökar, speciellt under övergångsperioden?"

Citat ur planen:

"Under 1980-talet kommer det förebyggande och hälsoinriktade arbetet att skjuta fart på allvar. Syftet är att på sikt minska sjuklighet och för tidig död i bla cancer och hjärt- och kärlsjukdomar, dvs sjukdomsgrupper, som idag belastar den specialiserade sjukvården."

Gruppens kommentar:

"Syftet att minska sjuklighet i cancer och hjärt- och kärlsjukdomar är lovligt, men man vet inte tillräckligt om uppkomstmekanismerna. Det är osäkert att bygga en principplan på antagandet att förebyggande åtgärder väsentligt kan påverka dödligheten under de närmaste 20–50 åren. De flesta människor kommer fortfarande att dö av dessa sjukdomar och bör har rätt till kvalificerad sjukvård."

Gruppen understryker att en principplan är nödvändig – det gäller ekonomiska ramar, som inte kan tillåta att "sjukvården sväller ut mer eller mindre okontrollerat". Satsningen på förebyggande vård är viktig men kräver dock klarare riktlinjer och utbildning av medicinalpersonal i det som i andra länder kallas "public health". Bättre samarbete efterlyses också mellan öppen och sluten vård.

Genomgången av principplanen stimulerade nästa grupp till intervjuer med olika företrädare och konsumenter, vilket skedde i form av en så kallad Delphi-studie.

Det andra grupparbetet – En Delphi-studie bland Västerbottens "orakler".

På vilka grunder sker då en planering? Var finns behoven och hur möter man dem? Att omorientera hälso- och sjukvården innebär att bryta upp invanda föreställningar och åstadkomma förändringar i åsikter och tänkesätt, vilket har återverkningar för hela samhället på lång sikt.

Detta är exempel på frågor som ställs i ett arbete av epidemiologen Alan Dever i Georgia, USA (10), vilket fick bilda utgångspunkt för det andra grupparbetet.

I en så kallad Delphi-studie talar Dever om att "kasta en blick in i framtiden" genom att belysa uppfattningar hos personer som kan antas ha inflytande på utvecklingen och samtidigt undersöka hur resurserna i verkligheten har fördelats.

Han lät en grupp experter bedöma olika faktors betydelse för mortaliteten i de 13 vanligaste dödsorsakerna. Faktorerna indelades i fyra huvudgrupper; humanbiologin, miljön, livsstilen och sjukvårdsapparaten. Därefter jämfördes utfallet med den fördelning av resurser som skett under sista året.

Arbetsgruppen utgick från Delphi-studien och tog tillfället i akt att pröva uppfattningar och ställningstaganden hos sina framtida "arbetsgivare"; huvudmän, arbetsledare och presumtiva patienter.

Gruppen modifierade studiens uppläggning något och utgick från följande frågor:

"Vad tror människor egentligen om orsaker till olika sjukdomar?"

"Om de fick välja, skulle de satsa på att försöka förebygga sjukdomar, eller skulle de hellre lägga resurserna på att bota i efterhand?"

"Hur mycket skiljer sig inställningen

i dessa frågor mellan folk i allmänhet, klinikchefer och landstingspolitiker?"

För 8 olika sjukdomstillstånd – hjärnblödning, hjärtinfarkt, lungcancer, bröstcancer, åldersdiabetes, alkoholism, gallsten och förstoppning – ställdes följande frågor:

"Hur tror du de olika faktorerna påverkar uppkomsten av följande sjukdomar? Fördela 100 poäng på humanbiologin, miljön, livsstilen och sjukvårdsapparaten."

"Hur skulle du fördela resurserna för att förhindra uppkomst och mildra sjukdomsförloppet av följande sjukdomar? Fördela 100 kr på varje sjukdom."

I redovisningen visar gruppen att både politiker och allmänhet ansåg att livsstilen hade störst betydelse för sjukdomars uppkomst. Den fick i genomsnitt 49 poäng. De satsar också lika stora delar på hälso- och sjukvård, ca 36 procent. Beror samstämmigheten på politisk påverkan eller lyssnar politiker på "folket"?

Läkargruppen däremot trodde mer på humanbiologin, 44 poäng, som orsak till sjukdomars uppkomst och ger en större andel av resurserna till sjukvården, ca 52 procent. Har expertkunskaper inom humanbiologin påverkat ställningstagandet?

Miljöfaktorerna kommer i sista hand för alla grupperna, men åsikterna varierar. Spridningen inom grupperna är större än förväntat. Läkarnas tro på humanbiologin som orsak till gallstenssjukdom varierar till exempel mellan 20 och 100. Som kurios (eller maning till eftertanke?) anmärker gruppen att en klinikchef vägrade svara, eftersom han inte ansåg sig ha tillräckliga kunskaper för att vare sig tro någonting om sjukdomars uppkomst eller tänka sig en omfördelning av resurserna.

Gruppen är medveten om att materialet är för litet för att man ska kunna säga om framtiden. Dock – åsikter och värderingar hos centrala grupper har betydelse för verksamhetens utformning och därmed för resultaten.

Det tredje grupparbetet – Att "diagnosticera" en kommun.

Delphi-studien ingår i ett epidemiologiskt arbete, som gäller analys och planering av hälsoförhållanden i ett samhälle utifrån ett helhetsperspektiv.

Projektet "Hälsoproblem i ett landskap" (6) visade, att hjärt- och kärlsjukdomar är vanligare i Västerbotten jämfört med hela riket. Det gäller särskilt Norsjö kommun, som valdes för grupparbetet. Detta aktualiserade frågor om bakomliggande faktorer. Vilken påverkan har miljön? Speglar registerdata verkligheten?

En viktig del av grupparbetet var, att ur ett komplext sammanhang avgränsa områden som kan anses relevanta och möjliga att undersöka närmare i relation till hälsorisker.

Epidemiologiska grundbegrepp, som värd och omgivning eller individ och miljö, ledde till en diskussion om

vad som utmärker en miljö – ett samhälle. Vilka komponenter i miljön bör uppmärksammas? Hur ser verkligheten ut? Vilka styrmekanismer finns när det gäller att påverka hälsan? Hur är förutsättningarna för en tillfredsställande vård? Hur påverkas individer-na?

Möte med kommunen

Norsjö kommun i Västerbottens inland är en traditionell jord- och skogsbruksbygd som tidigare bestått av två kommuner, Malå och Norsjö. Vid årsskiftet 1982/83 har kommunen åter delats.

Gruppen började sitt arbete med en studieresa till Norsjö, där olika företrädare för kommunen mötte upp tillsammans med företagsläkare, arbetsledare och skyddsombud vid en gruvindustri. Gruppen välkomnades livligt. Medicinestuderande på besök innebar ett slags löfte om framtida resursförstärkning.

Ett lärarikt besök i en gruva ordnades med omfattande information om tekniska arbetsprocesser och hälsorisker, om utbyggnadsplaner och arbetstrygghet i en realistisk miljö både över och under jord. Hållfasthet och måtvärden presenterades medan truckar dånade iväg i gruvgångarna. Huvudskyddsombudet tog ansvar för gruppens säkerhet och företagsläkaren förklarade säkerhetsmarginaler och gränsvärden, ventilationssystem och vattenutsläpp.

Probleminventering

Vilka faktorer ansåg kommunens företrädare ha störst betydelse för hälsan? Vilka faktorer betonades av gruppmedlemmarna? Vi kan jämföra med Delphi-studien, men frågorna ställdes annorlunda.

Kommunens företrädare hänvisade till den fysiska miljön, vattenföroreningar relaterades till förekomsten av kalhyggen och nedlagda flottningsleder, stillastående vatten och felaktiga ph-värden. Svartlistning av sjöar pågår och man önskade en större undersökning av vattnet.

Hälso- och sjukvårdens bristande resurser betonades, läkarbemanningen är ojämn med många vikarier och temporära vakanser. "Trygghetssystemet" har inte fungerat. En sviktande hälso- och sjukvård gör, att inte heller den sociala servicen fungerar, även om den är relativt väl utbyggd. Kommunen tillhör det inre stödområdet.

En glesbygdskommun

Gruppen valde att med hjälp av olika källor ge en allmän översikt av kommunen, den allmänna livsmiljön och hälsoläget, för att få en bakgrund till mer preciserade frågeställningar om hälsorisker. Uppmärksamheten inriktades särskilt på den yttre miljön och dödsorsakspanoramata.

En granskning visade att obduktionsfrekvensen i Norsjö är låg, vilket skulle kunna föranleda att gruppen

hjärt- och kärlsjukdomar överdiagnosticerar.

Sammanställningen visade på en kommun med karaktäristiska drag för en glesbygd. Malå-delen av kommunen har ett samiskt kulturarv med rörligare befolkning, medan Norsjödelen haft en större social stabilitet. På 1930-talet etablerades en gruvindustri av Boliden Mineral, en storindustri som gett kommunen en särskild profil och ett visst mått av arbetstrygghet men som också stört "den gamla ordningen". Avslutningen av ett kraftverksbygge samt nedläggning av en utlokaliserad textilindustri har lett till omflyttningar och märkbara sociala problem.

Befolkningen minskar, arbetslösheten är hög, cirka 7 procent jämfört med Umeå (3 procent) och Skellefteå (4,5 procent). Kvinnoarbetslösheten är högst i länet (10 procent) och bland ungdomar under 21 år är cirka 25 procent öppet arbetslösa och lika många i beredskapsarbete. Siffrorna har stigit sedan grupparbetet gjordes.

Vilka hälsorisker kan relateras till den sociala och psyko-sociala miljön i en bygd som är beroende av storsamhället? Miljöförhållanden för gruvområdet ansågs officiellt godtagbara, men hur är det i övrig industri? Är man mer tolerant när arbetslösheten hotar? Kommunen har nu minst sysselsatta i jordbruk av alla kommuner i länets inland. Skogsbruket rationaliserades alltmer och man hoppas på industrin.

Sammanfattningsvis rekommenderar gruppen fortsatta arbeten för att komplettera kommunens "infrastruktur" med hänsyn till livsmiljön. På individplanet gäller det den psykiska hälsan, missbruk och anpassningsproblem. I kombination med ytterligare studier av den yttre miljön skulle det bidra till ett helhetsperspektiv – en "kommundiagnos".

Avslutande kommentar

En nyorientering av hälso- och sjukvården enligt den nya lagen skapar förväntningar, samtidigt som det tar tid att bryta upp invanda mönster och tänkesätt hos politiker och yrkesutövare, som skall föra utvecklingen framåt.

Hälso- och sjukvårdslagens intentioner måste genomsyra utbildningen av läkare och annan vårdpersonal. Studier av lokalsamhället ger möjligheter till överblick av hälsoläget i en begränsad region och kan visa hur vårdsektorerna kompletterar varandra. I UHÅ:s betänkande nr 16/1982 "En förnyad läkarutbildning" (11) nämns betydelsen av att ha både ett strukturellt och ett kulturellt perspektiv på den sociala och psyko-fysiska miljön. Där framhålls vikten av en kontinuerlig träning i att systematiskt utnyttja kunskaper från flera ämnesområden samtidigt. Genom ingående studier av miljön och tillämpning av epidemiologiska metoder, kan man få mer kunskap och en bättre grund för hälsoplanering inför framtiden.*)

Litteratur

- (1) Hälso- och sjukvårdslag. SFS, nr 763-795, 1982.
- (2) Utbildningsplanering för förnyelse. Problem och grundprinciper. UHÅ-rapport 1975-4.
- (3) Betänkande av 1948 års läkarutbildningskommitté. Läkarutbildningen. SOU 1953:7.
- (4) Reformering av läkarutbildningen. Proposition 1954:212.
- (5) Förslag till principplan. Västerbottens läns landsting, Umeå 1982.
- (6) "Hälsoproblem i ett landsting – ett planeringsunderlag". SPRI-rapport nr 14, 1979.
- (7) Nyström, L, Rosén, M, Wall, S, Dödsorsak? Dödsorsaksstatistik som underlag för planering. SPRI-rapport nr 122, 1983.
- (8) Hanning, M, Nyström, L, Rosén, M. Hur mår Du Sverige? ULF som underlag för planering. SPRI-rapport nr 82, 1982.
- (9) Vårdutnyttjande – ett mått på ohälsa? SPRI-rapport nr 158, 1983.
- (10) Dever, GE Alan, Community Health Analysis. A holistic approach. Aspen System Corporation. London & Maryland 1980.
- (11) En förnyad läkarutbildning. Betänkande avgivet av UHÅ:s utredning för översyn av grundutbildningen av läkare. UHÅ-rapport nr 16 1982.

Författarpresentation:

Sona Hedström, lärare i socialt arbete. Nils-Göran Lundström, forsknass hygien och miljömedicin, Monica Nordberg, docent i hygien, Lars-Åke Persson, leg läkare, klin amanuens socialmedicin och Stig Wall, docent i epidemiologi.*

*Postadress: Institutionen för Socialmedicin, Umeå Universitet, 901 85 Umeå
Tel 090-10 10 000

*)Seminarieserien har fortsatt. Tre arbetsgrupper har behandlat mer avgränsade områden: Kostvanor – en intervjuundersökning. "Vem söker läkarvård i Norsjö" – genomgång av journalmaterial och Arbetsmiljön i en gruva. Stafetten går vidare.

Gruppbehandling med diet och fysisk träning av medelålders män och kvinnor med glukosintolerans

BODIL BALKE · GÖRAN EKBERG · LENA LARSSON
BARBARA SANDNES · ERIK TRELL

Genomförbarheten och korttidsresultaten av ett gruppmedierat informations-, utbildnings- och träningsprogram fokuserat på diet, fysisk motion och relaterade livsvanor utvärderades i en studiegrupp av 23 medelålders män och kvinnor med sänkt oral glukostolerans upptäckt vid en multifasisk hälsoundersökning. De 23 fallen som rekryterades till träningsprogrammet förbättrade under en halvårperiod signifikant sina glukosbelastningsresultat, vilka i gruppen som helhet normaliserades under denna tidsperiod.

Nyckelord: Diet, fysisk träning, glukosintolerans, gruppbehandling, prevention.

Oral glukos-toleranstest (OGTT) utgör i dag en vanlig screeningmetod för upptäckt av individer med rubbad glukos/insulinmetabolism. Det har nyligen visats i en diabetesuppspårningskampanj i Malmöhus län att nästan 1/3 av personer med rubbad glukosbelastning utvecklar manifest diabetes mellitus under en 10-årsperiod ifall ingen behandling vidtages (1), i jämförelse med 13 procent bland de som får diétråd, och inget fall alls bland individer med initialt normala OGTT-resultat (1). Detta understryker behovet av storskaliga screening- och interventionsprogram och metodologier för rubbad glukostolerans i populationen. Vi har genomfört OGTT-undersökningar som led i ett multifasiskt hälsövårdsprojekt i över 25.000 medelålders Malmöbor. Två gånger på varandra följande abnorma OGTT-resultat påvisades hos omkring 5 procent bland icke-diabetiska, för övrigt friska screeningdeltagare. Individuell medicinsk, nutritionell och fysioterapeutisk behandling och träning har i sådana fall visat sig vara framgångsrika i att förbättra, och ofta normalisera, glukostoleransen (1, 2).

Emellertid är sådana individuella metoder mycket personalkrävande vid en storskalig applikation. Syftet med föreliggande studie var därför att utpröva och testa genomförbarhet och korttidsresultat av ett uteslutande gruppmedierat rådgivnings- och trä-

Tidpunkt	n	Ålder (år, m)	A/I Vikt (index)	Glukos			Iri		
				0'	40'	120'	0'	40'	120'
Start	23	49,5	1,14	5,5	10,3	8,2	10,6	71,3	82,0
1/2 år	23	50	1,09**	5,0**	9,2**	6,8**	9,7	60,1*	56,6**
Start	22§	49,4	1,13	5,4	10,2	8,1	8,5	68,6	74,0
1/2 år	22§	50	1,07**	4,8**	9,1**	6,6**	8,0	54,6**	41,9**

Antal, ålder (år) samt medelvärden och statistik signifikansnivå (utvärderad medelst t-test) av skillnader i relativ kroppsvikt (aktuell/idealvikt; A/I-vikt-index), 0,40 och 120 minuters blodglukos (mmol/l) och IRI (mU/1) nivåer i oral glukostoleranstest före och efter halvårs diet- och fysisk träningsperiod i studiegruppen.

*= p < 0,1, **= p < 0,01. §= Fall av kemisk diabetes exkluderat.

ningsprogram fokuserat på diet, fysisk träning och relaterade levnadsvanor.

Material och metoder

Detaljer avseende det preventivmedicinska hälsovårdsprogrammet i Malmö har givits annorstädes (3, 4). För föreliggande studie utvaldes konsekutiva medlemmar av de kvinnliga födelseårskohorterna 1926 och 1931 och de manliga födelseårskohorterna 1932, 1933 och 1940, som uppvisade abnorma OGTT-resultat vid två på varandra följande belastningar, och inbjöds till ett gruppinformations- och träningsprogram i perioden augusti-december 1979.

OGTT-metodiken har beskrivits tidigare (2, 3). 30 g glukos/m² kroppsyta immundigades inom 10 minuter, och blodglukos (fingertoppskapillärblod i de flesta fall) bestämdes i duplikat vid 0, 20, 40, 60 och 120 minuter medelst standardmetodik vid Avdelningen för klinisk kemi, Malmö allmänna sjukhus. Plasmainsulin bestämdes som immunoreaktivt insulin (IRI) i triplikat vid 0, 40 och 120 minuter med en rutinmässig radioimmunoassaymetod vid Diagnostiska isotoplaboratoriet, Malmö allmänna sjukhus. En borderline försämrad oral glukosbelastning definierades vid screeningen som ett blodglukosvärde vid 120 minuter överstigande 7,0 mmol/l. Relativ kroppsvikt uttrycktes som kvoten uppmätt vikt över idealvikt för ålder, kön och kroppslängd; idealvikten erhöles från tabeller utarbetade av Lindberg et al (3).

Gruppmötena hölls under kvällstid och uppdelades i tre skeden. Det första innebar tre introduktiva och informerande sessioner med 10-15 individer, där en läkare först redogjorde för den

allmänna bakgrunden och den mer speciella beskrivningen och diskussionen över problemet och de individuella resultaten i relation till detta utifrån en övervägande medicinsk inriktning. Påföljande vecka, höll dietisten vid Avdelningen för förebyggande medicin en liknande allmän och speciell orientering utifrån en nutritionell och dietär synpunkt. Den tredje veckan, slutligen, redogjorde en fysioterapeut från den fysioterapeutiska avdelningen vid samma byggnad som Avdelningen för förebyggande medicin för fysisk träning, och inbjöd och rekryterade gruppmedlemmarna till ett sådant program vid den fysioterapeutiska avdelningen.

I de så rekryterade, blandade grupperna av män och kvinnor bestod denna fysiska träning av pass om 60 minuters längd två gånger i veckan med skilda aktiviteter som gymnastik, stretching, lågrads-aerobiska aktiviteter i början av programmet, åtföljt av ett intervallprogram med mer höggradig aerobisk träning vid 75 procent av patienternas uppskattade maximala fysiska kapacitet. Detta träningsprogram varade i ett halvt år, efter vilket en förnyad OGTT gjordes med samma metod som före programmet, varefter gruppen överfördes till en idrottsförening (MAI), för en självmedierad fortsättning av fysisk träning i grupp.

Denna preliminära rapport beskriver OGTT-resultaten i de första två träningsgrupperna före och efter den fysioterapeutiska och dietära halvårsperioden.

Resultat

Tabell 1 sammanfattar kroppsvikt och OGTT-resultatet i de sammanlagt 23 medlemmarna i de två första grupper-

na. Dessa bestod av tio kvinnor födda 1926, fem kvinnor födda 1931, fem män födda 1932, två män födda 1933 och en man född 1940. I gruppen som helhet reducerades kroppsvikten med 4,4 procent och såväl 0,40 som 120 minuters glukosvärde; sistnämnda från 8,2 mmol/l till 6,8 mmol/l, det vill säga en normalisering i relation till screeningkriterierna.

Också den fysiska kapaciteten mättes före och efter träningsperioden och ökade med 18,2 procent. Endast ett fall förbättrade inte sina värden; en kvinna född 1926 med A/I-vikt 1,43 och ett initialt fastblodglukosvärde på 6,8 mmol/l, det vill säga strax ovanför 120 mg-procent och sålunda uppfyllande kriterier för kemisk diabetes. Hennes kroppsvikt ökade under träningsperioden till 1,45 och fastblodglukosen samtidigt till 7,4 mmol/l, vilket klart är ett värde som indikerar kemisk diabetes. Om detta fall exkluderas blir emellertid summresultatet endast marginellt ytterligare förbättrade i gruppen som helhet (tabell I).

Diskussion

Föreliggande rapport är en preliminär redogörelse beträffande genomförbarheten av ett gruppinformations- och träningsprogram bland friska medelålders individer med en rubbad oral glukostolerans upptäckt i samband med en rutinmässig hälsokontroll. Resultaten i de fall som rekryterades till grupperna är uppmuntrande. Emellertid

finns det många selektiva faktorer inblandade i enrulleringen till grupperna, en del av vilka är av praktisk natur såsom de ofta långa dröjsmålen innan gruppen har konstituerats, svårigheter att finna gemensamma tider för gruppmöten etc; och en del av vilka i dessa två pionjärgrupper också utgjordes av den oprövade naturen av denna slags aktivitet. Emellertid blev utfallet mycket lovande, liksom också entusiasmen och målmedvetenheten med vilken medlemmarna har fortsatt sitt träningsprogram efteråt i en allmän idrottsförenings regi. Med anledning av detta har den ovan beskrivna gruppmeterade metodiken nu blivit rutinomhändertagandet av personer med rubbad oral glukosbelastning i vårt medicinska hälsovårdsprogram i Malmö. Långtidsuppföljningar på femårsbasis är under planering.

Referenser:

1. Sartor G, Scherstén B, Carlström S, Melander A, Nordén A, Persson G: Ten-year follow-up of subjects with impaired glucose tolerance. Prevention of diabetes by tolbutamide and diet regulation. *Diabetes* 1980;29: 41.
2. Saltin B, Lindgärde F, Houston M, Hörlin R, Nygaard E, Gad P: Physical training and glucose tolerance in middle-aged men with chemical diabetes. *Diabetes* 1979; suppl 28:30.
3. Janzon L, Berntorp K, Hansson M, Lindell S-E, Trell E: Glucose tolerance and smoking: A population study of oral and intravenous glucose tolerance tests in

middle-aged men. *Diabetologia* 1983;25: 86.

4. Trell E: Community-based preventive medical department for individual risk factor assessment and intervention in an urban population. *Prev Med* 1983;12: 397.

Abstract

The feasibility and short-term results of a group-mediated information, education and training program focused upon diet, physical exercise and related living habits were assessed in a study group of middle-aged men and women with impaired oral glucose tolerance detected in a multiphasic screening investigation. The 23 cases recruited to the half-year program significantly improved and in the group as a whole the oral glucose tolerance test results were normalized.

Författarpresentation:

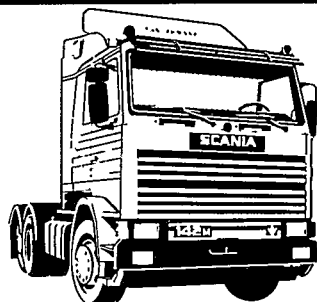
Bodil Balke och Barbara Sandnes är sjukgymnaster vid Avdelningen för fysioterapi, Claesgatan 7, Malmö,

Göran Ekberg är överläkare för Avdelningen för diabetesvård, Claesgatan 7, Malmö,

Lena Larsson är dietist vid Avdelningen för förebyggande medicin, Medicinska kliniken, Malmö allmänna sjukhus,

Erik Trell är docent, och tjänstgör för närvarande som tf klinisk lärare vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö.*

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



Scania är en av världens största tillverkare av lastbilar. På programmet finns även bussar och dieselmotorer samt motorer och transmissioner till Saab personbilar. Scania-divisionen är den största enheten inom Saab-Scania med 20.000 anställda varav drygt 7.000 i Södertälje. Vi är kraftigt exportinriktade och cirka 90% av produktionen går på export till ett 60-tal marknader världen över. Scantias huvudanläggning ligger i Södertälje 3,5 mil söder om Stockholm.

Företagsläkare

Till en tjänst som företagsläkare vid våra anläggningar i Södertälje söker vi en ny medarbetare. Befattningen avser heltidsanställning (40 timmar per vecka).

Företagshälsovården betjänar ca 7.000 anställda vid anläggningarna i Södertälje. Dess arbetsområden omspänner alla uppgifter som omfattas av Arbetsmiljövådet. Här ingår att analysera arbetsmiljöproblem och delta i åtgärder som har betydelse för de anställdas hälsa och välbefinnande. Kontakter med olika avdelningar inom företaget samt kommitté- och projektarbeten ingår i arbetet. Omkring hälften av arbetstiden omfattar sjukvårdande uppgifter.

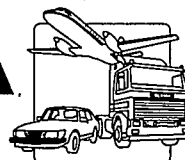
Närmare upplysningar lämnas gärna av våra företagsläkare Bengt Johansson, Arne Åström eller Inga Lundblad, tel 0755-822 50 (vx 810 00).

Företaget medverkar vid anskaffande av bostad.

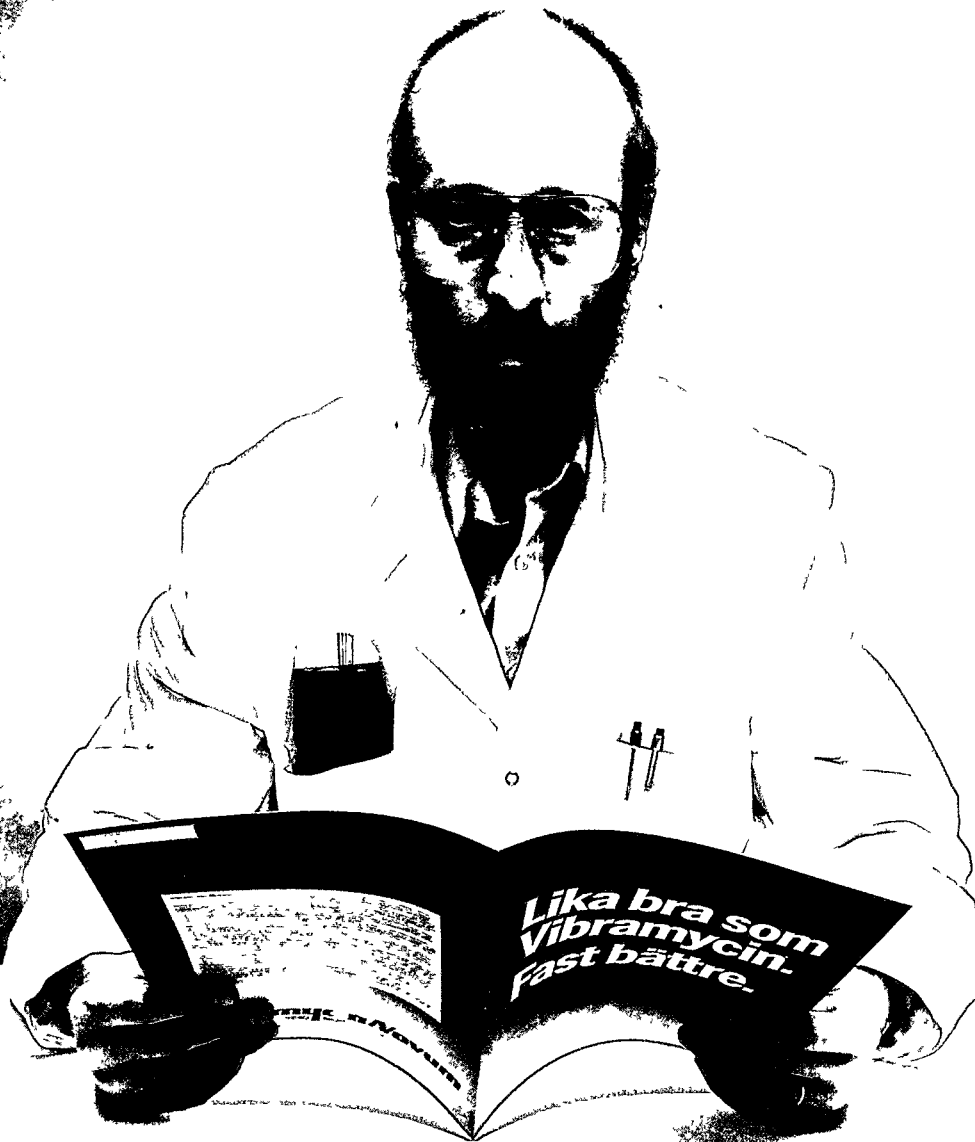
Meritförteckning och övriga handlingar vill vi ha senast den 13 mars.

Skicka din ansökan till SAAB-SCANIA AB, Scaniadivisionen, Personal, tjänstemän, 151 87 SÖDERTÄLJE.

SAAB-SCANIA
Leaders in specialised transport technology.



Kan ett högre pH



ge säkrare terapi?

Före 1983 var doxycyklin-hydroklorid den enda i Sverige tillgängliga formen av doxycyklin. Med introduktionen av Vibramycin Novum finns nu också doxycyklin-monohydrat.

Denna nya form av doxycyklin – med ett högre pH-värde – har i djurexperimentella studier visat sig vara signifikant mindre ulcerogent än doxycyklin-hydroklorid.*

Att Vibramycin Novum dessutom kan lösas i vatten före intagandet gör att Vibramycin Novum är lätt att ta även för patienter med sväljsvårigheter.

Ett vävnadsvänligt pH i kombination med att Vibramycin Novum kan intas löst i vatten gör att man sannolikt minskar risken för komplikationer i samband med terapi.

Vibramycin[®] Novum
(doxycyklin monohydrat) tabletter 100 mg.

– då säkerhet och bekvämlighet får avgöra

Ref. ⁽¹⁾ Carlborg B., Farmer J.C.: Esophageal corrosion tests with doxycycline monohydrate tablets. Curr. Ther. Res. Vol. 34, No. 1, July, 1983.

Deklaration. I tablett innehåller: Doxycyklin, monohydr. resond. doxycyklin, 100 mg, constif. q.s. **Egenskaper.** Den verksamma substansen i VIBRAMYCIN NOVUM har den generiska beteckningen doxycyklin och är ett tetracyklinderivat. Doxycyklin är aktivt mot aeroba och anaeroba grampositiva och gramnegativa bakterier samt mot Mycoplasma och Chlamydia. Pseudomonas aeruginosa, Providencia samt de flesta Proteus är oftast resistent. Selektion av resistent bakterier förekommer bl a vad gäller stafylokokker, streptokocker och Bacteroides fragilis. Tetracyklinresistens är ofta av R-faktorlign. VIBRAMYCIN NOVUM absorberas snabbt och nära nog fullständigt (ca 93%). Absorptionen påverkas endast obetydligt av mjölk eller andra födoämnen. Terapeutisk serumkoncentration uppnås inom 30 minuter och maximal (ca 3 µg/ml) inom 2–3 timmar. Genom hög lipidlöslighet underlättas vävnadsdistributionen och terapeutiska vävnadskoncentrationer uppnås därigenom i flertalet organ. Eftersom doxycyklin ger terapeutiska koncentrationer i serum och vävnad som kvarstår under 24 timmar, kan VIBRAMYCIN NOVUM doseras en gång per dygn. Den biologiska halveringstiden är 18–22 timmar. Bindningen till serumproteiner uppgår till 80–90%. Doxycyklin metaboliseras i mycket liten utsträckning. Inom 72 timmar utsöndras cirka 40% av tillfört doxycyklin i aktiv form med urinen och cirka 5% med feces. Resterande mängd utsöndras i inaktiv form chelatbundet med feces. Vid nedsatt njurfunktion ökar utsöndringen i feces av chelatbundet doxycyklin. VIBRAMYCIN NOVUM kan därför ges i normaldos även till patienter med nedsatt njurfunktion. Till skillnad från äldre tetracykliner har inte doxycyklin någon uttalad antianabol effekt. **Indikationer.** Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för doxycyklin. **Försiktighet.** Barn under 8 år bör endast behandlas med VIBRAMYCIN NOVUM på strang indikation, på grund av inlagring i det växande skelettet samt risk för emallhypoplasi. **Graviditet och amning.** Kategori D. Se speciellt avsnitt märkt [D]. Tetracykliner kan under den tid då barnets tänder mineraliseras (den sista hälften av graviditeten, neonatalperioden och upp till ca 8 års ålder) framkalla emallhypoplasi och missfärgning av tänderna. Tetracykliner inlagras också i det växande skelettet. Doxycyklin skall därför undvikas under sista hälften av graviditeten. Doxycyklin passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser. **Biverkningar.** **Gastrointestinala:** Illamående, kräkningar och diarré har rapporterats i en frekvens av cirka 2%. **Hud:** Allergiska hudreaktioner kan förekomma men är sällsynta. Fotodynamiska reaktioner vid exposition för solljus har rapporterats, och i samband härmed har onykolys beskrivits i en frekvens lägre än 0,1 promille. **Tänder:** Vid behandling med tetracykliner under den tid tänderna mineraliseras kan emallhypoplasi samt missfärgning uppkomma. Eftersom doxycyklin binds till kalcium i mindre grad än övriga tetracykliner, kan doxycyklin väntas ge mindre risk för tandkador. **Övriga:** Glossit, stomatit, proktit och vaginit kan, t ex genom svampöverväxt, förekomma i sällsynta fall. Tetracykliner har givit upphov till ökat intrakraniellt tryck med bl a papillödem. Överväxt av icke känsliga mikroorganismer kan förekomma och risk föreligger för selektion av tetracyklinresistenta tarmbakterier. **Dosering.** VIBRAMYCIN NOVUM tabletter sväljes med vatten eller lösas i vatten varvid noggrannhet bör iakttagas så att samtliga korn sväljes. Tabletterna skall intas under måltid, vilket minskar risken för gastrointestinala biverkningar utan att absorptionen påverkas nämnvärt. **Normaldosering för vuxna och barn över 12 år:** Första dagen 2 tabletter, därefter 1 tablett dagligen. Vid svåra infektioner kan 2 tabletter ges dagligen under hela behandlingstiden. VIBRAMYCIN NOVUM kan ges i normaldos även till patienter med nedsatt njurfunktion. **Barn under 12 år:** Se VIBRAMYCIN mixtur 10 mg/ml. **Interaktion.** Se speciellt avsnitt märkt [I], grupp 7B 15 Tetracykliner, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats. **Observera.** Patienten bör undvika direkt solexposition då fotodynamiska reaktioner kan förekomma. **Förpackningar och priser.** Tabletter 100 mg (svagt beige, runda, prägling D 9 och Pfizer-symbol): tryckpack 10 st 65:10, 15 st 92:10, 30 st 169:40, glas 25 st 142:30, 10 x 25 st 118:–, 100 st 477:50. Tillverkare, Pfizer. Ombud: Pfizer AB, Box 3053, 183 03 Täby, tel. 08-756 01 30.

Pfizer Pfizer AB, Box 3053, 183 03 Täby.

Samspel primärvård – psykiatri

ASTRID PALM · ULF PALM

En minskning av patienttillströmningen till psykiatrin sedan en vårdcentral belägen inom sitt upptagningsområde öppnats, har konstaterats. Ett utökat samarbete med psykiatrin synes innebära att fler, tidigare inom psykiatrin ej kända patienter, med uppenbara psykiatriska besvär kommer till psykiatrin.

Nyckelord: Samverkan, primärvård – psykiatri. Utvärdering.

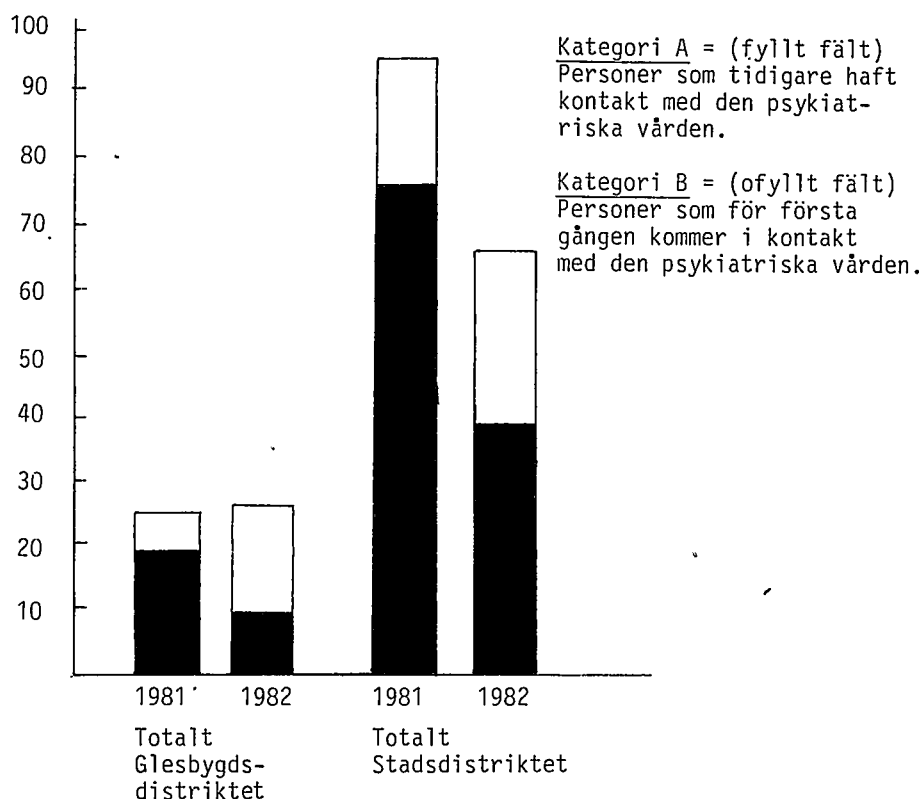
Vårdsökande till psykiatrin från två vårdcentralers upptagningsområden har studerats.

Den ena vårdcentralen har varit i funktion länge och ligger i ett glesbygdsmråde som utgör en egen kommun (7 000 invånare). Den andra vårdcentralen startade i mars 1982 och är belägen centralt i ett stadsdistrikt med blandad höghus- och villabebyggelse. Människorna i stadsdistriktet var tidigare hänvisade till en större vårdcentral belägen utanför upptagningsområdet. Båda vårdcentralerna är 3-läkarstationer.

Psykiatriska vården i Umeå sjukvårdsdistrikt startade öppenvårdsteam våren 1981 (1). Öppenvårdsteam har redan från början varit inriktade på att ha en nära kontakt med vårdcentralerna inom sina upptagningsområden. Samarbetsformer har utvecklats mellan vårdcentralernas olika befattningshavare och medlemmar i de psykiatriska teamen, vilka som regel besöker vårdcentralerna en gång per vecka. Ett fungerande samarbete i stadsdistriktet, kan inte sägas ha uppnåtts förrän i början av hösten 1982.

Beskrivning av undersökningsförfarandet

Med patientregistrering och journaler som grund har vi inventerat omfattningen av polikliniska besök och inläggningar vid psykiatriska vården i Umeå. Undersökningen har omfattat patienter som sökt för första gången eller tagit ny kontakt under undersökningsperioderna. Dessa har varit april–juni och september–november 1981 och 1982. Patienterna har uppdelats på sådana som tidigare haft kontakt med psykiatriska vården (A) och sådana som för första gången kommit i kontakt med psykiatrisk vård (B). Endast



Figur 1. Antal personer som kommit i kontakt med den psykiatriska vården under jämförbara perioder åren 1981 och 1982 från glesbygds- och stadsdistriktet.

en registrering per person och undersökningsperiod har gjorts. Beträffande anledning till kontakt har följande gruppering använts: a) uppenbara psykiatriska problem, till exempel oförklarlig oro, psykotiska symptom, fobier etc; b) psyko-sociala problem, till exempel relationsproblem inom familjen eller på arbetet; c) psykosomatiska problem såsom psykosomatiska sjukdomar, spänningssymptom; och d) inga psykiska problem, till exempel begäran om intyg. Resultaten har analyserats i relation till befolkningsunderlaget. Statistisk analys av skillnader mellan proportioner har utförts med z-test.

Resultat

Förändringar i antalet vårdsökande mellan åren framgår av figur 1. En signifikant minskning av antalet personer som kommit i kontakt med psykiatrisk vård mellan åren 1981 och 1982 föreligger endast i stadsdistriktet.

Figur 2a och b visar, att för glesbygdsmrådet är "uppenbara psykiatriska problem" den dominerande gruppen, medan i stadsdistriktet gruppen

"psykosociala problem" är jämnstor med gruppen "uppenbara psykiatriska problem".

De som tidigare varit i kontakt med psykiatrin från stadsdistriktet har minskat sin andel av totalantalet personer i kontakt med psykiatrisk vård (kategori A) från 78,9 procent 1981 till 56,9 procent 1982. De som är helt nya (kategori B) till psykiatrisk vård har i stadsdistriktet för gruppen "uppenbara psykiatriska problem" ökat från 7,4 procent 1981 till 23 procent 1982.

Gruppen nya patienter (kategori B) med "psykosociala problem" har ökat från 10,5 procent till 13,8 procent och gruppen nya (kategori B) med "psykosomatiska problem" har i det närmaste fördubblats från 1981 (3,2 procent) till 1982 (6,2 procent).

Sammanfattande diskussion

Färre personer söker själv till psykiatrisk specialistvård efter tillkomsten av den nya vårdcentralen i stadsdistriktet. Inför öppnandet av den presenterade man i massmedia en policy innebärande ett intresse för emotionella problem

och ett psykosocialt arbetssätt. Befolkningen har uppenbarligen uppfattat vårdcentralens beredvillighet på dessa områden och människorna har sökt sig dit i första hand. Detta har givetvis underlättat för vårdcentralens befattningshavare att få en selekterande funktion för människor med psykiska besvär. Den nya vårdcentralen i stadsdistriktet ligger därtill "mitt i byn" och vi tror att det korta geografiska avståndet bidrar till en upplevelse av känslomässig närhet.

Av särskilt intresse när det gäller samverkan mellan primärvård och psykiatri är personer med psykosomatiska besvär. En viss ökning av antalet personer med sådana besvär kan noteras i stadsdistriktet. Erfarenheterna av samarbetet kring dessa patienter pekar på, att fastän alla vårdgivarna är klara över det etiologiska sambandet är ett sådant samband inte lika tydligt för patienterna. Detta innebär att motivationen för en psykologisk/psykiatrisk behandling är låg. Här skulle en ökad samhällsinformation, om att olika former av psykiska påfrestningar kan manifesteras sig i kroppsliga besvär, öka människors förmåga att se sådana samband och därmed göra dem mer beredda för en psykologisk behandling som syftar till att lära sig lösa psykologiska och sociala problem.

I stadsdistriktet finns många människor med kroniska psykiska besvär, ibland även med missbruk. Deras psykiska besvär kan vara kända och behandlade sedan länge, men de får ofta akuta svårigheter att klara sin sociala situation, de har oftast pension eller annat socialt ekonomiskt stöd och har erhållit hjälp med bostad i stadsdistriktet. Släkt eller andra närstående finns inte tillgängliga eller orkar inte vara tillräckligt stöd för dessa svårt handikappade personer. För att underlätta för dessa människor att klara de dagliga påfrestningarna behövs omfattande kontinuerliga stödåtgärder lokalt förankrade. I denna process är det av största vikt att fortlöpande värdera angelägenhetsgraden av de psykiska besvär som kanske beror på svåra livsförhållanden och som har/kan finna alternativa vägar för sin lösning.

Referenser:

1. Palm U, Palm A: Psykiatriskt sjukvårdsutnyttjande - jämförelse mellan tätort och glesbygd. Läkartidningen 1983;80: 4625-31.

Författarpresentation:

Psykolog Astrid Palm och överläkare Ulf Palm* var vid undersökningens genomförande verksamma inom den psykiatriska öppenvården i Umeå sjukvårdsdistrikt.

*Postadress: Psykiatriska kliniken, Regionsjukhuset, 901 85 Umeå

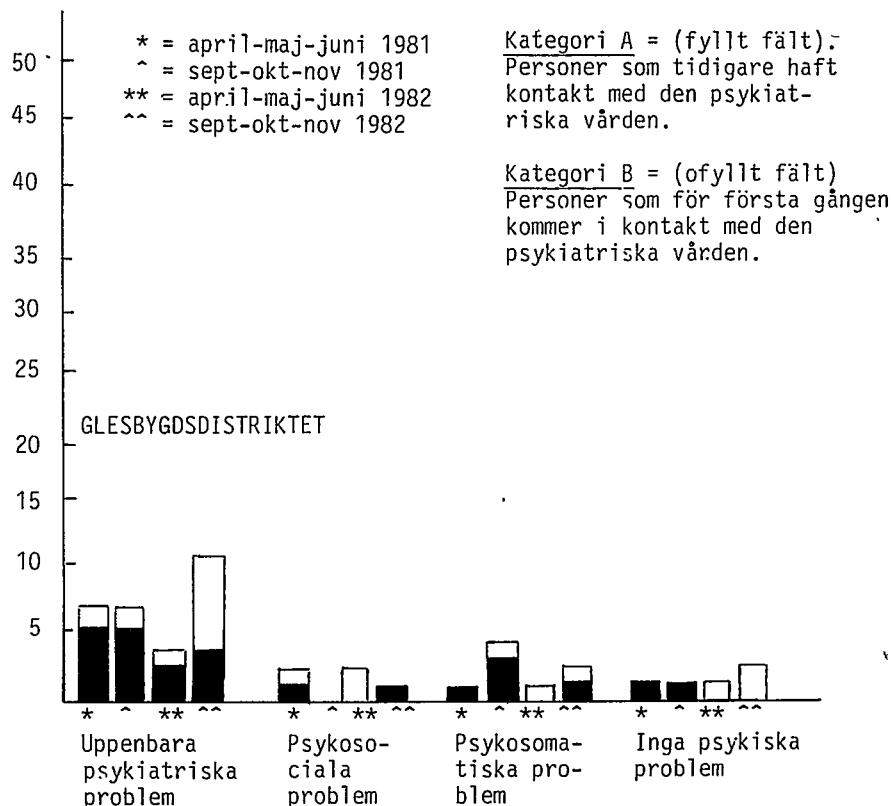


Fig 2a. Fördelning efter problem för vilka man sökt psykiatrisk hjälp.

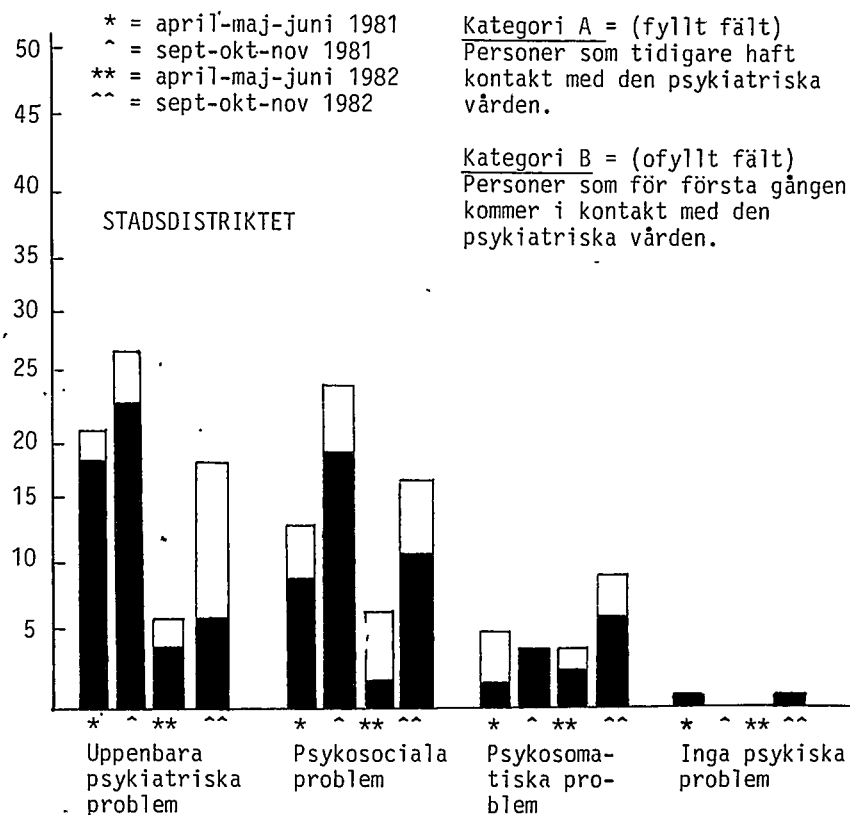


Fig 2b. Fördelning efter problem för vilka man sökt psykiatrisk hjälp.

Besök hos homeopat, akupunktör, zonerapeut, en enkätundersökning

INGMAR FAGERLUND

För att studera besöksfrekvensen bland mottagningspatienterna hos homeopat, akupunktör och zonerapeut samt patienternas inställning till den alternativa medicinen utdelades en enkät under hösten 1983. Dels till 100 elever på Marks gymnasium, samtliga under 25 år i tre olika klasser, dels till 200 fortlöpande patienter på min planerade mottagning, Vårdcentralen i Skene. Bland gymnasterna hade 8 besökt alternativa vårdgivare, samtliga uppgav att de sökt på grund av sjukdom och 6 hade blivit bättre. Bland mottagningspatienterna hade 45 av 200, 22,5 procent, sökt naturläkare. De flesta var kvinnor i gruppen 25-50 och mer än 50 år, vilket motsvarade sammansättningen på min tidsbeställda mottagning. Som ett exempel kan nämnas att 20 av 32 som besökt homeopat, uppgav att de blivit bättre.

Nyckelord: Alternativ vård, Enkätundersökning, Attityder.

Bakgrund

Där vetenskapen slutar tar annat vid. Annan kunskap och annat tyckande. Idag kan man notera att naturmedicin och så kallad alternativ medicin breder ut sig och den naturvetenskapliga medicinen kritiserar av olika anledningar. Patienterna går ibland till doktorn och ibland till homeopater och naturläkare med sina problem. Frågan är hur vanligt det är att man söker så kallad alternativ vård och vad man i allmänhet har för inställning till homeopater och alternativa vårdgivare. Vad tycker patienterna? Är de nöjda med besked och behandling? Hur mycket vet vi inom sjukvården och vad tycker vi?

I Marks kommun, 6,5 mil sydöst Göteborg och 3,5 mil syd Borås finns cirka 31.000 invånare, blandad befolkning, industri, hantverk och jordbruk. Vårdcentraler finns i Fritsla, Kinna, Skene, Horred samt ett normallasarett i Skene. Till Skene vårdcentral hör för närvarande cirka 15.000 patienter. I centralorten finns också gymnasieskola

	Varit hos homeopat 32 st	akupunktör 5 st	zonterapeut 15 st
Blev du undersökt?	30	4	13
Fick du någon förklaring till besvären?	22	3	6
Fick du någon behandling?	29	5	14
Blev du bättre?	20	4	7
Sökte du på grund av sjukdom?	29	4	12
Sökte du på grund av nyfikenhet?	4	—	3
Man	8	—	5
Kvinna	24	5	10
—25	1	—	1
Ålder 25-50	12	2	5
—50	19	3	9

Figur 1.
Av 200, 45 som svarat positivt.

med cirka 900 elever. I upptagningsområdet finns homeopater, akupunktörer, zonerapeuter och så vidare. Hur många och var de finns är inte alltid så lätt att ta fram. De flesta har man fått lära sig via patienterna. Vid förfrågan hos kommunen, hälsovårdskontoret, fanns två homeopater registrerade och enligt uppgift sannolikt ytterligare flera, ej registrerade. Vid förfrågan hos taxeringsmyndigheten kände man inte till något alls, möjligtvis taxerar några som enskild rörelse, någon annan registrering finns inte.

Metod

I ett försök att belysa besöksfrekvensen hos homeopater, akupunktörer och zonerapeuter, samt patienternas attityder, utdelades en enkät under hösten-vintern 1983. 200 fortlöpande patienter på den tidsbeställda mottagningen fick svara på enkäten och 100 delades ut till elever på gymnasieskolan med spridning i tre klasser, teoretiska och praktiska linjer.

På enkäten frågades efter kön och ålder med indelning i ålder under 25, 25-50 och över 50 samt tre grupper av frågor. Första frågan var: har du senaste två åren varit hos homeopat med svarsmöjlighet ja, nej, att besvaras med en ring runt svaret. Följdfrågor var sedan: blev du då undersökt, fick du en förklaring till dina besvär, fick du någon behandling, blev du bättre, sökte du på grund av någon sjukdom, annan anledning till exempel ren nyfikenhet.

Motsvarande frågegrupp för akupunktörer och zonerapeut.

Resultat

Det gick ganska bra att få in svaren. I gymnasieskolan delades enkäten ut i tre klasser och därefter sammanställdes svaren för 100 besvarade enkäter. Samtliga som svarade var under 25 år. Könsfördelning: 40 män och 60 kvinnor. 8 uppgav att man senaste två åren sökt homeopat, akupunktör eller zonerapeut. Av intresse är att samtliga uppgav att de sökt på grund av sjukdom, ingen på grund av nyfikenhet.

De 200 patienterna som svarade på enkäten på mottagningen bestod till största delen av tidsbeställda mottagningspatienter med inslag av jourfall. Könsfördelningen var 67 män och 133 kvinnor. Åldersfördelningen: 22 under 25 år, 68 mellan 25 och 50 och 110 äldre än 50. Av dessa 200 uppgav 45 att de sökt efterfrågade vårdgivare, det vill säga 22,5 procent. De flesta av dessa var kvinnor i gruppen 25-50 eller mer än 50 år. Detta torde återspegla den tidsbeställda mottagningens sammansättning. Notabelt är alltså att var fjärde-femte patient sökt naturläkare. 32 hade besökt homeopat, 5 akupunktör och 15 zonerapeut. 20 av 32 som varit hos homeopat uppgav att de blivit bättre, 29 som sökt homeopat hade sökt på grund av sjukdom, endast 4 på grund av nyfikenhet.

Anmärkningsvärt torde vara att så många som 22,5 procent av mottagningspatienterna samtidigt som de sökt i den vanliga sjukvården även konsulterar naturläkare. Då patienterna fick enkäten fälldes en hel del spon-

tana kommentarer, allt ifrån: "sant tror jag inte på, näh", "jo, han tittade i ögonen och sade precis vad jag hade" eller "jag fick någon sorts tabletter och det blev bra". Andra kommentarer var "skall ni slå tillbaka?" eller "är ni rädda för konkurrens?", "var är detta?" samt "varför gör du detta?"

Denna undersökning kan ses som ett försök att få reda på frekvensen bland patienterna som även går hos så kallade naturmedicinare, samt patienternas inställning till detta. Man kan fråga sig vad vi inom den så kallade skolmedicinen eller naturvetenskapliga sjukvården har för inställning.

Vad gör vi? Vad säger vi till patienterna? Jag tycker denna studie har givit upphov till många andra frågor. Hur många bland befolkningen totalt söker naturläkare och vad har man för inställning i större material. Min uppfattning av det hela är, att eftersom var fjärde-femte patient tydligen går hos naturläkare och till exempel inställningen till homeopater tydligen är ganska positiv, så måste man studera det hela ytterligare. Trots allt är det ju våra patienter, som vi försöker sköta vad gäller sjukdomar och mediciner som sedan går hos naturmedicinare och bedöms där, samt får behandling, råd och så vidare.

Litteratur:

The Fundamental Basis of Iris diagnosis, Theodor Kriege, Fowler London 1969.

Zonterapi, Lis Andersen, Hälsa 1981.

Cell Therapy, Peter Stephan, Sphere Books, London 1971.

Placeboeffekt, docent Birger Swedberg, Hässle information nr 2, 1978.

Homeopatisk behandling vid arthrosis deformans, Shipley M, Berry H, Broster G, Lancet 1983;1; 97-8.

Alternativa behandlingsmetoder, DT Reilly, BMJ 1983;287; 337-9.

Alternativ medicin, Folke Ludin, Läkartidningen nr 50:82.

Naturmedel för injektion, Socialstyrelsens läkemedelsavdelning, 1981:2.

Akupunkturdispensär, Gunilla Brattberg, Opuscula Medica 28 (3) 83.

Natur och medicin, professor Knut Næss, Tidsskrift for Norske lægeförening 1978 98:1363-5.

Författarpresentation:

Ingemar Fagerlund, distriktsläkare, Vårdcentralen, 51102 Skene.

PRESSKLIPP

Läkare går i protest

För mycket utbildning i Allmänmedicin vid KI orsak till avgång som professor.

"Tung kritik - men det primära är min protest. Min tunga kritik gäller att politikerna bara satsar på primärvården och att det går ut över specialistvården. Det har blivit en olycklig motsättning mellan primärvård och slutna specialistvård.

Alla utbildningsplatser på Karolinska och Huddinge sjukhus används för allmänläkare. Det bromsar forskning och utveckling menar han."

Detta säger professor Lars Erik Böttiger i Morgonkott den 17/2 och i ovan DN-citat från 18/2 1984.

Samma dag skrev DN på ledarsidan

Snedfördelad läkarvård

"I förhandlingar mellan Landstingsförbundet och socialdepartementet diskuteras hur statens bidrag till landstingen - ca 10 miljarder - skall beräknas. Hittills har bidraget beräknats bl a per läkarbesök och per vård dag. Sannolikt blir resultatet i fortsättningen en utdebitering per invånare. Det innebär att landsting med en omfattande privat vård själva får stå för finansieringen. Det är fördelningspolitiskt riktigt."

Hur går det för våra rökavvänjningspatienter?

RUNE LINDQVIST

På Tumba vårdcentral bedrivs rökavvänjning enskilt och i grupp.

Artikeln redovisar erfarenheter av hur det går för deltagarna i gruppavvänjning. En enkät med frågor om rökvanor, positiva och negativa aspekter på rökavvänjningen skickades ut till tidigare deltagare.

Resultatet visar att cirka 30 procent är rökfria efter minst sex månader, en siffra som är vanlig vid etablerade rökavvänjningsmottagningar.

Vi vill entusiasmera andra vårdcentraler att börja med denna stimulerande arbetsmetod.

Nyckelord: Rökning, Rökavvänjning, Primärvård, Utvärdering, Tumba.

WHO har uttalat att det inte finns någon annan åtgärd som skulle ha så stor effekt på folkhälsan i västvärlden som om alla slutade röka.

Att hjälpa människor att sluta röka måste vara en viktig uppgift för sjukvården och speciellt för primärvården.

De få rökavvänjningskliniker som finns kan på intet sätt räcka till att ge stöd och hjälp till alla som behöver eller önskar sluta röka.

Många inom primärvården känner sig osäkra på om deras resurser och kunskaper räcker till för att erbjuda rökslutarservice. Kan vi klara detta utan omfattande utbildning?

På Tumba vårdcentral bedriver vi sedan 4 år rökavvänjning enskilt och i grupp. En läkare har varit engagerad hela tiden. Fem sköterskor med god vana att hjälpa patienterna under rökavvänjningen har deltagit mera intensivt under olika perioder.

Bakgrunden till att vi började var att vi noterade att man inom primärvården ofta träffar – och lär känna – patienter som gärna skulle vilja sluta röka. Tyvärr noterade vi att det var sällan en patient kunde följa ett enkelt råd att sluta röka till exempel efter en hjärtinfarkt (1).

Vi funderade då över hur vi skulle kunna hjälpa de som vill sluta röka mera effektivt. För att få råd tog vi kontakt med närmaste rökavvänjningsklinik (Huddinge sjukhus) och diskutera situationen. Därefter började vi med en rökavvänjningsgrupp eftersom vi ansåg att det var det bästa sättet att få personlig vana och erfarenhet av

rökavvänjning. Den individuella rökslutarservicen byggdes sedan ut och fann nya former efter våra erfarenheter från gruppen.

Vi bygger mest på våra tidigare erfarenheter av patientarbete och grupp-samverkan från andra områden inom sjukvården plus enkla råd från rökavvänjningsklinikerna och bygger successivt på med de erfarenheter som vi samlar.

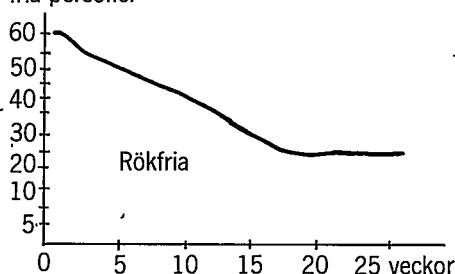
Räcker då erfarenheterna inom primärvården? Hur går det för de som försöker sluta röka i grupp?

Hösten -82 skickade vi ut en enkät till de personer som gått i rökavvänjning hösten -79 till våren -82 för att ta reda på hur det gått för dem.

Resultat och diskussion

Alla 52 personerna besvarade enkäten. Av dessa var 33 kvinnor och 19 män.

Procent rökfria personer



Figur 1.

Fortfarande rökfria efter mer än sex månader var 14 personer (33 procent) varav 5 män och 9 kvinnor. Erfarenheten att män skulle ha lättare att sluta röka som rapporterats stämmer alltså inte med detta material. Siffran cirka 30 procent bestående rökfria i samband med rökavvänjning har rapporterats från rökavvänjningskliniker på flera håll (2). Detta tycks vara relativt oberoende av rökavvänjningsmetod. Kanske är det så att det är vissa rökare som har relativt lätt för att sluta röka medan det är för andra förenat med oöverstigligen svårigheter. Skulle vi ha bättre urvalsmetoder när vi rekommenderar rökavvänjning?

Vi har delat upp patienterna i sådana som tidigare rökt svagare respektive starkare cigaretter än genomsnittet. Medelvärde för svenska cigarettnärken är 1,2 mg nikotin/cigarett.

Av de som svarat på frågan (13 per-

soner) har 5 av 27 som rökt starkare cigaretter slutat medan 8 av 23 som rökt svagare cigaretter lyckats sluta.

Orsak till misslyckande/återfall

Den dominerande orsaken till återfall har angetts vara nervositet. Detta anger 12 av 38 personer. Övriga orsaker anges i tabell I.

Tabell I.

Orsak till återfall	Antal
Nervositet	12
Vet ej	5
Dålig karaktär	4
Stress	4
Festat	3
Sjukdom	3
Slut på Nicorette	2
Trassel på jobbet	2
Familjeproblem	1
Viktuppgång	1
Sportprogram på TV	1
	38

Inställning till rökstopp

På frågan om rökarna gjort nya försök att sluta efter kursens slut svarar de som misslyckats "ja" i 14 fall, "nej" i 28 fall.

18 personer tror att de skall lyckas sluta senare, 5 tror sig inte om att klara detta, 9 hoppas och 6 vet ej. Det finns således en optimism bland rökarna om att så småningom lyckas sluta.

Det smittar av sig att sluta röka. Bland våra personer anger 3 av 13 som lyckats själva och 8 av 38 som misslyckats att minst en ytterligare inom bekantskapskretsen slutat "tack vare dem".

Besvär med rökningen

Bland de som fortfarande röker uppger många flera olika besvär. Hosta dominerar. Det torde ju vara ett av skälen till att de velat sluta. Notabelt är också att man trots en hel del besvär av rökningen ej lyckats sluta. Förmodligen leder också en misslyckad rökavvänjning till att man blir mer observant på de negativa effekterna av rökningen (tabell II). Flera deltagare har haft allvarliga rökrelaterade symtom som man ej uppgivit i enkäten. En rimlig tolkning är att man förtränger sambandet rökning – aktuellt symtom.

Tabell II.

Rökrelaterade besvär	Antal
Hosta	13
Inga besvär	8
Andningsbesvär	5
Dålig kondition	4
Ofta halsvärk	3
Kalla händer	3
Ont i bröstet	2
Ofta infekterad	1
Heshet	1
Magvärk	1
	41

Byte av cigaretter

Av de som inte lyckats sluta har 8 av 38 bytt märke efter kursen. 7 av dessa har övergått till nikotinsvagare cigaretter. En vanlig uppfattning är att det inte lönar sig för en etablerad rökare att gå över till svaga cigaretter (3). Bland våra personer som gått över till svagare cigaretter har 1 ökat förbrukningen, 4 minskat den och 2 bibehållit konsumtionen.

Totalt sett har 14 av de 38 som misslyckats sluta röka minskat sin förbrukning med mer än 5 cigaretter per dag efter 6 månader. 2 har ökat förbrukningen. Rökare har ofta svårt att minska sin förbrukning. De brukar ganska snabbt komma upp till "normal" förbrukning igen. Möjligtvis kan den intensiva påverkan som träffarna på en rökavvänjningskurs gör att man kan lyckas hålla en lägre förbrukning under längre tid.

Attityd till rökning

6 av 14 som lyckats sluta röka anger att deras attityd till rökning och rökare ändras under kursens gång. 23 av de 38 som misslyckats anger att deras attityd ändrats.

Det är således förvånande nog flera av de som inte lyckats sluta röka som anger att de ändrat attityd. En förklaring kan vara att de som lyckats hade sin inställning klar redan innan, var bra motiverade, medan de som misslyckats hade en "ljummare" inställning före kursen. En annan förklaring kan vara att de som misslyckats "vill freda sitt samvete" genom att uppges att de trots allt ändrat attityd.

Omedelbart rökstopp bäst

Bland de som lyckats sluta röka har 13 slutat omedelbart och 1 efter 2 dagar. Ingen har lyckats sluta röka med nedtrappning. Detta resultat talar starkt för att rökare bör tillrådas att sluta omedelbart.

Orsak till rökstopp

Någon dominerande orsak till att man slutat röka finns ej (tabell III).

En erfarenhet är att alla rökare hade svårt att ange orsaken till att de ville sluta. Det är tänkbart att man förtränger de verkliga orsakerna till exempel rädsla för sjukdom. Att diskutera skälen till att man vill sluta och medvetandegöra detta kan underlätta rökstoppet.

Tabell III.

Orsak till rökstopp	Antal
Ej svar	4
Hosta	3
Mådde allmänt dåligt	2
Hänsyn till andra	2
Hälsoskäl	2
Dålig kondition	2
Ångest	1
Oro för lungcancer	1
Infarktträds	1
Stödja sjuk kamrat	1
Barnen	1
	20

Positiva effekter av rökstoppet

11 av de 14 som lyckats sluta röka anger att de upplevt positiva effekter på hälsan. Mindre hosta är den dominerande effekten av rökstoppet (tabell IV).

Tabell IV.

Positiva effekter av rökstopp	Antal
Allmänt bättre	6
Bättre kondition	5
Mindre hosta	4
Bättre luft hemma	3
Bättre ekonomi	3
Ingen förbättring	3
Bättre självkänsla	2
Mindre ångest	1
Mindre huvudvärk	1
	28

Det är intressant att fler uppger att de nu slipper den oro och ångslan inför rökningen som de upplevde tidigare. Vår uppfattning är att detta ofta är den mest positiva effekten av rökstoppet. Man slipper vara beroende av rökningen. Det känns befriande att lyckas sluta. Före detta rökare upplever ofta detta starkare än de rent kroppsliga fenomenen.

7 av 14 anger viktuppgång som ett problem. Uppgången varierar mellan 3–15 kg. Detta är ett problem vid rökavvänjning och kan bli en orsak till att man börjar röka igen. Diskussionen kring kost, viktuppgång, motion bör därför ingå vid rökavvänjning. Vårt intryck är att de flesta har varit positiva till detta. Endast en patient (som misslyckats) anger att den negativa aspekten på rökavvänjningen var att vi försökte förändra hans matvanor och göra honom "annorlunda". Uppenbarligen måste alla råd som gäller människors levnadsvanor framföras på ett sätt som inte gör att personen upplever sig hotad i sin integritet. Detta kan lätt ske om man är för entusiastisk i till exempel friskvårdsråd som man anser självklara. Övriga negativa effekter av rökavvänjning är få hos dem som lyckats sluta. Enstaka personer anger sömnproblem, oro, irritabilitet.

Övrigt

Vi har funnit att de som lyckats sluta röka försvunnit ifrån mottagningen. Ofta rör det sig om personer som sökt

ofta för infektioner, dessa upphör och vi ser dem inte längre. På så sätt kan även personalen på vårdcentralen notera att patienten har blivit bättre.

Vid rökavvänjning i grupp lär man känna deltagarna och det blir en personlig kontakt. Detta är stimulerande även för sköterskan/läkaren och underlättar framtida behandling av patienten.

Den upprepade kontakten med de som går på vårdcentralen för kroniska sjukdomar och som misslyckats med att sluta röka, kan ju också på sikt leda till att patienten lyckas.

Sammanfattning

Med våra erfarenheter av grupparbete och råd från rökavvänjningskliniken på Huddinge sjukhus som bakgrund har vi bedrivit rökavvänjning i grupp på Tumba vårdcentral.

Resultaten visar att cirka 30 procent av deltagarna är rökfria efter mer än 6 månader. Denna siffra stämmer väl med erfarenheterna från rökavvänjningsmottagningar. Man noterar vidare att det inte är ovanligt att andra "luras" att sluta röka av våra rökavvänjningspersoner. Rökstoppet smittar. Vidare anger de flesta att de ändrat sin attityd till rökare/rökning och att majoriteten av de som misslyckats tror att de kommer att sluta senare i livet.

Rökavvänjning i grupp på vårdcentralen kan rekommenderas och uppmuntras utifrån erfarenheterna i denna undersökning.

Referenser:

1. Effect of general practitioner's advice against smoking. *British Medical Journal* 1979;2: 231–35.
2. Ovred Effekt av olika rökavvänjningsmetoder använda vid allmänläkarmottagning, *Läkartidningen* 1980;77: 3406–8.
3. The health consequences of smoking. The changing cigarette. A report of the surgeon general 1981 US departm, health human service.
4. Smoking Recognition by family physicians. *The Journal of Family practice* 1981;12: 657–660.
5. Fimpa nu. Ture Arvidsson, Larsson Förlag 1979.

Författarpresentation:

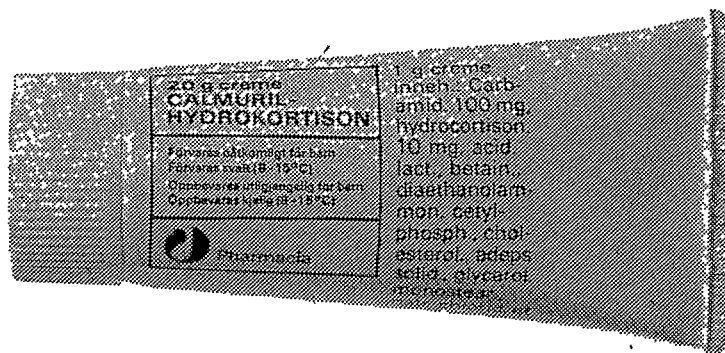
Rune Lindqvist*, distriktsläkare, Tumba vårdcentral.

*Postadress: Tumba vårdcentral, 147 00 Tumba.



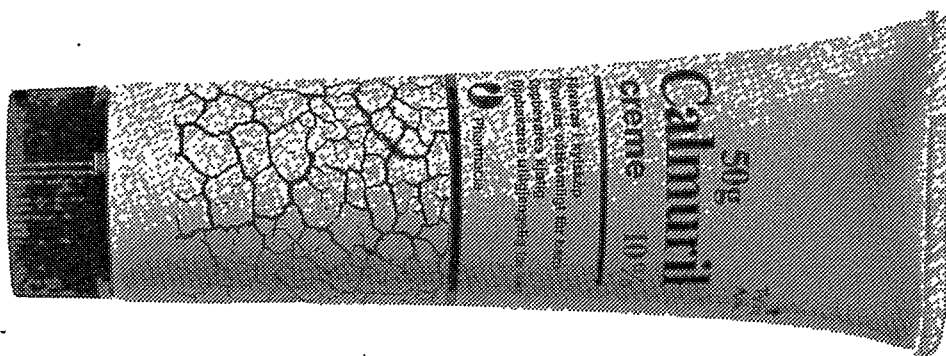
Cortesal är besläktad med den välkända skönhetscrèmen L300 och innehåller precis samma fuktighetsbevarande ämnen.

Det finns bara två receptfria hydrokortisonkrämer mot torra eksem som innehåller hudens egna fuktighetsbevarande ämnen.



Calmuril-Hydrokortison innehåller precis samma fuktighetsbevarande ämnen som hudcrèmen HTH.

Den ena är Cortesal mot vanliga torra eksem. Den andra är Calmuril-Hydrokortison mot torra eksem med hudförhårdnader.



Alla tre krämerna går snabbt in i huden utan att kladda.

Calmuril finns även utan hydrokortison. Det är en av de få mjukgörande fuktighetscrèmer i Sverige som registrerats som läkemedel.

Vill du veta mer, kan du rekvirera vår informationsbroschyr om eksem. Ring eller skriv till Pharmacia AB, Box 159, 751 04 UPPSALA. Telefon 018-1643 12.

Socialstyrelsens anvisningar för de receptfria läkemedlen: "För behandling av lindrigt eksem förorsakat av t.ex. tvål, rengöringsmedel, kosmetika samt stark solsvada. Ett tunt lager ingnides 2-3 ggr dagligen. Användes högst 1 vecka utan läkarordination. Observera. Får ej användas i sår eller runt ögonen. Om tillståndet ej förbättrats bör läkare kontaktas. Barn under 2 år bör endast behandlas efter läkarordination."

 **Pharmacia**

Socialstyrelsen föreslår annonsförbud och kraftig skärpning av tobaksskatt

I en skrivelse till regeringen föreslår socialstyrelsen bland annat:

- Inför reklamförbud för tobaksvaror motsvarande det som idag gäller för öl, vin och sprit.

- Utnyttja tobaksbeskattningen så att priserna på tobaksvaror följer den allmänna prisutvecklingen.

- Inför en särskild hälsovårdsavgift om 1 öre per cigarettpaket för att finansiera arbetet mot tobaksskador.

Den uppmaningen riktar socialstyrelsen till regeringen i en skrivelse. Skrivelsen, som tillkommit på förslag av styrelsens samordningsgrupp för tobaksfrågor där bland annat skolöverstyrelsen, konsumentverket, arbetarskyddsstyrelsen, UHÅ samt NTS och Visir ingår, gör regeringen uppmärksam på behovet av ytterligare åtgärder för att förebygga tobaksskador samt av att förstärka samhällets tobakspolitik.

I sin skrivelse till regeringen konstaterar socialstyrelsen att arbetet mot tobaksskadorna är en politisk fråga. *Rökning och hälsa är ett samhällsproblem som inte kan lösas genom att man lägger ansvaret på någon enskilda samhällssektor, till exempel skolan eller hälso- och sjukvården, eller*

gör det till en individuell angelägenhet för rökaren. Rökfrågan måste lösas på politikernas bord, inte på operationsbordet!

Arbetet mot tobaksskador har framför allt bedrivits med hjälp av information. Denna har varit framgångsrik och andelen rökare har minskat men under de senaste åren har minskningen avstannat. Rökvaneutvecklingen bland unga och medelålders kvinnor, som för närvarande toppar statistiken, är särskilt oroande. Samtidigt har anslagen till tobaksupplysningen minskat kraftigt vilket medfört en allvarlig urholkning av verksamheten. Samhället förfogar idag över cirka 2 miljoner kronor för sin informationsverksamhet. Den summan motsvarar *en femtondel* av vad tobaksbranschen årligen lägger ner på säljfrämjande insatser i Sverige.

Många av de förslag som tobakskommittén lade fram 1981 har ännu inte förverkligats. Bland annat föreslog kommittén att tobaksannonsering skulle förbjudas. Vidare ansåg man att tobaksskatten borde användas i konsumtionsdämpande syfte. Jämfört med våra nordiska grannländer är Sverige idag ett lågprisland vad gäller cigaretter.

ter. Priset på tobaksvaror har inte följt konsumentprisindex utan istället sjunkit jämfört med till exempel priserna på livsmedel. Under 1961–81 ökade livsmedelspriserna med 222 procent medan tobaken ökade med 187 procent. Den relativa prisutvecklingen som tillåtit för tobaksvaror har alltså direkt motverkat ansträngningarna att bekämpa tobaksskador. Det är rimligt, anser samordningsgruppen, att tobakspriserna åtminstone följer konsumentprisindex.

Socialstyrelsens samordningsgrupp för tobaksfrågor tillsattes hösten 1983. I gruppen ingår företrädare för myndigheter, organisationer och andra instanser med viktiga uppgifter i arbetet mot tobaksbruket. Skrivelsen till regeringen är ett resultat av gruppens hitillsvarande arbete. Samordningsgruppen konstaterar bland annat att medelsbehovet för centrala insatser mot tobaksbruket idag uppgår till cirka 6 miljoner kronor, det vill säga tre gånger mer än vad regeringen avsatt i sitt nyligen presenterade budgetförslag.

Information: Överdirektör Carl-Anders Ifvarsson, byrådirektör Margareta Haglund, tel 08/14 06 00.

Rök inte där någon annan får obehag.

**Alla som vistas i rökig miljö röker. Även om de inte är rökare.
Måste du röka så gör det där ingen annan får obehag.**

SOCIALSTYRELSEN

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

DEN SOM FÅTT SKABB BEHÖVER INTE LÄNGRE TA GIFT.



Nu när Tenutex[®]N liniment finns, finns det ingen anledning att behandla skabb med preparat som innehåller miljögift.

Nya Tenutex[®]N är det preparat som i första hand bör användas för behandling av skabb, eftersom det är fritt från klorerade kolväteföreningar – till skillnad från gamla Tenutex[®] med DDT (klofenotan) och Jacutin[®] som innehåller hexicid (lindan).

Vid behandling av skabb ska hela kroppen – utom huvudet – smörjas in och ju större hudytor som behandlas, desto viktigare är det att undvika den här sortens toxiska och miljöskadliga ämnen.

Tenutex[®]N liniment är en emulsion med bensylbensoat och disulfiram som aktiva komponenter. Dessa båda ämnen har tillsammans visat sig vara synnerligen effektiva mot skabb.⁽¹⁾

Tenutex[®]N är effektivt och jämförelsevis bekvämt med minsta möjliga risk för biverkningar. Det kan utan risk användas även till spädbarn samt av gravida och ammande kvinnor.

Ytterligare information om skabb och behandling med Tenutex[®]N finns i broschyren "Lusläsning" som kan rekvideras kostnadsfritt med kupongen.

⁽¹⁾ Borglund, Erik; Kolmodin-Hedman, Birgitta; Landegren, Johan; Storgårds, Karin. *Perkutan absorption av DDT samt behandling av scabies med disulfiram och bensylbensoat emulsion. Opuscula Medica (1978) pp 174–178.*

Tenutex[®]N. Liniment. Parasiticidum.

DEKLARATION. 100 g liniment innehåller: Disulfiram, 2 g, benzyl. benz. 22,5 g, triaethanolamin. steat., cetanol., oleum cacao, oleum eucalypt. et aq. purif. q.s.

EGENSKAPER. Tenutex N är ett antiparasitmedel i en o/v-emulsion utan klibbande egenskaper eller störande lukt.

INDIKATIONER. Pediculosis capitis och scabies.

KONTRAINDIKATIONER. Allergi mot organiska svavelföreningar (gummiallergi).

BIVERKNINGAR. Överkänslighet för disulfiram och bensylbensoat kan förekomma i enstaka fall. Missfärgning av blont hår har rapporterats i enstaka fall, antagligen orsakad av reaktion med kopparsalter i vattnet eller rester av hårvårdsmedel.

ANVÄNDNING. Pediculosis capitis (huvudlöss): Bena håret i mitten och lägg en sträng Tenutex N i benen. Massera ut mot sidorna. Lagg nya benor till höger och vänster och genomdränk håret (åtgång beroende på hårlängd 25–75 g) inifrån och ut – det är i hårbotten som lössen finns och lägger ägg. Tvätta och finkamma håret efter ett dygn. Finkamma och inspektera håret dagligen under 14 dagar efter behandlingen.

Scabies (skabb): Grundlig kroppstvätt. Torka väl. Massera omsorgsfullt in hela kroppen – dock ej huvudet – med Tenutex N (50–60 g). Endast på spädbarn behöver även huvudet behandlas. Undvik alltför kraftig gnidning. I svårt angripna fall görs en extra påstrykning av Tenutex N efter 10–24 timmar. Obs! Glöm ej att smörja in fotsulor, mellan tår och fingrar. Varje kvadratmillimeter av kroppen skall vara täckt av salvan i 24 timmar.

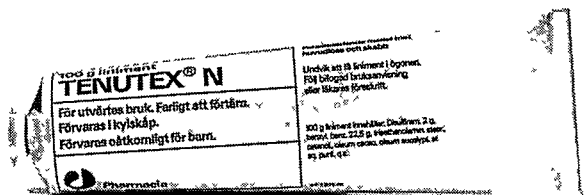
Vänta ett dygn med all kroppstvätt. Blir huden irriterad av Tenutex N-behandlingen, kan hydrokortisonsalva användas som lindring. För utförligare uppgifter se bruksanvisning som medföljer varje förpackning.

Observera. Kontakt med ögonen skall undvikas.

FÖRPACKNING. 100 g.

Tenutex[®]N är det lämpligaste preparatet mot skabb.

För behandling av huvudlöss rekommenderas Prioderm[®] och mot flatlöss Tenutex[®].



Pharmacia Norden AB, Avd Läkemedel,
Box 159, 751 04 Uppsala. Tel 018-16 30 00



Pharmacia

Ja tack, skicka utan kostnad
_____ ex av
patientbroschyren "Lusläsning"
☐ Patienthandledning skabb
☐ Patienthandledning huvudlöss
☐ Patienthandledning flatlöss

Namn _____

Befattning _____

Arbetsplats _____

Adress _____

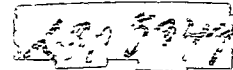
Postnr./adress _____

Frankeras
ej.
Pharmacia
betalar
portot.

**Pharmacia
Norden AB**
Avd Läkemedel

Svarspost
Kundnummer 19366020
751 00 Uppsala 1

TENUTEX[®]N MOT SKABB.



Audiometrins roll vid otitkontroller i primärvården

GEORG LARSSON

I den aktuella otitdebatten har framkommit att audiometri på sina håll använts som enda kontroll efter akut mediaotit. Enligt den undersökning som här presenteras är detta inte adekvat. Det grundläggande är istället otoskopi. Audiogram tillkommer som stöd för diagnos i vissa fall.

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

Handläggningen av akut otit har på senare tid diskuterats livligt. I Läkartidningen och AllmänMedicin har under 1983 ett flertal artiklar och debattinlägg i ämnet publicerats. Vid Vårdcentralen i Forshaga har gjorts en studie av otitkontroller (1). Sammanfattningsvis fann man att var fjärde patient visade tecken på otosalingit vid en-månadskontrollen efter akut mediaotit. Ytterligare en månad senare hade siffran reducerats till knappt var tionde patient; dessa remitterades till öronklinik. Bedömningarna baserades på otoskopi med inspektion av trumhinnans utseende och rörlighet samt audiometri på patienter över fyra år.

Av den aktuella debatten har framgått att audiometri på sina håll använts som enda kontroll efter akut mediaotit. Det finns emellertid hållpunkter (2) för att audiometrieresultat kan vara dåligt korrelerade till otosalingitfynd. För att ytterligare belysa frågan har otitkontrollmaterialet i ovannämnda undersökning eftergranskats.

Material och metod

I undersökningen ingick 255 otitkontroller. Audiogram togs på alla patienter äldre än fyra år. Den utrustning som användes var en tonaudiometer med enbart luftledning (Madsen Elektronik DSA 84, 250–8 000 Hz). Den typ av hörselnedsättning som man kan se vid otosalingit är som bekant måttlig nedsättning (ofta cirka 20–30 dB) som brukar vara mest uttalad i basen. Vid eftergranskningen av otitkontrollmaterialet gjordes en journalgenomgång för att se hur audiometrifynd hade

bedömts i relation till otoskopifynden. Några nya värderingar eller tolkningar gjordes alltså inte.

Resultat

Av de 255 ingående patienterna fann man vid en-månadskontrollen tecken på otosalingit hos 68 patienter. Dessa kom alltså på ytterligare en kontroll en månad senare. Vid första kontrollen visade det sig vid eftergranskningen ha förelegat överensstämmelse mellan audiometrifynd och otoskopisk bedömning i 36/68 fall (53 procent). I 12/68 fall (18 procent) förelåg ingen överensstämmelse (i allmänhet var audiogrammet praktiskt taget normalt). I 20/68 fall (29 procent) var patienterna under fyra år och något tillförlitligt audiogram kunde inte tas.

När samma patienter bedömdes en månad senare hade antalet otosalingiter gått ner till 22, men procentsiffrorna som avspeglar audiogrammets roll utföll exakt på samma sätt.

När man sedan följde de 22 patienter som remitterades till öronklinik fann man överensstämmelse mellan våra ursprungliga audiogram och senare otoskopibedömningar i 6/22 fall, ingen överensstämmelse i 6/22 fall och 10/22 var under fyra år.

Efter flera månader utkristalliserades en restgrupp på sju patienter, som inte hade blivit bra på konservativ behandling. Av dessa visade en tecken på begynnande kronisk otit och följdes särskilt på öronkliniken; hos denne patient förelåg överensstämmelse mellan vårt ursprungliga audiogram (som visade klar hörselnedsättning) och senare bedömningar på öronkliniken. Övriga sex gick till paracentes, i de flesta fall med rör. I noll fall förelåg överensstämmelse med våra ursprungliga audiogram, i tre fall ingen överensstämmelse och i tre fall var patienterna under fyra år.

Diskussion

Tidigare undersökningar (2) har talat för att man ibland ser väsentligen normala audiogram trots att det föreligger en otosalingit. Ur gruppen kroniska otosalingiter nyrekryteras sannolikt

många kroniska otiter (3). Från öronläkarhåll har påpekats att relativt få otosalingiter kommer på remiss från allmänläkare (4). Det bör alltså vara viktigt att vi i primärvården försöker fånga upp fler ur denna grupp. Den här presenterade undersökningen talar för att audiogram som enda kontroll efter akut mediaotit endast fångar upp cirka hälften av otosalingiterna. En betydande andel av patienterna är ju yngre än fyra år och bedöms inte klara audiometri. Ytterligare en grupp har trots otosalingit väsentligen normala audiogram. Poängteras bör kanske att denna undersökning avser "primärvårdsaudiometri", alltså inte den mer avancerade audiometri, som man förfogar över vid ÖNH-kliniker.

Sammanfattning

Enbart audiogram är inte en adekvat kontroll efter akut mediaotit. Det grundläggande är otoskopi med inspektion av trumhinnans utseende och rörlighet. Audiogram tillkommer som stöd för diagnos i vissa fall.

Litteraturreferenser:

1. Larsson G, Otitkontroller i primärvården: Var fjärde patient visar tecken på otosalingit vid en-månadskontrollen efter akut mediaotit. Läkartidningen 1983;80: 1215–6.
2. Renwall U, Holmberg K, Diagnostik av otosalingit. Astranymt 1981;8: 2–3.
3. Renwall U, Änggård A. Otiter och otosalingiter. Lund: AB Draco 1977: 271–81.
4. Ernstson F, Enigma Medica – Otosalingit. Observanda Medica 1982;9: 103–5.

Författarpresentation:

Georg Larsson, distriktsläkare, Vårdcentralen, Sjukhuset, 66700 Forshaga.

Hypertonibehandling utan läkemedel: Verkningsmekanismer

ANDERS ÖVERBY

Teorierna för hypertoniterapi utan farmaka beskrivs för åtta olika terapiområden: Natriumrestriktion, kalium- och magnesiumtillsförsel, alkoholinskränkning, motion, bantning, stress samt vegetarisk diet. Artikeln baseras på en genomgång av internationell och svensk litteratur.

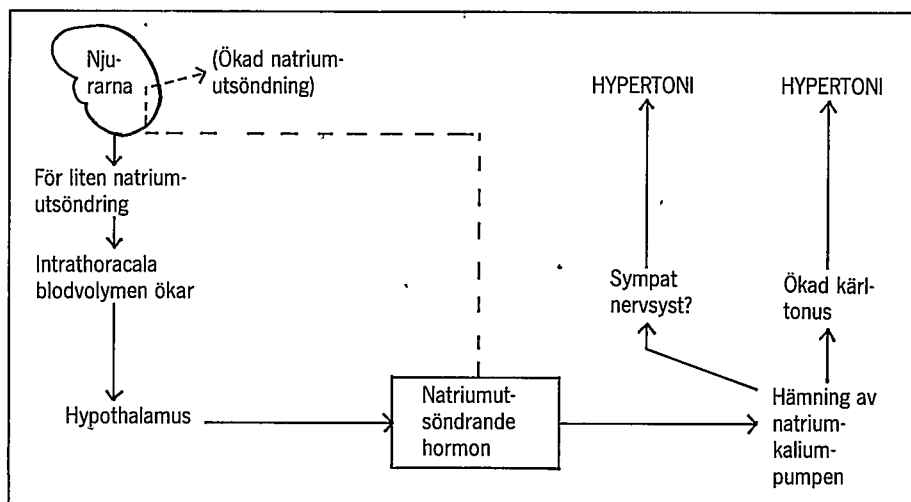
Nyckelord: Hjärt- kärlsjukdomar, Hypertoni, Behandling, Översikt.

Inledning

Bland de läkare som arbetar inom hypertonsjukvård har intresset för behandling utan läkemedel ökat de senaste åren. Flera studier har publicerats om effekten av natriumrestriktion, alkoholinskränkning, bantning, avslappning med mera. Att terapi av hypertoni, utan insättande av farmaka, har effekt i vissa fall är helt klart.

När en ny behandlingsprincip introduceras möts den ofta av skepsis vilket i och för sig är bra. All diagnostik och terapi bör utsättas för kritisk granskning innan den användes i rutinemässig sjukvård. Jämför akupunktur som först möttes av kraftigt misstroende men som blivit mer accepterad när man kunnat förklara en del av effekterna med teorier kring endorfinverkan. En vetenskapligt grundad teori kan således öka en terapiforms trovärdighet. Det kan därför finnas anledning att närmare studera vilka teorier som ligger bakom den så kallade icke-farmakologiska behandlingen av hypertoni.

Gemensamt för alla patientmaterial kan sägas vara att övertygande långtidseffekter på en stor patientgrupp hittills saknas. Biverkningar bör också studeras mer. Det finns dock en hel del tilltalande teorier om varför blodtrycket går ned vid denna typ av terapi. En del av dessa förklaringar redovisas nedan. Vid all behandling, både med och utan läkemedel, är det rimligt att läkaren vet vad han/hon åstadkommer med sin terapi. Den så kallade icke-farmakologiska behandlingen får inte utvecklas till något allmänt hälsoflum-



Figur 1.
(Modifierat efter referens 1).

mande. Detta skulle på sikt kunna vara till skada för trovärdigheten i den behandling som ges.

Natriuminskränkning

Graham Mac Gregor i London, som nyligen publicerat en mycket elegant studie över relationen mellan natrium och blodtryck, har i ett annat arbete presenterat en teori för varför blodtrycket sjunker när konsumtionen av natrium minskar (1):

Den ökning av perifera motståndet som finns hos patienter med essentiell hypertoni skulle till stor del bero på förhöjd nivå av ett hormon som ökar njurarnas natriumutsöndring (natriuretisk hormone). I njurarna skulle dessa patienter ha en nedärvd oförmåga att utsöndra natrium, vilket, genom vanlig feed-back, ökar produktionen av detta hormon (figur 1).

Hormonet produceras troligen i hypothalamus och utsöndringen skulle styras av storleken på den intra-thoracala blodvolymen, natriumöverskott ger ju vätskeretention. Substansen hämmar enzymet natrium-kalium-ATPas vilket bland annat finns i blodkärlens glatta muskelceller. Denna hämning av natrium-kalium-pumpen ökar inflödet av calcium i muskelcellen vilket ger ökad tonus i glatt muskulatur i både artärer och vener. Blodtrycket stiger därmed.

Dessutom orsakar det förhöjda ventonus att blod strömmar från periferin till centrum och intrathoracala blodvolymen ökar. Därmed stegras utsöndringen av natriumhormonet ännu mer.

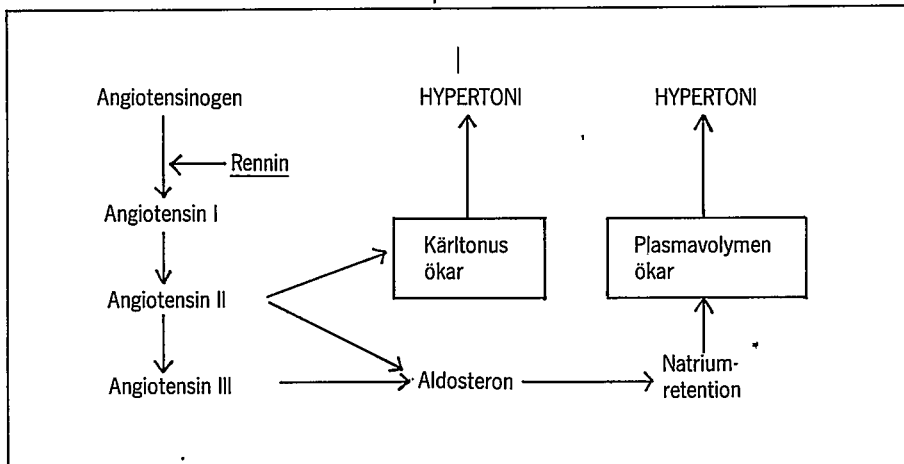
MacGregor och medarbetare framför också teorin att det stegrade tonus i arterioli kan bero på hämningen av cellernas natriumtransport ökar aktiviteten i det sympatiska nervsystemet (figur 1).

MacGregor betonar att den utlösande orsaken till ovanstående reaktioner är njurarnas nedsatta förmåga att utsöndra natrium. När natriumintaget är högt ökar belastningen på njurarna.

Ovanstående teorier stämmer med en nyligen publicerad undersökning som visar att en essentiell hypertoni normaliseras efter det att kliniskt sjuka njurar ersatts med friska (2).

Hormonet som hämmar natrium-kalium-pumpen tycks vara av digitalisliknande natur vilket bland annat visas av några franska forskare (3). I Österrike har man dock inte lyckats upprepa fransmännens resultat (4)!

John Laragh, vid Cornell University i New York, publicerade 1983 en mycket intressant översikt om natrium och hypertoni (5). Titelrubriken blir i översättning "Några sator, förhoppningar och sanningar"!



Figur 2.
(Modifierat efter Peter Öhman, referens[21].)

Rennin frisätts i njurarna och påskyndar via olika mellansteg bildningen av angiotensin II vilket ökar kärlsammandragningen (figur 2). Även aldosteronproduktionen stegras. Om konsumtionen av natrium är låg ökar plasmarennin och därmed aldosteron. Detta gör att njurarna utsöndrar mindre natrium. Rennin-aldosteron bildar således ett system som samtidigt reglerar natrium, plasmavolym samt kärltonus och därmed blodtrycket.

Laragh påpekar att den vanliga reaktionen på saltfattig kost hos en normal person är minskad urinutsöndring av natrium. Detta ger snabbt en kraftig ökning i renninaktiviteten och därmed också av aldosteronproduktionen. Kroppen bibehåller därmed blodtrycket trots natriumbristen i födan. Hos de patienter med hypertoni vilka svarar med en trycksänkning på natriumfattig kost anser Laragh att renninsystemet reagerar mindre än hos de som inte svarar på natriumrestriktion. Mindre kroppsnatrium minskar plasmavolymen och därmed blodtrycket.

Ovan har redovisats några teorier som dels förklarar hur natriumrestriktionen sänker blodtrycket, dels förklarar varför inte alla hypertoniker reagerar med trycksänkning. Laragh slutar: "..... essentiell hypertoni, kan liksom feber och anemi, vara ett abnormt tillstånd som återspeglar ett antal olika sjukdomar".

Kaliumtillförsel

Graham McGregor föreslår att den blodtryckssänkande effekten av kaliumtillförsel beror på att kalium stimulerar natrium-kalium-ATPas och därmed motverkar effekten av hormonet som hämmar natrium-kalium-pumpen (1), se figur 1.

Magnesiumtillförsel

Thomas Dyckner och PO Wester i Umeå har visat att magnesiumtillförsel sänker blodtrycket (6). Detta anses bero på att magnesium aktiverar natrium-kalium-ATPas. Dessutom är magnesium en calciumantagonist, calcium ger ju vasokonstriktion. Möjligen har också magnesium en direkt effekt på glatt muskulatur i blodkärl.

Alkoholinskränkning

I Australien har en forskargrupp gjort en undersökning som visar att ju mer alkohol som dricks desto högre blir blodtrycket (7). Effekten är inte alltid kopplad till kroppsvikten. Australiensarna anser att den troligaste förklaringen är en direkt effekt på centrala nervsystemet av alkohol. Hos vissa individer påverkar etanol centrala inhibitoriska banor vilka kontrollerar vasomotorcentrum. Det vill säga en parallell till hur alkohol påverkar hjärnan så att man förlorar den emotionella kontrollen. Här räknar man då inte med den övergående tryckstegringen vid alkoholabstinens.

Anders Romelsjö vid Karolinska Institutet har, i en redogörelse för kopplingen mellan alkohol och hypertoni i Olofström, nämnt en annan möjlig mekanism: alkohol hämmar natrium-kalium-ATPas (8). Denna hämning ger ökad koncentration av natrium och calcium i glattmuskelceller och därmed ökat perifert motstånd. Jämför med figur 1.

Ytterligare en teori är att vissa alkoholmetaboliter kan utöva en noradrenalin-liknande effekt (9).

Bantning

I Lancet fanns 1982 en översikt över sambandet mellan fetma och hypertoni (10). Övervikt ökar hjärtats slagvolym och den cirkulerande blodvolymen. Om detta tillstånd blir långvarigt ökar den perifera resistensen och därmed blodtrycket. Hos extremt överviktiga kan också den ökade viskositeten i blodet höja det perifera motståndet. Samme forskare påpekar att bantning åtföljs av minskad adrenerg aktivitet, minskad plasmarennin och ett visst fall i aldosteronnivån.

Från USA har en undersökning presenterats som visar att blodtryckssänkning vid bantning är oberoende av en samtidig minskning av natriumintaget (11).

Andra har hävdats att hyperinsulinemin vid obesitas ger en natriumretention och därmed hypertoni (12).

Motion

Motion ökar kaloriförbrukningen och minskar därmed kroppsvikten vilket

kan vara en förklaring till att blodtrycket sjunker. Per Björntorp i Göteborg har pekat på att regelbunden fysisk aktivitet minskar aktiviteten i det sympatiska nervsystemet och därmed blodtrycket (13). Dessutom minskar insulinnivån vid motion och därmed natriumretentionen.

Från Storbritannien har en annan förklaring framlagts (14): under arbete sker en kraftig vasodilatation i muskulaturen och i huden. Efter arbetet kvarstår detta en stund. Samtidigt minskar det venösa återflödet kraftigt eftersom muskelpumpen i benen vilar. Därmed faller blodtrycket. Engelsmännen konkluderar: "Promenad 2 gånger om dagen kan vara en lämplig behandling vid mild hypertoni".

Motverkan av stress

Det finns anledning att slå fast att det inte finns några stöd för att katekolaminhalten i plasma är stegrad i vila hos patienter med essentiell hypertoni (15). Keith Eliasson på Karolinska sjukhuset anser att man kan anta att den centralnervösa styrningen av det autonoma nervsystemet kan vara förändrad vid hypertoni (15). Sverker Jern i Göteborg har påpekat att sekundärt till denna rubbning kan senare kärlförändringar uppträda vilka vidmakthåller hypertoni (16). Dessa mekanismer kanske kan förklara den blodtryckssänkande effekten av muskelrelaxation och meditation.

Vegetarisk diet

Lawrence Beilin och medarbetare i Australien (som även genomförde ovannämnda studie över alkohol och hypertoni) anser att den blodtryckssänkande effekten av en vegetarisk kost kan bero på bildning av vasodilaterande och natriumutsöndrande prostaglandiner (17, 18). Samtidigt ökas intaget av magnesium och kalium vilket också sänker blodtrycket som visats ovan. Pekka Puska och medarbetare vid Karelensprojektet i Finland har också rapporterat om en prostaglandineffekt av en diet med fleromättade fetter, blodtrycket sjönk (19).

Slutsatser

Entusiasmen för den så kallade icke-farmakologiska behandlingen av hypertoni har börjat spira bland både allmänmedicinare och internister. Det är bra – men innebär den egentligen alltid en helt annan behandlingsprincip än läkemedel? Ja ofta – men inte alltid. Tillförsel av kalium och magnesium kanske också skall betraktas som läkemedelsbehandling? Behandling av essentiell måttlig hypertoni bör startas utan våra traditionella läkemedel men om detta misslyckas kan man behöva komplettera med farmaka. Farmaka kanske också kan utsättas och ersättas av annan behandling.

En del av terapiformerna utan läkemedel behöver långtidsuppföljas för att en kvarstående effekt skall anses vara säkerställd. Denna behandlings-

form är inte heller riskfri – se John Laraghs artikel om natriumrestriktion (5). Till sist finns det all anledning att erinra om att man vid all behandling måste överväga hur patientens livskvalitet påverkas. Man kan sluta med att citera British Medical Journal i en ledare om välbefinnande och hypertoni-behandling: "Will it make me live longer, doctor?" – "Yes, maybe, but it will certainly seem longer" (20).

Litteratur:

1. de Wardener HE, MacGregor GA: The natriuretic hormone and essential hypertension. *Lancet*. 1982;I: 1450–1453.
2. Kaplan NM: Renal dysfunction in essential hypertension. *New Engl Journ of Med* 1983;309: 1052–1053.
3. Devynck MA, Pernollet MG, Rosenfeld JB, Meyer P: Measurement of digitalis-like compound in plasma: application in studies of essential hypertension. *Br Med Journ* 1983;287: 631–634.
4. Skrabal F, Herholz H, Neumayer M, Hamberger L, Cerny E: Neues Konzept für die Entstehung der essentiellen Hypertonie. *Deutsch Med Wochenschr* 1983;108: 1122–1126.
5. Laragh JH, Pecker MS: Dietary sodium and essential hypertension: Some myths, hopes and truths. *Ann of Intern Med* 1983; 98 (part 2): 735–743.
6. Dyckner T, Wester PO: Effect of magnesium on blood pressure. *Br Med Journ* 1983;286: 1847–1849.
7. Arkwright PD, Beilin LJ, Rouse I, Armstrong BK, Vandongen R: Effects of alcohol use and other aspects of lifestyle on blood pressure levels and prevalence of hypertension in a working population. *Circulation*. 1982;66: 60–66.
8. Romelsjö A: Alkohol och hypertoni hos yngre män. *Läkartidningen*. 1983;80: 1067.
9. Henningsen NC, Kristensson H, Larne P, Petersson B, Trell E: Hypertoni och gammaglutamyltransferas (S-GT) hos medelålders män. *Hälsö Information*. 1980. Nummer 2:19–30.
10. Messerli FH: Cardiovascular effects of obesity and hypertension. *Lancet*. 1982;I: 1165–1168.
11. Gillum RF, Prineas RJ, Jeffery RW et al: Nonpharmacologic therapy of hypertension: the independent effects of weight reduction and sodium restriction in overweight borderline hypertensive patients. *American Heart Journal*. 1983;105: 128–133.
12. Björntorp P: Hypertoni vid obesitas speciell typ med egen terapi? *Läkartidningen*. 1980;77: 4751–4752.
13. Björntorp P: Hypertension and exercise. *Hypertension*. 1982; Suppl III, vol 4:56–59.
14. Wilcox RG, Bennett T, Brown AM, MacDonald IA: Is exercise good for high blood pressure? *Br Med Journ* 1982;285: 767–769.
15. Eliasson K: Stress och katecholaminer. *Opuscula Media*. 1983; suppl 63: 31–38.
16. Jern S, Hansson L, Carlsson S, Sivertson R: Psykosociala faktorer som orsak till essentiell hypertoni – tro och vetande. *Läkartidningen*. 1981;78: 4237–4238.
17. Rouse IL, Beilin LJ, Armstrong BK, Vandongen R: Blood-pressure-lowering effect of a vegetarian diet: controlled trial in normotensive subjects. *Lancet*. 1983;I: 5–10.

18. Rouse IL, Beilin LJ, Mahoney DP, Margetts BM, Armstrong BK, Vandongen R: Vegetarian diet and blood pressure. *Lancet*. 1983;II: 742–743.

19. 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.

20. Gill JS, Beevers DG: Hypertension and wellbeing. *Br Med Journ* 1983;287: 1490–1491.

21. Öhman P: Njure, binjure, kärlvägg – lokalt verksamma eller cirkulerande hormonella blodtrycksreglerande faktorer. *Opuscula Medica*. 1983; suppl 63: 19–23.

Författarpresentation:

Anders Överby, Distriktsläkare,
Läkarstationen, 670 41 Koppom
Tel 0571/105 40

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

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 nästan 1.400 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 för 1984 automatiskt tidskrifterna ALLMÄNMEDICIN och SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm

Nya böcker om samhällsmedicin

Lennart Köhler (red): Samhällsmedicin – en lärobok för medicinsk och social personal. 408 sid. Lund: Studentlitteratur 1983. ISBN 91-44-2045-5.

Bo Haglund, Leif Svanström: Samhällsmedicin – en introduktion. 335 sid. Lund: Studentlitteratur 1983. ISBN 91-44-18051-9.

Mindre än ett år efter hälso- och sjukvårdslagens tillkomst har utkommit två läroböcker i det ny-gamla ämnet samhällsmedicin, om möjligt ännu mer svärfångat än allmänmedicin. Släktskapen mellan de båda ämnesområdena är stor, men också skillnaderna. Det är viktigt att hålla detta klart för sig när områdena i många fall täcker varandra och likväl avvikelser i arbetsmetoder och intressefokusering är så markanta.

Förutsättningen för en så snabb läroboksintroduktion över ett nytt område är naturligtvis en långvarig tidigare kontakt med ämnet och flitig beläsenhet. För Haglund och Svanström har en mångårig och initiativrik verksamhet i Skaraborgs läns hälsovårdsenhet och numera lärareansvar på Socialmedicinska institutionen och vårdcentralen i Sundbyberg givit material och erfarenheter.

Lennart Köhler som är professor i socialmedicin och preventiv medicin vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg har i sin undervisning och forskning givetvis en bred kontakt med företrädare för vitt skilda områden av samhällsmedicinen.

De båda böckerna är trots sitt besläktade innehåll mycket olika. Haglund/Svanström kallar sin bok en introduktion och en översikt, och den riktar sig till elever vid de kommunala högskolornas basutbildning inom samhällsmedicins område. Den har både sin styrka och sin svaghet i att präglas av de båda författarnas syn på ämnet och deras beläsenhet, som emellertid också är uttryck för ett personligt urval av källorna och deras tolkning. Den läsare som vill tränga på djupet kan därför komma att sakna något som är hans/hennes specialintresse eller finna det ytligt behandlat, ibland ofrånkomligt när man försöker täcka ett så stort område. Författarnas nära relation till primärvård ger framställningen en välgörande realism i framtoningen. De vetenskapsteoretiska resonemangen i kap 5 borde nog föras mer på djupet eller reserveras för en ny bok. "Faktarutor" förefaller inte vara en bra metod i detta sammanhang. Däremot är det

glädjande att det funnits utrymme för ett kapitel om hälsotillståndet i u-länderna. Äntligen lyftes blicken också i en lärobok till de sammanhang, där problemen verkligen finns. De problem och de missförhållanden som ständigt ger näring åt en ångest som inte dämpas ens av 1-procentsmålet.

Köhler är redaktör för en lärobok för medicinsk och social personal. Det är en annan målgrupp och det framgår också av bidragen och uppläggningsen av bokens innehåll, som givit författarna möjlighet att tränga djupare i sina respektive specialområden. Redaktören gör oss en tjänst genom att i första kapitlet ge en klar och kort operationell beskrivning av vad samhällsmedicin är. Man kan ha olika uppfattningar om samhällsmedicinen uppgift. Det viktiga är emellertid att finna någon punkt att starta debatten ifrån. Köhler liksom Haglund/Svanström citerar Zeally om samhällsmedicinen uppgifter:

att diagnostisera hälsoproblem i en definierad befolkning,

att planera lämplig prevention, behandling och vård för att reducera dessa hälsoproblem,

att delta i administration av hälso- och sjukvård.

Allt detta är nog bra, men väldigt försumligt och "samhällsanpassat". Var finns offensiven och djärvheten? Jag har inte så stor tro att politikerna skall kunna förbättra vår värld, men vem är då målgruppen?

Denna lärobok har 29 medverkande författare, alla högt kompetenta inom sina områden. Redaktören har verkligen varit lyckosam i sitt urval. Samtidigt följer emellertid som alltid andra problem med ett samlingsverk. Man kan inte urskilja en syntes eller gemensam målinriktning, dit all denna kunskap kunde leda. Det blir följaktligen även här så att läsaren själv gör sitt urval och sin värdering av artiklarna, och det är inte för att framhäva någon framför andra, som jag anför kapitlet "patienten i sjukvården". Kanske har författarna fångat en problematik och beskrivit ett system som känns bekant för en allmänläkare.

En allmänläkare bör äga dessa böcker. Läs, lära och ifrågasätt.

Gustav Haglund

"En bok utan pekpinnar.."

Författare till socialstyrelsens barnbok belönas med Aftonbladets Gunnar Rosell-pris.

En bok utan pekpinnar – det var ett återkommande omdöme om socialstyrelsens bok "Leva med barn", en bok om barns hälsa och utveckling för alla nyblivna föräldrar, när den presenterades för ett år sedan. "En bok utan pekpinnar" är också en av motiveringarna till att bokens författare, barnläkaren Lars H Gustafsson, tilldelades 1983 års Gunnar Rosell-pris. Priset, som är Aftonbladets belöning till den som under året gjort en speciell insats inom hälso- och sjukvården eller den medicinska forskningen, är uppkallat efter tidningens välkände medicinske reporter Gunnar Rosell.

Onsdagen den 25 februari överlämnades Gunnar Rosell-priset av socialminister Sten Andersson. Vid överlämnandet kommer bland andra socialstyrelsens generaldirektör Barbro Westerholm att närvara. I sin motivering säger juryn att "Leva med barn" är en fin grundbok i föräldrautbildning och att den ger svar på de flesta frågor. Genom att påverka föräldrars beteende mot sina barn kan den också påverka deras utveckling positivt och därigenom ha effekt även på kommande generationer, konstaterar juryn.

"Leva med barn" är en personligt skriven bok, utan kommersiella inslag, om barns hälsa och utveckling. *Meningen är att den ska delas ut vid första hembesöket från barnavårdscentralen efter barnets födelse.* Boken är främst skriven för föräldrautbildningen men tål mycket väl att läsas enskilt av föräldrar. Förutom de vanliga hälsofrågor som hör till småbarnsperioden tar "Leva med barn" på ett ingående sätt upp relationerna mellan barn och föräldrar, deras situation i samhället samt olika problem som kan uppstå. Boken kommer inte med några färdiga patenträskor utan syftar till att fungera som en utgångspunkt för diskussioner och funderingar. Det genomgående temat i boken är föräldraskapets glädje samt föräldrarnas inneboende resurser.

"Leva med barn" kom ut i januari förra året och har alltså funnits på bokmarknaden i ett år. Vid årsskiftet hade boken sålts i 136.000 exemplar. Alla landsting utom ett har köpt boken och i de flesta landsting får nyblivna föräldrar boken gratis från barnavårdscentralen, vilket hela tiden varit socialstyrelsens avsikt. "Leva med barn" är utgiven på LIC-Förlag och kostar cirka 45 kr i bokhandeln.

Information: Barnpsykolog Kerstin Bäckström, byrån för hälsouppllysning, telefon 08/14 06 00.

Den förunderliga vetenskapen

av Ole Didrik Lærum, *Studentlitteratur*, 1983, 96 sidor, cirkapris exklusive moms 39 kr.

1981 avhölls den 2:a nordiska kongressen i Allmänmedicin i Bergen i Norge. Ett av mina angenämaste minnen från den konferensen var en bok som jag fann i en bokhandel, nämligen *Den förunderlige videnskapen* av Ole Lærum.

Denna bok är utan tvekan en av de roligaste jag läst. Det är därför mycket uppskattat att Studentlitteratur låtit översätta den till svenska som jubileumsbok inför sitt 20-årsjubileum.

Boken innehåller många pärlor. Den kanske mest lysande är i mitt tycke kapitlet om sällsynta sjukdomar, till exempel avsnittet "Sjukdomar som är sällsynta därför att de är sällsynta".

"Sådana sjukdomar blir vanligen presenterade under en dubbelföreläsning. I regel avslutas introduktionen i följande ordalag: Tillståndet är inte alls så sällsynt och därför är det viktigt att vara uppmärksam på det. Var och en som tillbringar sitt liv på en inre medicinsk avdelning kommer att ha goda chanser att få se åtminstone ett fall av sjukdomen. Jag har själv sett ett fall. Det var före kriget."

Boken är fylld av den här typen av underfundigheter. Även teckningarna



Figur 1.

Om man bara letar litet så kan det komma fram en hel del intressanta opublicerade data ur skrivbordslådan.

är fyllda av humor och SFAM-nytt/AllmänMedicins läsare känner säkert igen teckningen i figur 1.

Jag avslutar med att citera förordet:

"Denna skrift är en liten uppgörelse med det gravallvarliga i vetenskapen och de många egendomliga uppfattningar som råder när det gäller dagens forskning. Jag försöker visa att forskning endast är ett systematiskt sätt att arbeta på, och att detta att bedriva

forskning ibland kan vara mycket roligt.

I övrigt är projektet fritt och oavhängigt och har inte mottagit stöd från någon annan instans än från vår katt Ole Sophie. Ole Sophie är en ovanligt snäll och klok katt, som ända från början visat sig vara mycket intresserad av att leka med papperna medan jag arbetade med boken. Härmed avtackas han."

Bo Haglund

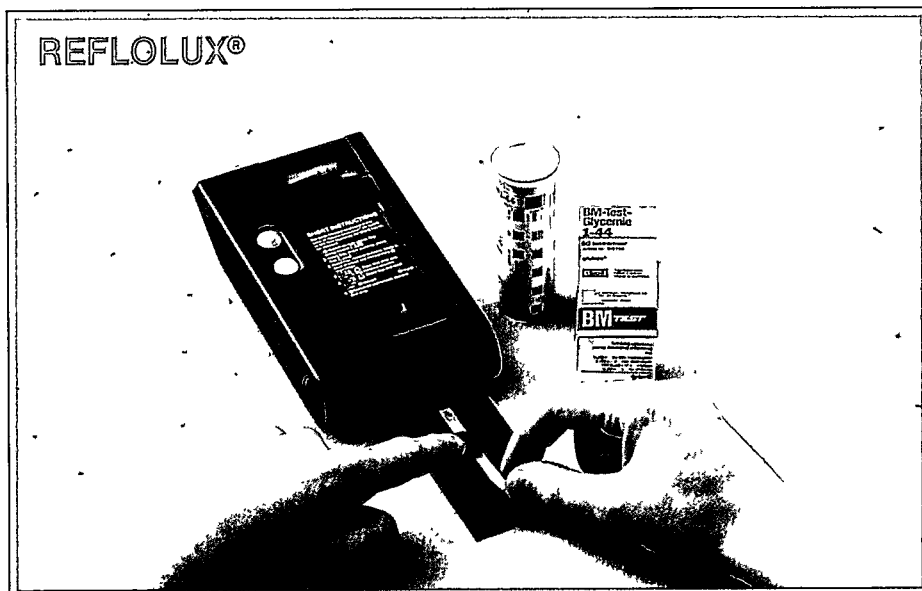
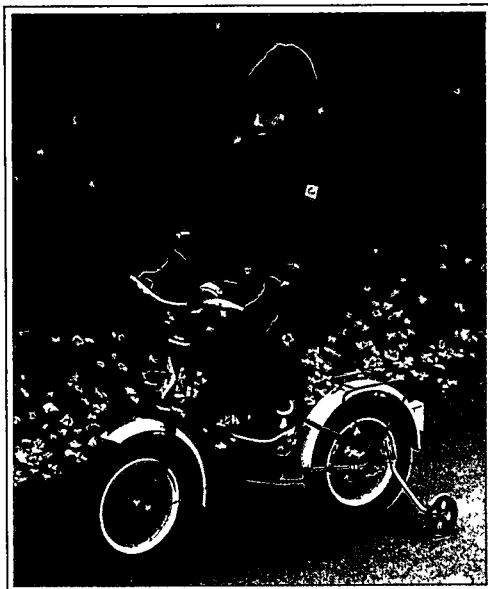
Röker en så röker alla.

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

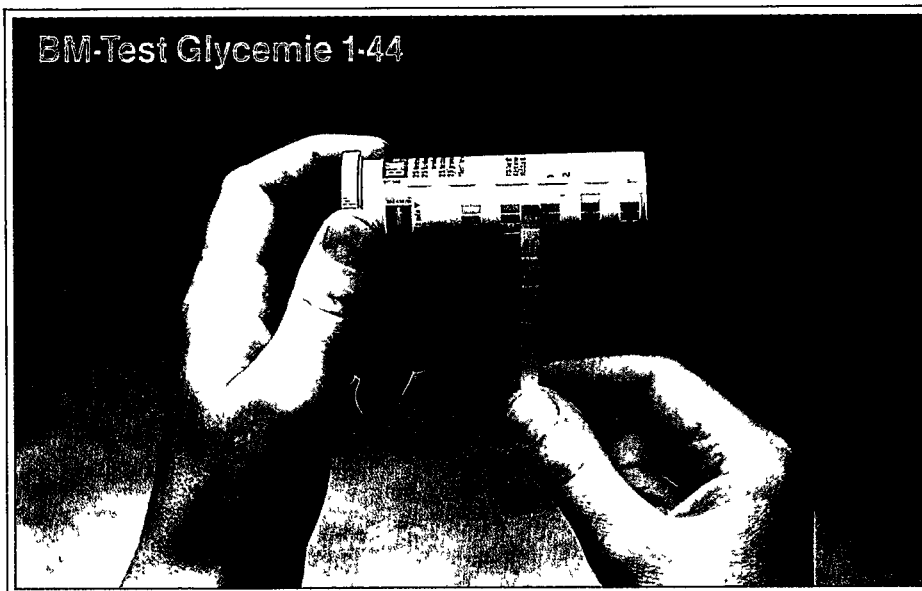
SOCIALSTYRELSEN

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

En del behöver stöd i början...



...sedan går det utmärkt utan.



Utbildningshjälpmedel

Låna ut Reflolux® till de patienter som är osäkra på att visuellt utvärdera BM-Test Glycémie 1-44. Efter en kortare tids träning med Reflolux® kommer även dessa patienter att klara sig utmärkt med den visuella metoden — BM-Test Glycémie 1-44.

Noggrannheten tummar vi inte på!

För att ge förutsättningar för optimal noggrannhet vet vi, i egenskap av ledande tillverkare av blodglukostestremсор, att det är nödvändigt att ta hänsyn till testremсорnas s.k. batchvariationer. På BM-Test Glycémie 1-44 görs detta genom att färgskalan på etiketten anpassas till varje enskild batch. Med Reflolux® erhålles motsvarande anpassning med hjälp av en kodremsa. En sådan medföljer numer varje förpackning BM-Test Glycémie 1-44.

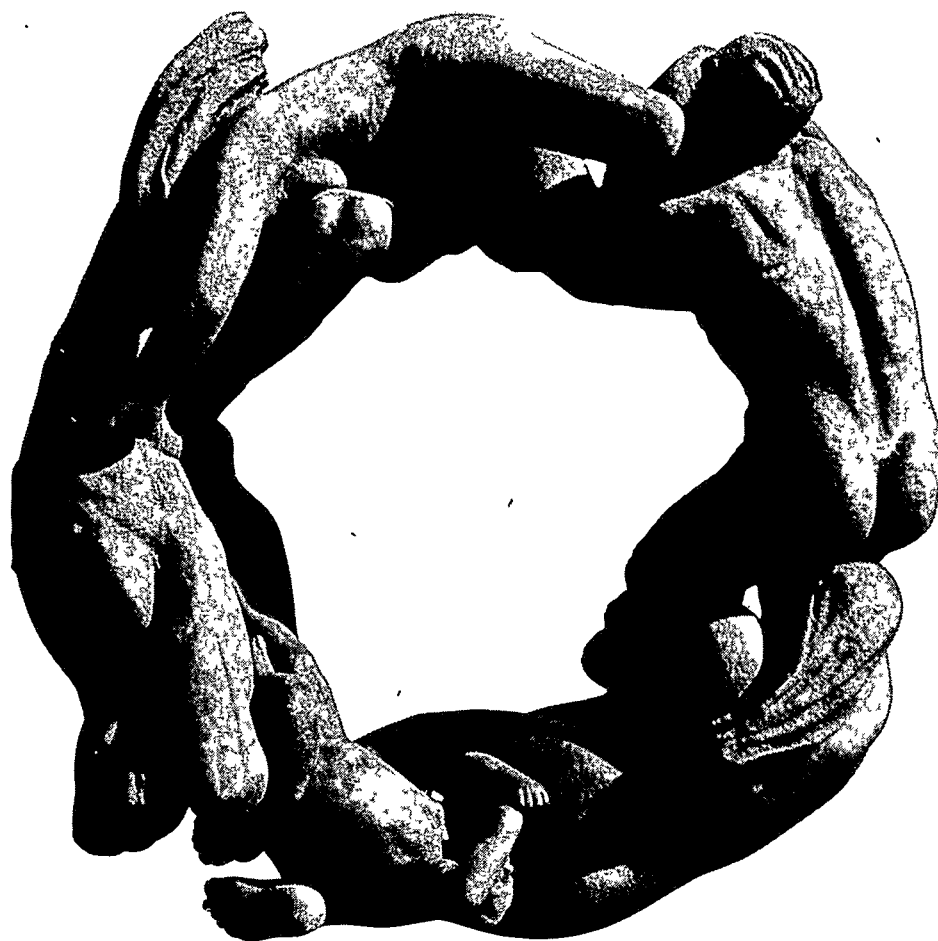


BOEHRINGER MANNHEIM SCANDINAVIA AB
Box 147, 161 26 Bromma 1, Tel. 08-98 81 50

Norgesic®

orfenadincitrat
paracetamol

Bryt den onda cirkeln, smärta-spasm-smärta.....



**NORGESIC innehåller ej salicylat — skonsamt för magslemhinnan.
NORGESIC — i dubbel bemärkelse prisvärt alternativ.**

Norgesic® Riker Tabletter Muskelrelaxans med analgetisk komponent Grupp 12B 3570

△ R

Deklaration. 1 tablett innehåller: Orphenadin, citr. 35 mg, paracetamol, 0,45 g, constit. q.s. Egenskaper. NORGESIC innehåller förutom det muskelavslappande medlet orfenadin — även paracetamol som analgetiskt och antipyretiskt verksamt komponent. Indikationer. Distorsjoner. Luxationer. Traumatiska muskelsmärter. Myalgier. Fibrosit. Lumbago. Torticollis. Frakturer. Stresshuvudvärk. Menstruationsbesvär. Försiktighet. Med hänsyn till orfenadinet parasimpatikolytiska effekt skall NORGESIC användas med försiktighet vid glaukom, takykardi och prostatahypertrofi. Graviditet och amning. Kategori B:2. Se speciellt avsnitt märkt [B]. Uppgift saknas om huruvida orfenadincitrat passerar över i modersmjölk. Biverkningar. Vid rekommenderade doser förekommer sällan biverkningar. Torrhet i munnen, dimsyn, illamående och yrsel kan förekomma hos patienter känsliga för orfenadinet parasimpatikolytiska verkan. Vid långvarigt bruk kan risken för njurskador ej helt uteslutas. Enstaka fall av leverskada har rapporterats. Dosering. 2 tabletter 3 gånger dagligen. Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt [I], grupp 12B 1510 Paracetamol, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats. Observera. Vid behandling med NORGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, t ex vid bilkörning. Förpackningar och priser. Tabletter (vita, gravyr Riker N/G): 30 st 20:10, 100 st 43:30.

Riker Laboratories

191 89 Sollentuna, Sweden
08-7540080

3M

Konsten att förbättra elektrolytkontrollen och samtidigt förenkla diuretikabehandlingen

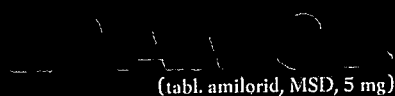
MIDAMOR FÖRENKLAR BEHANDLINGEN

Bilden visar en månadsförbrukning av minsta rekommenderade dos Kalium Duretter[®], 2 tabletter per dag, respektive Midamor, 1 tablett per dag.

MIDAMOR BEVARAR BÅDE KALIUM OCH MAGNESIUM

Midamor är ett kaliumsparande diuretikum som används som tillägg till diuretika istället för kaliumtabletter vid t.ex. hjärtinsufficiens och hypertoni. Midamor motverkar hos många patienter inte bara kaliumförluster, utan även de alltmer uppmärksammade magnesiumförlusterna^{1,2}.

Magnesiumbrist, som kan uppkomma vid långtidsbehandling med diuretika, hämmar transporten av kalium in i cellerna. Balansen mellan intra- och extracellulärt kalium rubbas, vilket t.ex. kan leda till en ökad frekvens av hjärtarytmier³.



Vanlig dosering i förebyggande syfte är 1 tablett tillsammans med diuretikadosen.

Patienter med akut njurinsufficiens, svår tilltagande försämring av njurfunktionen och anuri, skall inte använda Midamor.



1) Widman L., Dyckner T., Wester P.O., Acta med.Scand. 1982; suppl. 661:33-5 2) Ryan M.P., Ryan M.F., Counihan T.B., Acta med.Scand. 1981; suppl. 647:153-61 3) Dyckner T., Wester P.O., Acta med.Scand. 1982; suppl. 661:27-31