

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

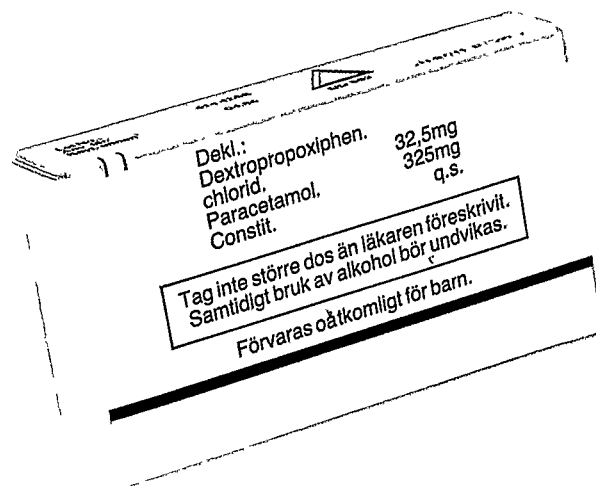


Primeline
databasen

3
1984

Morgonmottagning
efter undersökning

Vad finns bakom etiketten?



God effekt och tolerans,
låg behandlingkostnad,
bred klinisk erfarenhet.

DISTALGESIC Δ R Deklaration. 1 tablett innehåller: Dextropropoxyphen, hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. **Egenskaper.** Dextropropoxyfenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. **Indikationer.** Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. **Kontraindikationer.** Överkänslighet mot dextropropoxyfen eller paracetamol. Alkohol- eller sömnmedelpåverkan. **Försiktighet.** Preparatet bör ej förskrivas till patienter med kroniska alkoholbesvär eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstänkas. Dextropropoxyfenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med kodein. **Graviditet och amning.** Kategori A. **Biverkningar.** Dextropropoxyfen kan vid upprepad dosering ge sedation, yrsel och illamående samt undantagsvis obstipation eller buksmärtor. Biverkningar vid användning av paracetamol är sällsynta. **Dosering.** Vanlig dosering till vuxna är 2 tabletter var 6:e–8:e timme. En dygnsdos av 8 tabletter bör ej överskridas. **Observera.** Vid behandling med DISTALGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa föreskriven dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. **Förpackningar.** Tabletter (vita, avlånga, märkta DG): tryckpack 20 st, tryckpack 50 st, tryckpack 100 st.

DISTALGESIC[®]
*Stillar smärtan,
snällt mot magen.*

Ledare:

59 2 Utvecklingsarbete
Bo Haglund 92

Föreningsnytt:

57 Nya medlemmar i SFAM 93

SFAM gratulerar 93

Upprop om mikrodatorer 93

Riksstämman 1984 93

SFAM:s höstmöte i Skövde 93

Slutenvård-primärvård:

117 Matteusprojektet i Stockholm.
En presentation av Göran Sjönells
doktorsavhandling
Bo Haglund 86

95 Kommunikation mellan primärvård och
länsdelssjukvård - en studie från
Ystads sjukvårdsdistrikt
*Leopold Recht, Thor Lithman,
Anna-Maj Nilsson,
Staffan Rosendahl, Lars Sjöberg* 100

Information i primärvård:

60 Primline - möjligheten till snabbt
erfarenhetsutbyte av forsknings- och
utvecklingsarbete i primärvård
*Ingrid Chambert, Bo Haglund,
Lårserik Lönn, Leif Svanström,
Pär Tillgren* 104

17 Primline databasen - en lathund 108

Kontinuitet:

Kontinuitetsstudie vid distrikts-
läkarmottagningen i Anderslöv
Anna-Karin Österlin 112 23

Forsknings- och utvecklingsarbete:

Allmänmedicinsk forskning -
finns den? Några reflektioner
av en lekman och vetenskaps-
teoretiker
Ingvar Johansson 114 57

Tankar kring FoU-arbete inom
primärvården
Hans Lundgren 119 60

Kvällsmottagningar:

Morgonmottagning i Edsbyn
Leif Jonsson 121 6

Urinvägsbesvär i primärvården:

Hjälp till självhjälp - en möjlighet
för primärvården att ge råd åt
kvinnor med urinläckage?
Gull-Britt Persson 123 67

Kommundiagnos:

Dödlighet i cerebrovaskulära
sjukdomar hos kvinnor
i Älvdalens kommun
Håkan Bolin, Mats Granvik 125 61

Recensioner:

Svenska provinsialläkar-
föreningen 1880-1972. 130 50

Omslagsfoto:
Flugsnapparens väntan - Sylve Bergström

Utvecklingsarbete

1987-952

Personal på sjukhus kan ofta under ronder och klinikkonferenser utbyta erfarenheter omkring sin vardagspraktik. Dessutom finns på sjukhus oftast närhet till bibliotek med medicinsk litteratur och tidskrifter. Primärvårdens personal är däremot utspridda ibland till och med isolerade när det gäller utvecklandet av vardagspraktiken. Informationsbehovet är därför mycket större inom primärvården än för slutenvården.

AllmänMedicin vill vara ett forum för erfarenhetsutbyte när det gäller utvecklingsarbete inom primärvården. Utvecklingen har emellertid varit så kraftig under de sista åren att varken AllmänMedicin eller lokala primärvårdstidskrifter kan fylla informationsbehovet. Anna-Karin Österlins kontinuitetsstudie som presenteras i en artikel i numret är ett utmärkt exempel på det som växer fram inom svensk primärvård.

Allt flera läkare under fortsatt vidareutbildning (FV) i allmänmedicin genomför projektarbeten som avrapporteras. Jag skulle önska att Svensk förening för allmänmedicin SFAM hade en fond vars medel kunde utnyttjas som stimulans till årets bästa avrapportering av FV-projekt. Presenterade i AllmänMedicin och belönade vid SFAM:s vår- eller höstmöte.

För att bättre kunna ta tillvara erfarenheter av utvecklingsarbete i primärvård har ett datorbaserat informationssystem, primline, utvecklats vid Institutionen för socialmedicin vid vårdcentralen Krönan i Sundbyberg. PRIMLINE databasen presenteras i en artikel av Ingrid Chambert och medarbetare med titeln "Primline - möjligheten till snabbt erfarenhetsutbyte av forsknings- och utvecklingsarbete i primärvård". Primline är upplagt på samma söksystem som Medline och ligger tillsammans med databaserna inom Medlars-systemet på QZ, Stockholms universitets datacentral. Primline är externt sökbar via terminal sedan några månader.

I samarbete mellan SFAM, Institutionen för socialmedicin och utvecklingsenheter i några landstingsområden har utvecklingsarbete inom primärvården presenterats som temanummer i AllmänMedicin bland annat i Stockholms-, Gävleborgs- och Örebro län. Kontakter finns för närvarande med Skaraborgs-, Malmöhus- och Värmlands län för liknande presentationer.

Samtidigt läggs material som tagits fram i samarbetet in i primlinedatabasen vilket tyvärr är personalkrävande. Förhoppningen runt arbetet med primlinedatabasen är därför att Socialstyrelsen och Landstingsförbundet visar sitt ansvar genom ekonomiskt stöd till inmatningsarbetet när det gäller utvecklingsarbete i primärvård. Det tekniska utvecklingsarbetet är avslutat och möjligheter finns till samarbete mellan utvecklingsenheter och institutioner i tillskapandet av en unik kunskapskälla till nytta för primärvårdens utveckling.

Bo Haglund

Förenings
nytt

AllmänMedicin

Manus-stopp

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 AllmänMedicin. Detta har medfört 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, korrekturläsa, rättas och korrekturläsa på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagarna.

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
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.

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för Svensk Förening för Allmän Medicin (SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

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

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

Carl Edvard Rudebäck,
Mariehems vårdcentral,
Morkullavägen 9, 90237 Umeå.
Tel 090/1245 09

Redaktionsadress:
AllmänMedicin, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin,
17283 Sundbyberg, tel: 08/9891 00
(Jane Östman).

Annonser:
M J 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

482 1983

Nya medlemmar i Svensk förening för allmänmedicin

Ulla Nordström, Inger Bylén, Sten Björnfelt, Margareta Gillbrand, Bengt Hesse, Inger Brunnström, Christer Kjell, Tomas Stureson, Jolanta Grundström, Bo Kuylenstierna, John Eriksson, Mats Gustafsson, Georg Dahlén, Ulf Salander, Annica Larsson, Mats Persson, Lottie Alling, Lars Ljungdahl, Pertti Pihlflyckt, Britt Andréén, Åke Lublin, Lena Stigbrand, Anneli Bergens, Bengt Nilsson, Karin Fröjd, Bill Nylind, Hans Hallberg, Svante Sima, Angela Lindstam, Måns Larsson, David Sundberg, Staffan Rönnberg, Anna-Karin Österlin, Peter Rosenberg, Ulla-Britt Andersson, Per Ohlsson, Ingvar Lidén, Owe Hägglund, Lis-Marie Hellman, Thomas Nordberg, Bo Johansson, Kerstin Rydeman, Knut Thorstensson, Birger Ossiansson, Göran Wåström, Anders Halvarsson, Jan Fornander, Mathias C Brian, Regina Rodau, Lars Pålsson, Birgitta Strång, Claes-Erik Sundqvist, Christina Tydén, Carl J Hoffman, Bernt Kjell, Eva Lissel, Renee Löfqvist, Kerstin Malmgren, Peter Nerman, Anita Segerslätt, Inger Wallin och Carl-Erik Voss.

Upprop om mikrodatorer!

Vad är basdatagruppens fortsättning

I både Danmark, Finland och Norge används mikrodatorer alltmer i primärvårdens arbetsrutiner. Motsvarande utveckling tycks inte finnas i Sverige. Istället börjar rutiner växa fram med stordatoranvändning runt patientadministrativa system (PAS). Men, är detta verkligen den naturliga fortsättningen på basdatagruppens arbete?

SFAM initierade basdatagruppen efter påtryckningar från distriktsläkare runt om i landet. På samma sätt kommer nu påtryckningar från distriktsläkare om att basdatagruppen eller annan arbetsgrupp tar ett samordningsansvar för användningen av datastöd i primärvårdsarbetet.

Vi skulle önska att alla med erfarenheter av arbete med mikrodatorer i primärvård hör av sig, skriftligen, till redaktionen. Kanske kan vi diskutera erfarenheterna vid SFAM:s höstmöte under Lars Bergs ledning?

Bo Haglund

Preliminärt program för

SFAM:s vetenskapliga höstmöte den 27 och 28 september 1984.

Torsdag den 27 september.

12.00-13.00 Lunch
13.00-15.00 Seminarier
Grupper
FoU-arbete i primärvården (Lennart Råstam)
Video/TV-användning i handledning och utbildning (Olle Lyngstam)
Datorisering i primärvård (Lars Berg)
Suicid-profylax (Jan Beskov, Anders Andréén, Hasse Johansson)
Laboratoriets roll i primärvården (Sven Kullman)
Postinfarkt vård i primärvården (Lars Rydén, Gösta Tibblin)
ÖHN i primärvården, samarbetsformer (Hans Rundkrantz, Göran Sjönell)
15.00-15.30 Kaffe
15.30-17.00 Seminarier
Grupper:
Gastroentologi på vårdcentral (Ingvar Kagevi, Sigmund Lövestedt, Lars-Göran Persson)
Erfarenhet av jourtjänst och kvällsmottagning (Kjell Lindström)
Tekniken i primärvården (Göran Sjönell)
Decentraliserad primärvård för och emot (Vitus Ingerslev, Anders Söderlind)
Hälsoupplýsning via massmedia (Olle Lyngstam)
Modellförslag för praktiskt samarbete mellan länssjukvård och primärvård (Bengt Linder, Bengt Swahn)

Terminalvård (Christina Jörhall)
Miljömedicin (Helge Schirmer, Bjarne Jansson, Lennart Voog)
17.00-17.30 Läkemedelsforskning (Gillis Jonsson och medarbetare)
17.30-18.30 Plenum med presentation av semina-rierna
19.30- Bankett

Fredagen den 28 september

08.30-10.00 Fria föredrag
10.00-10.30 Kaffe
10.30-12.00 Plenarsession
Gränsdragnin mellan medicinskt och administrativt ledningsansvar.
Inledare: Dag Ahlenius, Hasse Johansson, Jan Sköldström och Bengt Swahn.
Moderator: Bengt Linder
12.00-13.00 Lunch
13.00-14.30 Fria föredrag
14.30-15.00 Kaffe
15.00-15.30 Poster-session
15.30-17.00 Plenarsession
Kritisk granskning av vårdlagsprincipen.
Moderator: Landstingsdirektör Dag Ahlenius
För: Leif Svanström
Mot: Gösta Tibblin
Information och anmälan:
Bengt Linder/Ulla-Britt Fritz, Hälsovårdscenheten, Box 96046, 54106 Skövde, tel 0500-55010

SFAM gratulerar

SFAM gratulerar två av sina medlemmar till att ha avlagt medicine doktorssexamen under våren 1984.

Göran Sjönell den 27 april i Stockholm:

Relationship between use of increased primary health care and other outpatient care in a Swedish urban area.

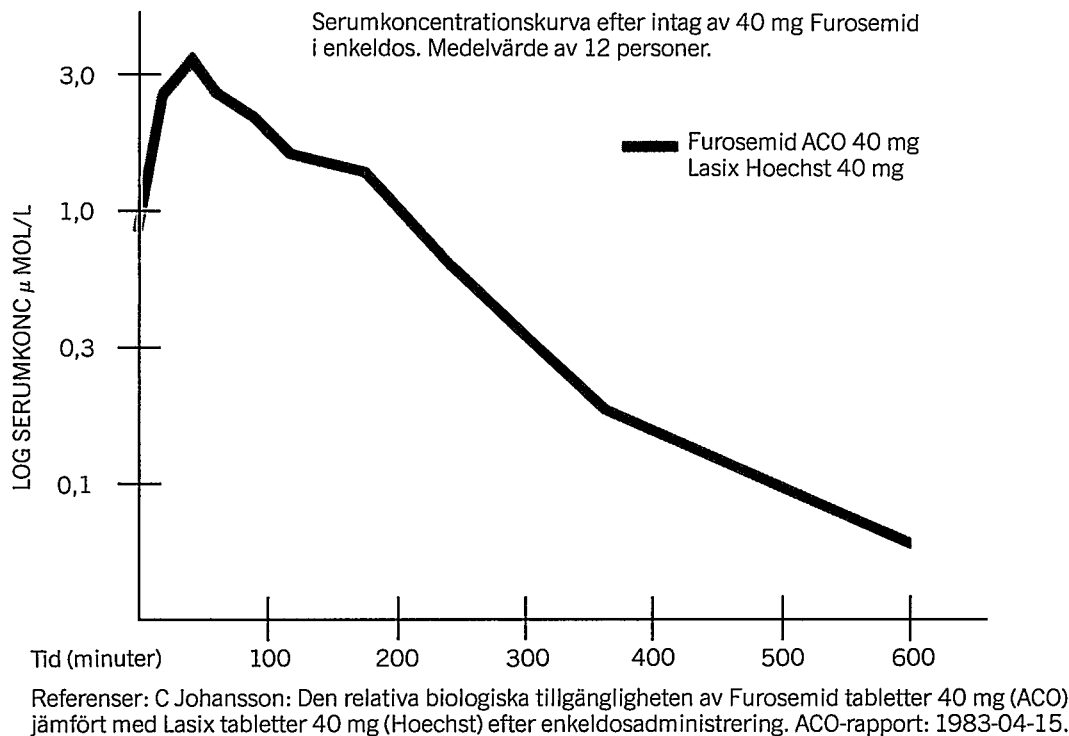
Lars Lindholm den 19 maj i Lund:
Hypertension and its risks. Epidemiological studies in Swedish Primary Health Care.

Riksstämman 1984

Fria företag och poster. Sista dag för anmälan 24 augusti.

Anvisningar och blanketter kan rekvideras från Gösta Tibblin, Akademiska sjukhuset, Institutionen för Allmänmedicin, 751 85 Uppsala.

Vilket furosemidpreparat skulle



du välja om du skulle betala själv?

76:40



Aktiv beståndsdel furosemid 40 mg.

36:60



Aktiv beståndsdel furosemid 40 mg.

Vill du hjälpa till att hålla sjukvårdens kostnader nere (och vem vill inte det i dessa ekonomiska tider), har du ett bra tillfälle varje gång du skriver ett furosemidpreparat.

Om du skriver Furosemid ACO istället för Lasix, ger du din patient samma terapi men till betydligt lägre kostnad.

Furosemid är ett av många exempel på hur ACO genom likvärdiga läkemedel hjälper sjukvården att spara, där det går att spara.

Furosemid från ACO.

Matteusprojektet i Stockholm

En presentation av Göran Sjönelles avhandling

BO HAGLUND

Den 27 april 1984 framlade Göran Sjönell sin avhandling; *Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area.* (Akademisk avhandling, Stockholm 1984.) Avhandlingen är den första från institutionen för socialmedicin, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg som är Karolinska Institutets enda institution med primärvårdsanknytning. I avhandlingen påvisas att en väl utbyggd primärvård medför att besök vid andra öppna vårdformer minskas. Samtidigt innebär en utbyggd primärvård att Matteus-bornas totala utnyttjande av läkarbesök (distrikts-, sjukhus-, privat- och företagsläkare etc) minskas från 3,57 besök per invånare och år till 2,66.

Nyckelord: Primärvård. Forskning. Avhandling. Relation primärvård - slutna vård. Matteus.

Avhandlingar från svensk primärvård har de sista åren präglats av det som kan rubriceras som hälso- och sjukvårdsforskning. Skälet till detta är att primärvården för närvarande omstruktureras och därför dominerar dessa problemställningar även inom forskningen. Flera avhandlingar har presenterats från Dalby med denna forskningsinriktning. Göran Sjönell har den 27 april 1984 framlagt den första avhandlingen med denna ansats från Stockholm. Avhandlingen är samtidigt den första som framläggs vid institutionen för socialmedicin vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg. Denna institution är den enda vid Karolinska institutet med anknytning till primärvård i Stockholm.

Bakgrund

1979 beslöt Stockholms läns landsting att starta tre försök med väl utbyggd primärvård. Ett av de tre försöken kom att drivas i Matteus församling, Stockholms innerstad, Norrmalm. Här finns ungefär 22.000 invånare. Distriktsläkarresursen utökades från 1 per 8.000 invånare till 1 per 3.000 i samband med

försöksverksamheten. På motsvarande sätt ökade antalet distriktssköterskor från 4 till 15, det vill säga till 1 per 1.500 invånare.

En av huvuduppgifterna i utvärderingen av verksamheten vid Matteus vårdcentral var att i fullskaligt försök visa hur den framtida primärvården skall kunna organiseras i ett storstadsområde. En viktig del av utvärderingen var att ingående beskriva distriktsläkarnas arbetsuppgifter samt befolkningens besök vid vårdcentral, vilka som sökte, vilka sjukdomar som kunde handläggas på vårdcentralen etc.

Mera utförlig redovisning och bakgrunden till Matteusprojektet och även resultat från olika delprojekt har tidigare redovisats i 6 supplement till nr 1/1984 av AllmänMedicin.

Göran Sjönelles avhandlingsarbete är till sin form en sammanläggningsavhandling som består av fem artiklar publicerad i internationella tidskrifter. De fyra första har en gemensam huvudrubrik "Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area." Underrubriken är på artikel I: Utilization of public primary health care. Artikel II: Utilization of out-patient hospital services. Artikel III: Utilization of emergency house calls. Artikel IV: Use of private and other non-public out-patient care. Artikel V har rubriken "Do increased primary health care resources reduce the total utilization of out-patient care?"

Hela avhandlingsarbetet försöker ge svar på två allmänna hypoteser.

A) Den första hypotesen ansluter till titeln på avhandlingen. En expansion av primärvården i studieområdet medför en reduktion i vårdutnyttjande vid andra öppna vårdformer.

B) I den andra hypotesen antages att en utbyggd primärvård i Matteusområdet medför en total minskning av läkarbesöken i området.

Hur studien genomfördes

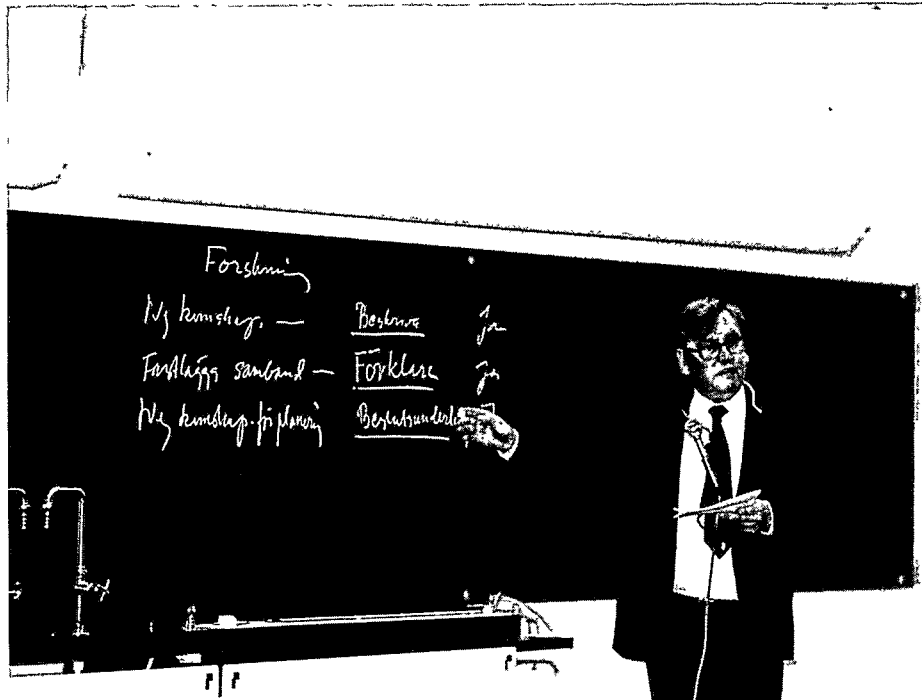
För att belysa huvudfrågeställningarna har dessa brutits ned i en rad delhypoteser som redovisas i de fem delarbeten. Olika material och metoder användes i delstudierna. Huvudsakligen har en jämförelse före och efter ut-



Disputationen var välbesökt.

(Foto Bo Haglund)

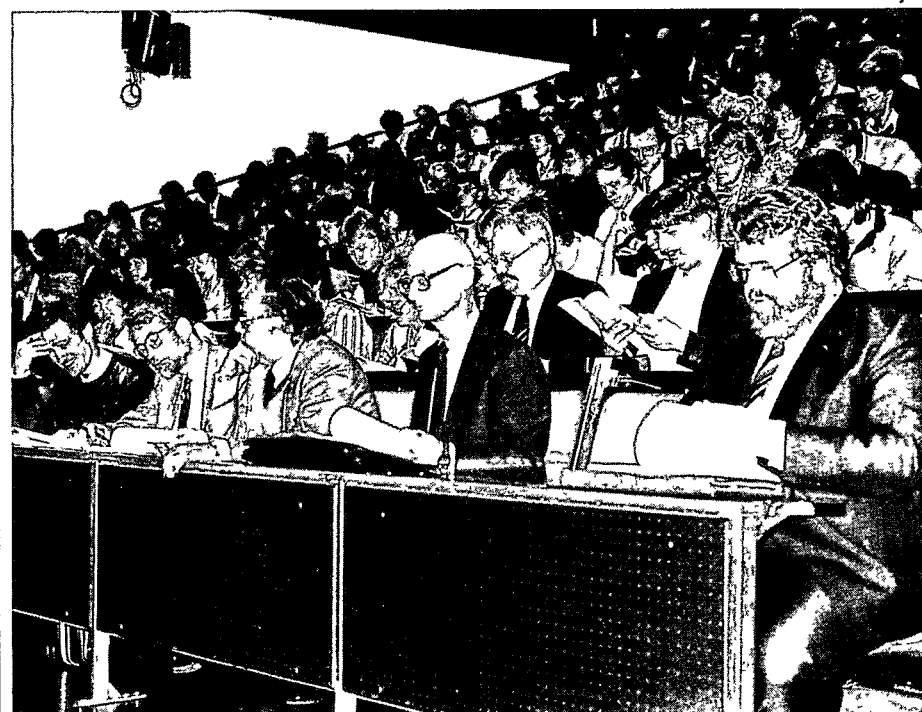
Professor Bengt Scherstén, fakultetnämndens opponent, diskuterar vetenskapsteori. (Foto Bo Haglund)



Göran Sjönell försvarar sig framgångsrikt. (Foto Bo Haglund)



Professorerna, från vänster Töres Teorell, Erik Allander, Gunnar Birke, Jan Wersäll och Leif Svanström utgjorde Betygsnämnd. (Foto Bo Haglund)





Professor Gunnar Birke extra opponent.
(Foto Bo Haglund)



En annan extra opponent från slutenvårdens led, Kjell Hellström.
(Foto Bo Haglund)



Statistikern Anders Lindeberg ingrep till Görans försvar. (Foto Bo Haglund)

byggnad av primärvård genomförts. Registerurval och befolkningsundersökningar har utförts. Samtidigt har en jämförelse också gjorts med kontrollområden i Stockholm med en likartad struktur. Kontrollområdena avviker dock på en väsentlig punkt, de har inget välutbyggt primärvård.

RESULTAT

En allmän redovisning av utbyggnaden av primärvården i Matteus-området ges i artikel I. Antalet besök på vårdcentral ökade med 113 procent i samband med utbyggnaden.

Öppenvårdsbesöken vid sjukhus reducerades totalt med 25 procent för Matteus-borna. Detta diskuteras i artikel II.

Minskningen vid sjukhusens akutmottagningar var 40 procent. Det varierade mellan olika kliniker och var 22 procent vid medicinkliniken, 29 procent vid kirurgkliniken, 38 procent vid ögonkliniken, 38 procent vid hudkliniken och 22 procent vid öronkliniken. Minskningen ägde rum i alla åldersgrupper undantaget barn (0-14 år), där materialet var för litet för analys. I kontrollområdena ökade samtidigt besöken med 5,6 procent.

I artikel III diskuteras hur den akuta hemjourverksamheten, det vill säga de röda bilarnas användning, påverkas av en väl utbyggt primärvård. Besöken av de röda bilarna i Matteusområdet minskade med 25 procent. Inga förändringar fanns i kontrollområdena.

Artikel IV ser på relationen mellan en väl utbyggt primärvård och antal besök i icke offentlig vård som privatpraktiker, företagsläkare och skolhälsovård. Totalt reducerades sådana besök med 31 procent. Andel individer med privatläkarbesök minskade med 35 procent och hos övriga läkare, det vill säga företagsläkare och skolläkare med 31 procent. Ingen förändring påvisades i kontrollområdena.

Artikel V redovisar fynd som säkert hälsoekonomer och politiker kommer att diskutera framöver. Etablerande av en väl utbyggt primärvård medför en total minskning av Matteus-bornas läkarbesök. Före etableringen var antalet besök hos läkare 3,57 per invånare och år, efter 2,66, det vill säga en 26-procentig minskning. Minskningen förklaras framför allt av att "högkonsumenterna", det vill säga de som gör 3 eller flera besök per år minskat antalet besök hos läkare.

KOMMENTAR

Avhandlingen ger stöd i sina resultat för de två allmänna hypoteser som ställts. Avhandlingen bekräftar också fynd från andra håll i Sverige till exempel studier i Sundsvall och Olofström, om att en väl utbyggt primärvård medför att "vårdströmmar" mellan primärvård och slutenvård drastiskt förändras.

Tolkningarna av fynden är enligt avhandlingen flera, men allmänläkarens



Oppositionen avslutades med tal från tredje opponenter, överste Einar Lyth. (Foto Bo Haglund)

roll som "generalister" det vill säga att de i det enskilda patientmötet kan ta hand om flera problem samtidigt, kan vara en av huvudorsakerna till den totala minskningen av antalet läkarbesök. Andra förklaringar är delegering av arbetsuppgifter till i första hand distriktssköterskor (se även supplement nr 6 till AllmänMedicin nr 1/84), en hög kontinuitet i läkar-patientrelationen, längre tid för den enskilde patienten vid besökstillfället, ökad teleföntillgänglighet till läkare och sköterskor vid vårdcentralen, vårdprogram för de vanligaste förekommande sjukdomarna.

En av avhandlingens förtjänster är uppbyggnaden som är anmärkningsvärt konsekvent. Huvudmålsättningen och delmålsättningar anges. För varje målsättning finns hypoteser formulerade vilka i sin tur är nedbrutna i delhypoteser. Varje sådan hypotes antages eller förkastas beroende på de resultat som undersökningarna givit. Däremot är material och metoder, det vill säga hur studien genomfördes inte alltid lika klart redovisad.

I många landstingsområden har tidigare fattats beslut om primärvårdsutbyggnad. Avhandlingen visar att detta är en riktig satsning när det gäller att styra vården närmare patienterna. Den pekar också på att det nu behövs mycket diskussioner mellan företrädare för primärvård och slutenvård i den fortsatta omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård.



En nöjd medicine doktor, Göran Sjönell. (Foto Bo Haglund)

Röker du utan att veta om det?

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

SOCIALSTYRELSEN

SKRIV OCH BESTÄLL AFFISCHER OCH PASSIV ROKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 10630 STOCKHOLM

SAMVERKAN SLUTENVÅRD – PRIMÄRVÅRD

Kommunikation mellan primärvård och länsdelssjukvård – en studie från Ystads sjukvårdsdistrikt

THOR LITHMAN · ANNA-MAJ NILSSON · LEOPOLD RECHT
STAFFAN ROSENDAHL · LARS SJÖBERG

För att primärvården ska kunna ge en god vård för de patienter som efter utskrivning från lasarett behöver tillsyn eller behandling krävs väl fungerande kommunikationsrutiner. Samma gäller för att specialistvården ska kunna behandla patienter som remitterats från primärvården.

För patienter från Skurups kommun som vårdats vid Kirurgiska Kliniken i Ystad har därför utarbetats en ny kommunikationsblankett och nya bevakningsrutiner vid vårdcentral och lasarettet. Därigenom har man också kunnat jämföra primärvårdens och specialistvårdens bedömning av vårdnivå och diagnoser.

Nyckelord: Primärvård, länsdelssjukvård, samverkan, remisser, vårdnivåbedömning, diagnostik, utvärdering Skurup, Ystad.

Ett effektivt informationsflöde från länsdelssjukvården till primärvården är avgörande för den medicinska säkerheten och hemsjukvårdens funktion. Det är därför nödvändigt att länsdelssjukvård och primärvård tillsammans skapar väl fungerande kommunikationsrutiner.

I Ystads sjukvårdsdistrikt finns goda förutsättningar för ett sådant samarbete eftersom:

- distriktet är relativt litet på cirka 50.000 invånare
- länsdelssjukvård finns inom distriktet
- distriktet har relativt litet utflöde till andra distrikt
- det finns obligatorisk diagnosregistrering i distriktet
- Malmöhus läns landsting har dataregistrering för alla kontakter med den offentliga sjukvården
- Skurups vårdcentral har datautrustning och personalen har fått utbildning i att använda denna.

En studie har därför gjorts i distriktet för att undersöka informationsflö-

det från länsdelssjukvård till primärvården. Studien är uppbyggd kring en ny kommunikationsblankett och särskilt utarbetade bevakningsrutiner på Skurups vårdcentral och kirurgblocket i Ystad. Vidare har journaler studerats för att jämföra primärvårdens och specialistvårdens bedömning av vårdnivå och diagnoser. Målsättningen med studien är följande:

- att undersöka hur befintlig remissblankett kan förbättras
- att få snabb information till primärvården och socialtjänsten om patienter som efter utskrivning från lasarettet behöver tillsyn eller behandling
- att få en uppfattning om hur många patienter från Skurups kommun som behandlas vid kirurgblocket i Ystad och hur de kommer dit
- att få en uppfattning om hur många av de behandlade patienterna vid länsdelssjukvården som av specialisten bedömts ha kommit till rätt vårdnivå och hur många som fått "rätt" diagnos i primärvården.

Material

Studien utfördes vid kirurgiska kliniken vid lasarettet i Ystad som omfattar en kirurgisk, en ortopedisk, en urologisk och en gynekologisk-obstetrisk avdelning samt vid Skurups vårdcentral. Den studerade populationen var patienter från Skurups kommun som var färdigbehandlade på kirurgiska kliniken under tiden 1983-02-15 - 05-31.

Denna avgränsning gjordes för att få en definitiv diagnos i relation till en avgränsad sjukdomsepisod. Besök med samma huvuddiagnos räknades som en episod.

Totalpopulationen kunde delas upp i 3 huvudgrupper där en grupp var remitterad från primärvården (161 patienter), en andra grupp var remitterad av annan läkare (jourcentral, specialist, företagsläkare med mera) (88 patienter) och en tredje grupp som hade kommit till behandling utan remiss (326 patienter). De 29 patienter som ej var färdigbehandlade har uteslutits ur studien. Totalt ingick 575 patienter i studien.

METOD

För patienter som remitterats från primärvården i Skurup till kirurgiska kliniken i Ystad under den aktuella perioden har en särskild blankett ifyllts. Den tar upp anamnes och status, preliminär diagnos, indikation för remittering, aktuell medikation och ADL-status före det aktuella insjuknandet.

På samma sätt har, för samtliga patienter från Skurup, på kirurgiska kliniken ifyllts en blankett när patienten färdigbehandlats. Blanketten har varit uppdelad i 3 delar:

- en del som skickas till vårdcentralen (samtliga patienter), där vårdnivåbedömning, diagnos och förslag till åtgärder angavs
- en del som skickas till distriktssköterskan (vid behov), med angivande av diagnos och förslag till åtgärd
- en del som skickas till socialtjänsten (vid behov), med angivande av orsak och förslag till åtgärd.

För patienter som remitterats från primärvården kunde därmed specialistvårdens bedömning av vårdnivå och diagnos jämföras med primärvårdens. En genomgång av journalerna gjordes för de patienter där primärvården och kirurgiska kliniken hade avvikande bedömning av diagnoser och vårdnivå.

Statistikbearbetning gjordes på den datorutrustning som finns på Skurups vårdcentral med hjälp av programmeringsspråket GENIUS.

RESULTAT

Grupp I – patienter som remitterats från primärvården

De under perioden färdigbehandlade patienterna kan indelas i två grupper

- 77 patienter som är remitterade och färdigbehandlade under perioden
- 84 patienter som är remitterade före perioden men färdigbehandlade under densamma.

För 77 patienter fanns således möjlighet att jämföra diagnos i primärvården och specialistvården. För denna patientgrupp gjordes också jämförande journalstudier med hänsyn till primärvårdens och specialistvårdens bedöm-

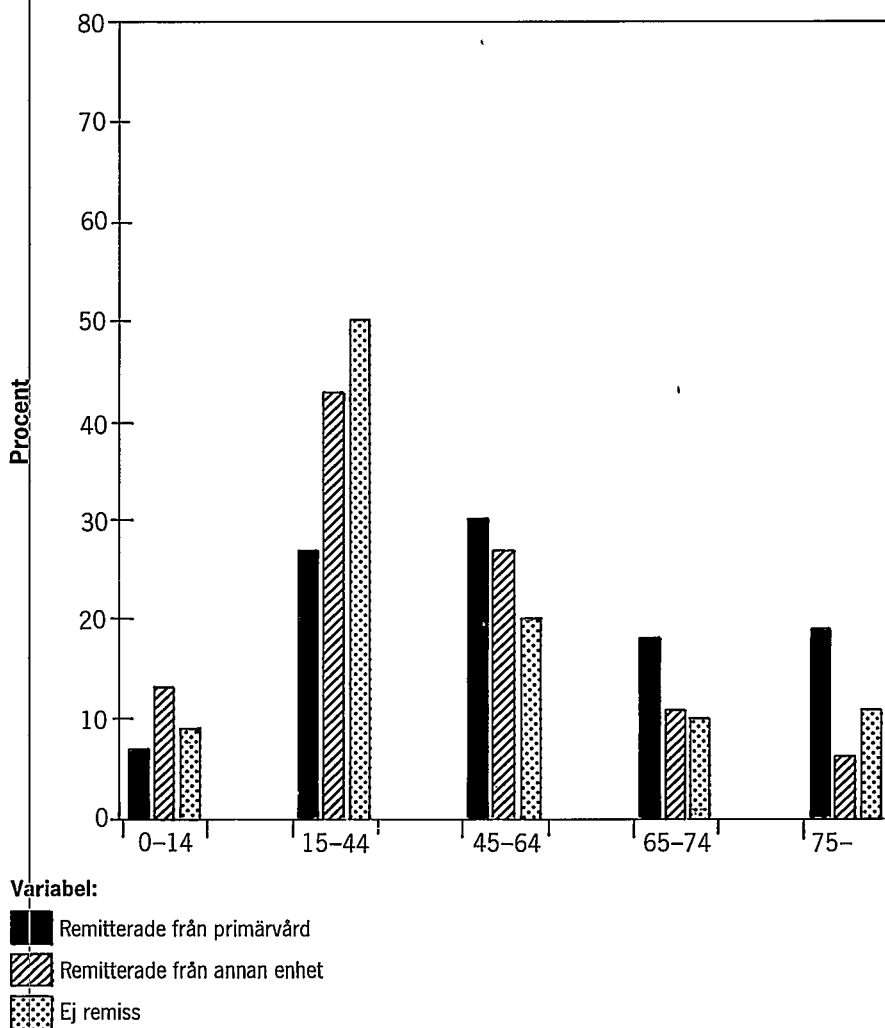
Tabell I.
Patienter bedömda olika med hänsyn till vårdnivå.

Primärvårdsbedömning Diagnosnr	Specialistbedömning Diagnostitel	Specialistbedömning Diagnosnr	Diagnostitel	Kompl specialistundersökning
820.00	Lårbenshalsfraktur	035.99	Rosfeber	
929.00	Våld mot häl	929.00	Våld mot häl	Röntgenundersökning
848.00	Våld mot axel	812.00	Överarmsbrott	Röntgenundersökning
785.80	Analläckage	785.60	Analfincterinsufficiens	
531.99	Magsår	531.92	Magsår	Gastroscoopi
848.00	Fotskada	848.00	Fotskada	Röntgenundersökning
848.00	Fotskada	848.00	Fotskada	Röntgenundersökning
785.70	Blod i avföringen	535.01	Magkatarr	
848.00	Fotskada	848.00	Fotskada	Röntgenundersökning
785.50	Buksmärtor	079.99	Viros	

Tabell II.
Andel patienter per diagnosgrupp.

Diagnos	Remitterade från primärvård	Remitterade från annan enhet	Ej remiss
Skador	16 %	23 %	24 %
Rörelseorganens sjukdomar	17 %	22 %	13 %
Urogenitalorganens sjukdomar	17 %	11 %	21 %
Tumörer	12 %	13 %	14 %
Övriga	38 %	31 %	28 %
Totalt	100 %	100 %	100 %
N	161	88	326

Figur 1.
Åldersfördelning för patienter vid kirurgiska kliniken i Ystad.



ning av diagnoser och vårdnivå. De stora diagnosgrupperna (vardera drygt 15 procent) var skador genom yttre våld, sjukdomar i rörelseorganen samt sjukdomar i urogenitalorganen.

I 72 fall var diagnosen samma eller jämförbar. De fem patienter som hade olika diagnos fick följande diagnoser i primärvård och specialistvård: carpal-tunnelsyndrom respektive ospecificerad neuralgi, lårbenshalsbrott respektive rosfeber, buksmärtor respektive malign tumör i ändtarm, inklämt diafragmabráck respektive malign tumör i matstrupe samt malignitet i magsäck respektive malignitet i pancreas.

I tabell I redovisas de 10 fall som bedömdes olika med hänsyn till vårdnivå. Man finner diagnosnummer, diagnostitel och vidare eventuell kompletterande specialistundersökning. I hälften av fallen rör det sig om skador där en röntgenundersökning har kunnat utesluta frakturdiagnosen.

Grupp 2 - patienter som remitterats från annan enhet

Under perioden remitterades och färdigbehandlades totalt 88 patienter från annan läkare än de på vårdcentralen. De två stora sjukdomsgrupperna (vardera cirka 20 procent) var skador genom yttre våld och sjukdomar i rörelseorganen.

Av vårdnivåbedömningen framgår att 15 procent bedömdes som primärvårdsfall.

Grupp 3 - patienter utan remiss

Under perioden behandlades totalt 326 patienter från Skurup utan remiss. Denna patientgrupp hade kommit till kirurgiska kliniken på eget eller anhörigas initiativ eller transporterats akut till lasarettet på grund av olycksfall eller sjukdom. Detta är alltså en grupp patienter som primärvården i vanliga fall icke får någon information om, såvida man inte önskar efterkontroll i primärvården.

De fyra stora diagnosgrupperna är skador (24 procent), urogenitalorganens sjukdomar (21 procent), rörelseorganens sjukdomar (13 procent) och tumörer (14 procent). Andel primärvårdsfall utgör här 16 procent.

Jämförelser mellan de olika grupperna

Ålder och kön

Patienter med remiss från primärvården var genomsnittligt äldre än patienter utan remiss (figur 1). Vidare fanns en klar dominans av kvinnor i den grupp som kommit utan remiss.

Diagnoser

Vid en jämförelse mellan de tre patientgrupperna vad avser de fyra mest frekventa diagnosgrupperna finner man en god överensstämmelse (tabell II).

Oberoende av hur en patient kommer till kirurgiska kliniken i Ystad så är de vanligaste sjukdomarna; skador, rörelseorganens sjukdomar, urogenitalorganens sjukdomar och tumörer.

Inom dessa fyra grupper ryms cirka 70 procent av samtliga patienter.

Vårdnivåbedömning

I figur 2 visas vårdnivåbedömningen för de tre grupperna. Här ser man att 8 procent av de som remitterats från primärvården bedömts som primärvårdsfall medan cirka dubbelt så många av de som remitterats från annat håll eller kommit utan remiss bedöms som primärvårdsfall.

INFORMATION TILL HEMSIJKVÅRDEN

Totalt 83 patienter eller 14 procent har haft behov av distriktssköterskekontroll efter avslutad behandling på länsdelsnivå. Åtgärderna var för 74 patienter suturtagning, för 15 patienter omläggning samt för 4 patienter tillsyn eller blåssköljning. Med hänsyn till behovet av långvård är uppgifterna inte helt säkra men minst 10 patienter var i behov av långvård.

INFORMATION TILL SOCIALTJÄNSTEN

Denna information var tänkt att gå via kommunikationsblankettens del 4. Detta har dock fungerat mindre tillfredsställande och några säkra uppgifter om behovet har man ej fått fram via denna blankett.

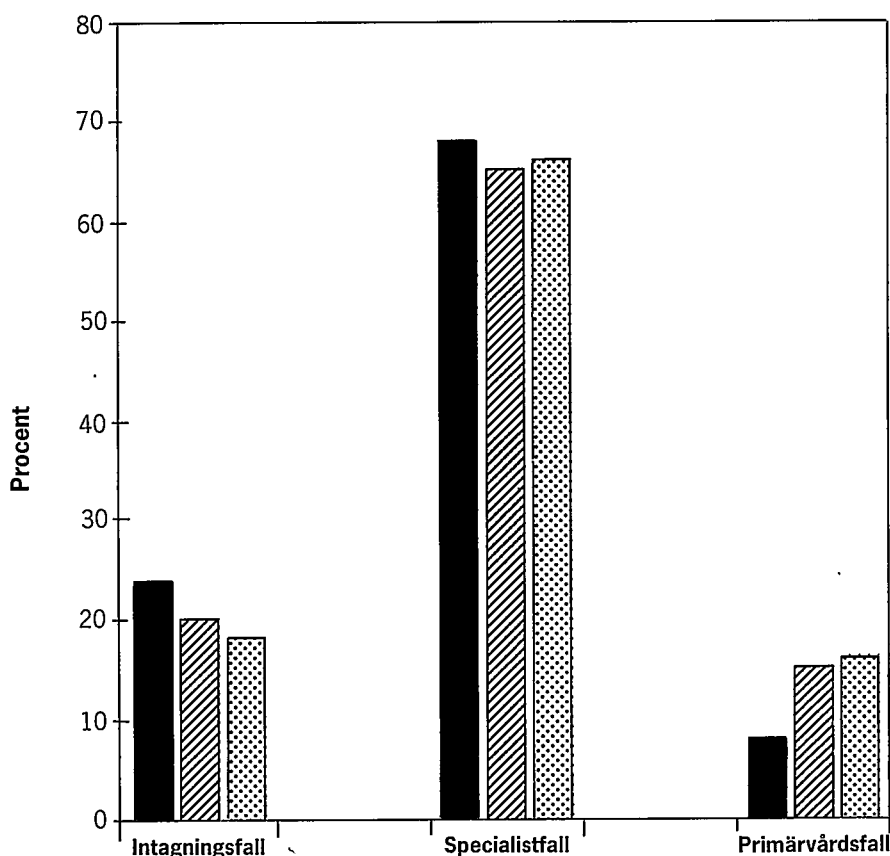
DISKUSSION

Studien har visat att det med särskilda rutiner är möjligt att förbättra informationen från länsdelsjukvården till primärvården. Det kan vara underlag för såväl medicinska som ekonomiska beslut. I denna studie användes en kombinerad kommunikationsblankett som dels gav information från primärvården till specialistvården och dels efter behandlingens avslutning gav information från specialistvården till primärvården och vid behov till distriktssköterska och hemvårdsassistent. Med hänsyn till att primärvården enligt HSL fått ansvar att följa och påverka befolkningens hälso- och sjukdomstillstånd är det viktigt att primärvården informeras också om patienter som icke är remitterade till primärvården. Det ger möjlighet att studera strömningar mellan primärvård och specialistvård i relation till patientantal och sjukdomsepisod och icke som tidigare i relation till registrerade patientbesök.

Som hjälpmedel har man primärt haft en enkel blankett. Erfarenheter av studien visar att för att få en blankett-rutin att fungera krävs det en positiv attityd hos den personal som skall arbeta med blanketten. Vidare krävs det att en bestämd person är ansvarig för den löpande blankettkontrollen.

Med hänsyn till blanketttrutinen har man i denna studie avseende den medicinska informationen. När det gäller information om funktionell bedömning, ADL och sociala behov har informationen varit mera osäker. Detta beror sannolikt på att länsdelsjukvår-

Figur 2. Bedömning av vårdnivå vid kirurgiska kliniken i Ystad.



Variabel:

- Remitterade från primärvård
- ▨ Remitterade från annan enhet
- ▩ Ej remiss

Communication between primary care and district medical care - a study in Ystad health care district.

Abstract

In order for primary health care to provide adequate care to patients who are in need of attendance or treatment after discharge from hospital, well functioning communication routines are required. The same applies in order for specialist care to provide treatment of patients referred for such treatment by the primary health care services. A new communications form and new monitoring routines at the District Health Care Center and the hospital have for this reason been prepared for patients who have received nursing care at the surgery department of Ystad hospital. This has also enabled a comparison between the evaluation by the primary health care services and the specialist care institutions of care performance level and diagnoses.

Författarpresentation:

Leopold Recht* är distriktsöverläkare vid Skurups vårdcentral, Thor Lithman är epidemiolog vid den miljömedicinska funktionen i Malmöhus läns landsting, Anna-Maj Nilsson är expeditionsföreståndare vid Skurups vårdcentral, Staffan Rosendahl är biträdande överläkare vid kirurgiska kliniken vid Ystads lasarett, Lars Sjöberg är sekreterare vid Malmöhus läns landstings sektion för system och rutiner.

*Postadress: Vårdcentralen, Lillgatan 3, 274 00 Skurup

dens personal är ovana att registrera dessa funktioner.

Den medicinska förutsättningen för ett meningsfullt informationsutbyte är en enhetlig diagnosregistrering inom sjukvårdsdistriktet. Detta kvalitetskrav på sjukvården är överhuvudtaget en förutsättning för den medicinska säkerheten och genomförande av vårdprogram. Den tekniska förutsättningen för att kunna använda informationen till epidemiologiska undersökningar och som underlag för medicinska- och ekonomiska beslut är ett centralt dataregister på länsnivå.

Ingen av dessa förutsättningar bör vara utopiska för primärvården.

Denna studie har medfört ett bättre samarbete mellan länsdelsjukvård och primärvård. Vidare har studien tillfört primärvården information som är en förutsättning för att leva upp till det primärvårdsansvar som åläggs enligt HSL.

Man har vidare fått helt andra möjligheter att studera patientströmningar mellan olika vårdnivåer med patientidentitet kopplad till aktuell sjukdomsepisod.

Man har också fått en mera säker uppfattning om behovet för distriktssköterskans insatser i efterbehandling av patienter med kirurgiska sjukdomar.

Kombinerar tiazidernas mjuka diures med Lasix[®] tillförlitlighet och säkerhet.



LASIX RETARD är dessutom lämpligt vid behandling av lätt till medelsvår hypertoni, särskilt där tiazider anses mindre lämpliga, t ex vid nedsatt njurfunktion eller diabetes.

Lasix[®] Retard[®] Hoechst

Depotkapslar 30 mg och 60 mg R F

Loopdiuretikum och blodtryckssänkande medel med furosemid i retarderad form Grupp 2F 1010 Deklaration. I depotkapsel innehåller: Furosemid, 30 mg aut 60 mg, constit. et color (järnoxid, indigokarmin, titandioxid) q. s.

Egenskaper. LASIX RETARD depotkapslar innehåller furosemidtäckta granula överdragna med ett magsaftresistent skikt. LASIX RETARD ger en successiv utlösning av aktiv substans varigenom plasmakoncentrationstopparna reduceras. Jämfört med vanliga tabletter förlängs absorptionsfasen och en jämnare effekt erhålles.

Diuresen sätter in mjukt, vanligen inom 2–3 timmar och kvarstår upp till 12 timmar. Övriga egenskaper se LASIX tabletter 40 mg i FASS.

LASIX RETARD är framförallt avsett för underhållsbehandling vid kardiella ödem eller ödem av lätt till medelsvår grad. För inledande behandling och uttitring av dos vid svårare kardiella ödem ges LASIX tabletter 40 mg.

LASIX RETARD är dessutom lämpligt vid behandling av lätt till medelsvår hypertoni, särskilt där tiazider anses mindre lämpliga, t ex vid nedsatt njurfunktion eller diabetes.

Indikationer. Underhållsbehandling vid ödem av olika genes, speciellt kardiella (F) ödem. Även initialt vid lättare ödem. Hypertoni av lätt till medelsvår grad. **Kontraindikationer.** Hotande eller manifesterad levercoma. Svår toxisk njurskada. Tidigare känd allergisk reaktion på furosemid och närstående sulfonamider, t ex antidiabetika.

Graviditet och amning. Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt \square i FASS. Tiazider, tiazidliknande diuretika och loop-diuretika kan passera över till fostret och ge upphov till elektrolyttrubbningar. Med tiazider och tiazidliknande diuretika har fall av neonatal trombocytopeni beskrivits. Även vid användning av loop-diuretika såsom furosemid och bumetanid torde denna risk föreligga. Under senare delen av graviditeten bör därför preparat av denna typ ges på bestämd indikation och i lägsta adekvata dos.

Furosemid passerar ej över i modersmjölk.

Biverkningar. Elektrolytbalans: Hypokalemi, eventuellt med hypokloremisk alkalos kan förekomma, vilket särskilt bör beaktas vid samtidig digitalismedicinering. Hyponatremi, hypomagnesiemi och hypokalcemi har iakttagits.

Metaboliska: Enstaka fall av hyperurikemi och hyperglykemi har iakttagits.

Överkänslighetsreaktioner: Exantem, vasculiter, leukopeni och trombocytopeni har rapporterats.

Övrigt: Vid intensiv terapi kan hypovolemi uppträda. Vid höga plasmakoncentrationer har tinnitus iakttagits. Laktationshämning. Gastrointestinala besvär ses sällan och föranleder undantagsvis utsättande av preparatet.

Dosering.

Ödem: 30 till 60 mg dagligen som underhållsbehandling.

Hypertoni: 30 till 60 mg dagligen, givet som engångsdos på morgonen, särskilt där annan diuretikabehandling anses mindre lämplig. Dosen kan eventuellt justeras efter några veckors behandling. Den givna dagsdosen bör ej överstiga 120 mg. Kapslarna bör sväljas hela och intas med minst 1/2 glas

vätska. Innehållet får ej krossas eller tuggas.

Vid behov kan LASIX RETARD kombineras med betablockerare eller andra antihypertensiva preparat.

Interaktion. Se speciellt avsnitt i FASS märkt \square , grupp 2F10 Loop-diuretika där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats. Hypomagnesiemi ökar effekten av digitalis. Den antihypertensiva effekten ökar vid kombination med specifika antihypertensiva. Vid samtidig administrering av furosemid i höga doser och cefalotin/cefaloridin har i enstaka fall en förstärkt nefrotisk effekt av cefalotin/cefaloridin rapporterats. Hos patienter med högt salicylatintag kan furosemid genom att hämma den renala utsöndringen förorsaka salicylatförgiftning.

Observera. Risken för hypokalemi bör beaktas, särskilt i början av behandlingen samt hos patienter på samtidig digitalismedicinering. Strikt saltfattig kost bör undvikas under diuretikabehandling. Vid långtidsbehandling bör regelbundna kontroller av plasmalekolyter, särskilt kalium, natrium, klorid och bikarbonat utföras.

Vid njurinsufficiens samt vid uttalad vätskeretention rekommenderas LASIX tabletter 40 mg. Se FASS.

Förpackningar. Depotkapslar 30 mg (grön/gul): 100 st vnr: 058735, 250 st vnr: 058750. **Depotkapslar 60 mg (grön/gul):** 100 st vnr: 058768, 250 st vnr: 058776.

Hoechst  **1984**
Hoechst Pharmacia AB

Svenska Hoechst AB, Lakemedelsdivisionen,
Box 42026, 126 12 Stockholm, Tel 08/19 00 60

Primline – möjligheten till snabbt erfarenhetsutbyte av forsknings- och utvecklingsarbete i primärvård

INGRID CHAMBERT · BO HAGLUND · LARSERIK LÖNN
LEIF SVANSTRÖM · PER TILLGREN

Forsknings- och utvecklingsarbete (FoU) i primärvård avseende både förebyggande och vårdande verksamhet har ökat kraftigt i Sverige under senare år. Hälsovårdsenheten respektive Socialmedicinska enheten vid Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan (VK) i Sundbyberg har till uppgift att vara ett stöd för primärvården i hela Stockholms landsting när det gäller FoU-arbete. För att möta behovet av erfarenhetsutbyte inom området har ett datorbaserat informationssystem utarbetats. Under en förprojekterings-tid (1981–1984) har en modell tagits fram för en så kallad online databas – PRIMLINE (primary health care online) – med möjligheter till registrering och återvinning av böcker, tidskriftsartiklar, bokkapitel, särtryck, projektbeskrivningar, AV-medel etc. Utöver representanter från Institutionen för Socialmedicin, VK Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting, har Bibliotekshögskolan i Borås deltagit i utvecklingsarbetet. Under arbetet har även fortlöpande diskussioner förts med Medicinska informationscentren (MIC) vid KI. Det tekniska utvecklingsarbetet är i stort avslutat. Primline är upplagt på samma söksystem som Medline och ligger tillsammans med databaserna inom MEDLARS-systemet QZ, Stockholms universitets datacentral. För närvarande innehåller databasen cirka 1.500 poster, varav en viktig del är pågående FoU-projekt i primärvård. Möjligheter finns nu till samarbete mellan institutioner och utvecklingsenheter i tillskapandet av en unik kunskapskälla till nytta för primärvårdens utveckling.

Nyckelord: Primärvård. Samhällsmedicin. Forsknings- och Utvecklingsarbete. Information. Informationssystem. Dokumentation. Stockholm.

BAKGRUND

Läkare på sjukhus kan ofta under ronder och klinikkonferenser utbyta erfarenheter omkring sin vardagspraktik. Därtill finns också oftast närheten till bibliotek med medicinsk litteratur och tidskrifter. I primärvården är däremot

läkare och annan personal utspridda och ibland även isolerade. Informationsbehovet är därför mycket större för primärvården än för slutenvården. Det här diskuteras bla i en artikel i denna tidskrift nr 6 1983, av Thellander & Holmqvist (1).

Forsknings- och utvecklingsarbete (FoU) i primärvård avseende både förebyggande och vårdande verksamhet har ökat kraftigt i Sverige under de senaste åren (2). För att bättre ta till vara er-



Ingrid Chambert visar hur samhällsmedicinsk tesaurus skall användas.



Bibliotekshögskoleelever från Borås har varit aktiva i utvecklingsarbete.

farenheter inom FoU-arbete och ytterligare stimulera utvecklingen har ett datorbaserat informationssystem för primärvården utarbetats vid Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, Karolinska Institutet, Sundbyberg. Denna institution är för närvarande den enda vid Karolinska Institutet med primärvårdsanknytning. Vid institutionen finns också två landstingsenheter; Hälsovårdsenheten respektive Socialmedicinska enheten, som har till uppgift att vara ett stöd för primärvården i hela Stockholms län när det gäller FoU-arbete i primärvården (3).

En annan viktig utgångspunkt för detta arbete har varit handlingsprogrammet för Stockholms länshälsokommitté från 1981. I detta gavs ett uppdrag om att utreda möjligheterna och förutsättningarna för att utforma ett informations- och dokumentationssystem "en idébank", som ger en snabb överblick över aktuell litteratur, artiklar och projekt inom det förebyggande området (4).

Eftersom Hälsovårdsenheten bland annat har till uppgift att vara ett stöd för primärvården i hela länet, ansågs det nödvändigt att "idébanken i AB

län" inte begränsades till dokumentations- och informationsåtergivning enbart inom hälsoupplysningsområdet. En analys av behov och innehåll i "idébanken" visade på att en tvärvetenskaplig inriktning behövdes. Idébanken föreslogs därför omfatta ämnesområdet samhällsmedicin, som belyser den speciella kunskap som behövs om individernas, samhällsstrukturens, miljöns och vårdssystemets betydelse för befolkningens hälsa (5). Förprojekteringsarbetet under 1981 till 1983 har därför benämnts "samhällsmedicinsk dokumentation och information". Arbetet kan till delar också ses som en förlängning av ett liknande utvecklingsarbete som påbörjades i Skaraborgs län i mitten av 70-talet (6).

Förprojekteringsarbetet har bedrivits i en arbetsgrupp med representanter för Institutionen för socialmedicin och där huvudsakligen från Hälsovårdsenheten samt representanter från Hälsoavdelningen inom Hälso- och sjukvårdsnämndens centrala förvaltning (SLL) och Bibliotekshögskolan i Borås. Under arbetet har fortlöpande diskussioner förts med Medicinska Informations Centralen (MIC) vid Karolinska Institutet.

MÅLSÄTTNING

Målsättningen med en samhällsmedicinsk dokumentations- och informationscentral är att systemet skall kunna utgöra grunden för ett kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan olika vårdcentraler, i första hand vad gäller forsknings- och utvecklingsarbete inom det preventiva området men också forskning och utveckling när det gäller övriga aktiviteter inom primärvården. De flesta litteraturreferensdatabaser, som finns tillgängliga idag, är uppbyggda kring speciella discipliner eller fackområden, vilket missgynnar tvärvetenskapliga ämnesområden (7). Huvuddelen av FoU-arbetet inom primärvården är av sådan tvärvetenskaplig natur, varför det varit naturligt att ett utvecklingsarbete inom området startats. Det specifika syftet med denna artikel är att redovisa möjligheterna med primlinedatabasen när det gäller samarbete mellan institutioner och utvecklingsenheter för att tillsammans skapa en god samhällsmedicinsk kunskapsbas användbar för primärvården.

MATERIAL OCH METODER

Förutsättningen för att få ett väl fungerande datorbaserat informationssystem var att konstruera en databasmodell för bland annat registrering och återvinning av böcker, tidskriftsartiklar, kapitelsärtryck, AV-medel, projektbeskrivningar etc. I arbetet har också ingått att ta fram ett så kallat sökordssystem, en tesaurus, för svenska förhållanden, som täcker det samhällsmedicinska verksamhetsområdet (5,8). Den tekniska utvecklingen i projektet är i stort avslutat och för närvarande är aktiviteterna inriktade på att utveckla innehållet i databasen.

Samhällsmedicinsk tesaurus

Framtagandet av ett sökordssystem, en tesaurus, har genomförts tillsammans med representanter från Bibliotekshögskolan i Borås. Utgångspunkterna för den samhällsmedicinska tesaurusen har varit ett samhällsmedicinskt klassifikationssystem som använts sedan cirka 15 år vid Johns Hopkins School of Public Health i USA. Deras klassifikationssystem har utgjort ramverket för en konstruktion av en svensk samhällsmedicinsk tesaurus (9). Vid konstruktionen av ett indexeringsystem eller tesaurusen försöker man bygga upp logiska trädstrukturer av relaterade ord. Sökord har bland annat tagits från medline systemets tesaurus, Mesh, när samhällsmedicinsk relevans förelegat (10). Vi har också bedömt det som viktigt att få in relevanta nationella och internationella primärvårdstermer. Europeisk primärvårdslitteratur samlas rutinmässigt inom ramen för arbetet vid Royal College of General Practitioners i London, och publiceras i New Reading for General Practitioners (11). Motsvarande för amerikansk primärvård är Family Medicine Literature Index (FAMLI). Även nyc-



Ett speciellt dataprogram för formatering finns utvecklat.



En telefon med modem och en skrivare behövs för att få uppgifter från Primline databasen.



Ger du **Seloken**[®] till dina patienter metoprolol med hypertoni?

För fem år sedan konstaterades att Jan Andersson, '55, hade för högt blodtryck. Han ordinerades Seloken tabletter 100 mg x 1 och blodtrycket normaliserades. Inga besvärande biverkningar uppträdde.

Alltsedan behandlingen påbörjades har Jan Andersson levt ett normalt liv med sin familj, sitt arbete och sina fritidssysslor.

Varje dag behandlas ca 3,5-miljoner patienter världen över med Seloken. Den kliniska erfarenheten uppgick 1983 till 10 miljoner patientår.

Dessa data, samt ca 700 publicerade studier, talar för att Seloken är ett effektivt läkemedel som tolereras väl.

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

FINNS DET NÅGOT SKRIVET OM TELEFONRÅDGIVNING
INOM PRIMÄRVÅRDEN?

- 879
- UI - 879
 - RT - Bibliographic record
 - IC - W105
 - LA - Swe
 - AV - CESAM
 - PI - 012705 1
 - PN - Telefonrådgivning vid en vårdcentral. Vårdsökandes attityder.
 - PT - Report
 - TI - Sammandrag av telefonrådgivning vid en vårdcentral : vårdsökandes attityder
 - SO - Stockholm Inst., 1980?. - 36 bl.
 - YR - 80
 - SE - Tumbaprojektet; 3
 - CB - Tumba vårdcentral
 - NT - Ex: A-B
 - EV - Primary health care
 - EV - Telephone advising
 - EV - Consumer satisfaction
 - EV - Evaluation studies
 - EV - Emergency services
 - EV - Attitudes
 - EV - Primary health care
 - EV - Patients
 - KW - District health care centers, Tumba

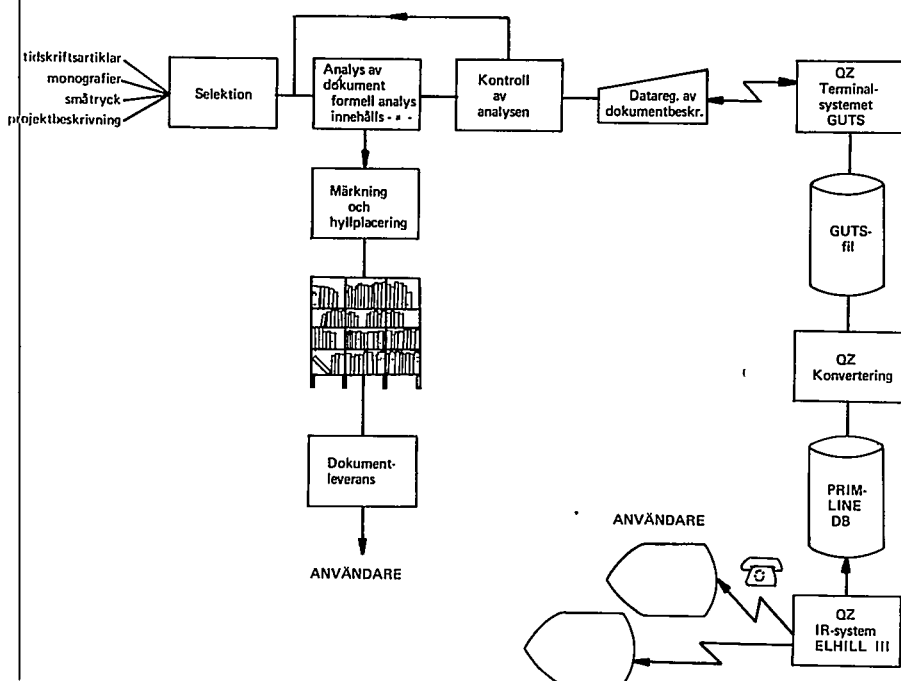
VILKA ARBETAR MED
DÉT HÄR PROJEKTET?

VILKA RAPPORTER HAR PRODUCERATS
INOM DET HÄR PROJEKTET?

- I - 1516
- UI - 1516
- RT - Project record
- PI - 012705 1
- DA - 840131
- PS - Finished
- PN - Telefonrådgivningsverksamhet vid en vårdcentral. Vårdsökandes attityder.
- PL - Malmberg BG
- PD - Institution: Tumba vårdcentral
- PD - Kontaktperson: Bäckström B, Sjöblom B, Hansagi H, tfn: 0753/600 00
- PD - Syfte: Studera patienters attityder till telefonrådgivning och huruvida dessa skiljer sig bland vårdcentraler och akutmottagningspatienter.
- PD - Läge: Avslutat
- PD - Sammanfattning: Patientens attityder till sjuksköterskeledd rådgivning vid enklare sjukdomsfall genomgående positiva. Akutmottagningspatienter något mer negativa till att rådgivning sker per telefon istället för vid personligt besök. Vårdcentralens tillgänglighet har betydelse.
- EV - Evaluation studies
- EV - Emergency services
- EV - Attitudes
- EV - Telephone advising
- EV - Patients
- KW - District health care centers, Tumba

FINNS DET NÅGRA PROJEKT OM TELEFONRÅDGIVNING?

Figur 1. Schematisk beskrivning av inmatnings- och återvinningsfunktionen i Primline-systemet.



Figur 2. Exempel på bibliografisk post och faktapost. Ingångar och logiska länknigar.

kelord från FAMLFI finns inbakade i te-sauren. En primärvårdsordlista har arbetats fram i ett samarbete mellan the World Organization of National Colleges, Academies and Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) och the World Health Organization (WHO) och även denna ordlista finns med (12).

Primline databasen

Utgångspunkten vid utformningen av databasen har varit att ur användarnas synpunkter ligga så nära medline-formatet som möjligt. Primline-databasen använder samma söksystem som medline och nås på samma sätt som de övriga medicinska databaserna som hålls av MIC. Databasens uppbyggnad finns detaljerat beskriven i Landstingets Hälsovårds Rapportserie (13). En schematisk beskrivning av inmatnings- och återvinningsfunktionen i Primline-systemet redovisas i Figur 1. En handledning för indexering av primärvårdsprojekt har också utarbetats (14). QZ är namnet på Stockholms Universitets Datorcentral. För att kunna använda medline-systemet och primline behövs en terminal samt ett så kallat modem, för att kunna koppla upp sig till datacentralen per telefon.

RESULTAT

Under förprojekteringsarbetet lades stor vikt vid att utarbeta en databasmodell vars innehåll kan vara värdefullt för primärvården. En viktig utgångspunkt var att databasen skulle innefatta både bibliografiska referenser och fulltextinformation i form av projektbeskrivningar och utformas som en kombinerad bibliografisk databas och faktabas.

De stora internationella medicinska databaserna innehåller huvudsakligen referenser till tidskriftsartiklar. Dessa databaser finns redovisade i en artikel i Läkartidningen av Ahlenius och medarbetare (15). Primline innehåller bibliografiska referenser till böcker, särtryck, artiklar och projektrapporter. Dessutom finns fulltextinformation i form av projektbeskrivningar som innehåller upplysningar om pågående och avslutade FoU-projekt inom primärvården. Information ges om bland annat namn, adress och telefonnummer till projektledare och övriga kontaktpersoner, projektbeskrivning, med uppgifter om syfte, läge och resultat (Figur 2). Genom att uppgifterna från faktabasen kan kopplas till den bibliografiska delen kan användare få svar på frågor av typen Vad pågår? Var någonstans? Vem är kontaktperson? Vilka artiklar, böcker och rapporter har kontaktpersonen skrivit utgående från projekterfarenheterna?

En stor del av det inmatade materialet har hämtats från arbetet med kartläggning av pågående FoU-arbete i primärvård inom Stockholms läns landstingsområde men även i övriga Sverige. Kartlägningsarbetet har ägt rum som

ett samarbetsprojekt med Svensk Förening för Allmänmedicin och samhällsmedicinska enheter och utvecklingsvårdcentraler i några landstingsområden (16, 17, 18, 19, 20 21).

DISKUSSION

Arbetet som presenteras i föreliggande artikel har tagit många år. Utvecklingsarbetet påbörjades redan omkring 1974-75 vid Hälsovårdsenheten i Skaraborgs län. Genom att databasen nu samordnas med MEDLARS-systemet, finns oändliga möjligheter till samarbete mellan olika institutioner och landsting. Vi hoppas därför att fler kommer att ansluta sig till systemet och använda de rutiner som tagit oss lång tid att få fram. Institutionen för samhällsmedicin i Malmö samarbetar redan praktiskt inom ramen för primline databasen. Institutionens bokbestånd skall ingå i primline databasen liksom rapporter, artiklar och andra dokument som producerats vid denna institution. Gemensamt hoppas vi kunna skapa en god kunskapsbas för det samhällsmedicinska verksamhetsområdet. Både Institutionen för socialmedicin i Sundbyberg och Institutionen för samhällsmedicin i Malmö har en profilering mot *förebyggande arbete*, varför detta område kommer att bli särskilt väl tillgodosett i primline databasen.

Tesaurusarbetet måste ständigt vara pågående. En reviderad version av tesaurusen arbetades fram under 1983 som ett elevarbete för biblioteksstuderande vid högskolan i Borås. Den *reviderade tesaurusen* har en betydligt förbättrad logisk struktur vad gäller sökord inom samhällsvetenskapliga discipliner. Det här ger större möjligheter att indexera projekt och rapporter som ej normalt får plats inom exempelvis medline systemet.

Arbetet så här långt har också visat att erfarenhetsutbyte om *FoU-arbete inom primärvård* nu på ett mycket enklare sätt kan spridas. Förhoppningen är då att utvecklingen kan påskyndas.

Kunskapssammanställningar utifrån några av de största förebyggande projekten i Stockholms läns landsting har också systematiserats och lagts in i primline databasen (22). Arbetet med en databas har visat sig vara ett utomordentligt hjälpmedel vid den här typen av *kunskapsöversikter*.

När det gäller rent konkreta utvecklingslinjer skall en uppdatering av FoU-arbete inom primärvård genomföras i första hand vad avser Stockholms läns landsting. Vi hoppas emellertid att ett samarbete även kan utvecklas med andra landstingsområden. Vi räknar bland annat med att under slutet av hösten kunna presentera FoU i primärvård från Skaraborgs län i ett temanummer i AllmänMedicin.

Inom landstingets hälsovård i Stockholms län finns ett stort behov av att kunna ge primärvården service med olika former av *hälsoupplysningsma-*

UPPKOPPLING

120 5957

Telefon:	Ring Ditt Medline-nummer
Terminalidentifikation:	Erhålles från MIC
Password:	Erhålles från MIC
Databas:	File Primline

AVSLUTNING

STOP

AUTOMATISKT SÖKBARA FÄLT

Bundna eng. ämnesord	Ex. Primary health care
Posttyp	Ex. Project record
Språk	Ex. Eng
Projektidentifikation	Ex. 016303 10
Projektansvarig	Ex. Krakau I
Författare	Ex. Kriisa M

FÄLT SÖKBARA MED ANGIVANDE AV FÄLTKOD

Hyllplacering (IC)	Ex. H: (IC)
Lokalplacering (AV)	Ex. CESAM (AV)
Projektregistreringsdatum (DA)	Ex. 83: (DA)
Projektstatus (PS)	Ex. Current (PS)
Projektamn (PN)	Ex. (PN) Hypertoni and Helenelund
Publikationstyp (PT)	Ex. Monograph (PT)
Titel	
Abstrakt	} (TW)
Fria ämnesord	
Tidskriftsförkortning (TA)	Ex. (TW) Hälsoupplysning and primärvård:
Utgivningsår (YR)	Ex. Primary Care (TA)
Seriebeteckning (SE)	Ex. 83 (YR)
ISBN/ISSN (IS)	Ex. Tumbaprojektet (SE)
Institution / kongress (CB)	Ex. 0-914904-08-6 (IS)
Projektbeskrivning (PD)	Ex. Socialstyrelsen (CB)
	Ex. Rökavvänjning (PD)

SÖKKOMMANDON

Samma som vid sökning i Medline-databasen

UTSKRIFTSKOMMANDON

Print	Ger full utskrift av referenser
Print bib	Ger utskrift av referenser i ett bibliografiskt format
Print indented	Ger full utskrift av referenser med fältbeteckningar i klartext
Print bib indented	Ger utskrift av referenser i bibliografiskt format med fältbeteckningen i klartext

Institutionen för Socialmedicin • Biblioteket • 172 83 Sundbyberg • Telefon 08 / 98 91 00

terial. Rutiner när det gäller dokumentation och information av hälsoupplysningsmaterial skall därför utvecklas under 1984. Detta utvecklingsarbete genomförs i samarbete med Socialstyrelsens h-nämnd.

Bevakning av tidskriftsartiklar av intresse för primärvård och hälsovård skall utvecklas. Sådana bevakningsrutiner finns emellertid redan inom ramen för MEDLARS-systemet vid Karolinska Institutet och även SPRI. En samordning av bevakningsrutinerna diskuteras.

Litteraturreferenser:

1. Thellander, PO, Holmqvist, B: Primärvården behöver biblioteken. AllmänMedicin 1983;4: 272-3.
2. Haglund, BJA: Research and Development Work in Primary Health Care in Sweden. Paper presented vid EGPRW, meeting, Stockholm April 22-24 1983.
3. Verksamheten 1983. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, 1984. (Brun serie nr 10.)

4. Länskommittén för hälsoupplysningen i Stockholms läns skriftserie nr 14. Länskommittén; roll och uppgifter inom landstingets förebyggande vård samt handlingsprogram 1983.

5. Haglund, BJA, Svanström, L: Samhällsmedicin - en introduktion. Lund, Studentlitteratur 1983.

6. Informationshälsovård: förslag och utformning: en rapport avgiven av Bibliotekshögskolan Borås Inst.; 1976.

7. Chambert, I: Svenska och utländska databaser av samhällsmedicinskt intresse - en investering 1983. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin. (Brun serie nr 8.)

8. Svanström L. Vad är Samhällsmedicin? Sjukhuset 1982;2: 62-7.

9. Haglund, BJA, Lönn LE: Samhällsmedicinsk tesaurus. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin, 1983. (Blå serie nr 1.)

10. Medical Subject Headings - Three Structures, 1982. Medical Subject Headings Section Library Operations National Library of Medicine Bethesda, Maryland July 1981.

SÖKFRÅGA

Rökavvänjningsprojekt inom primärvården

Fråga:

SS 1 /C?
USER:
file primline

SS 1 /C?
USER:
smoking and project record

SS 2 /C?
USER:
print pn, pi

SS 2 /C?
USER:
016303 10

SS 3 /C?
USER:
print

Svar:

PROG:
CONNECTED TO THE PRIMLINE FILE 13-0025

PROG:
SS (1) PSTG (5)

- PROG:
- 1
PN - Rökavvänjning
PI - 012701 6
 - 2
PN - Rökavvänjning vid en vårdcentral
PI - 012705 3
 - 3
PN - Rökavvänjningskurs
PI - 012302 1
 - 4
PN - Uppföljning av rökslutargrupper. Vilka lyckades sluta och vilka misslyckades.
PI - 016302 2
 - 5
PN - Rökavvänjning inom primärvården
PI - 016303 10

PROG:
SS (2) PSTG (3)

- PROG:
- 1
UI - 1466
RT - Project record
PI - 016303 10
DA - 831130
PS - Current
PN - Rökavvänjning inom primärvården
FL - Wreje UC
FL - Lagerstrand L
FD - Institution: Sollentuna vårdcentral
FD - Kontaktperson: Wreje U-C, tfn: 968100
FD - Syfte: Att driva rökavvänjning inom primärvården.
FD - Sammanfattning: Rökslutargruppen hade 10 möten a 1,5 timme. Vikt och BT kontrollerades. Samtal om motivation och besvär av rökningen, anti-tobakpropaganda, avslappning och råd om kost och motion. Ture Arvidssons »Fimpa nu» användes som kursbok.
PD - Resultat: Från början 11 deltagare, ett avhopp efter första träffen. Vid uppföljning 5 månader efter kursens slut fick man in 8 svar och 4 personer var då rökfria. 5 personer tyckte att kursen hjälpt dem, 6 personer var helt nöjda med utbildningen. De flesta hade blivit av med något besvär genom att sluta röka alt. göra uppehåll. Konditionstest visade 10-25% konditionsförbättring.

- 2
UI - 934
RT - Bibliographic record
IC - Prim73
LA - Swe
AV - CESAM
PI - 016303 10
PN - Rökavvänjning på en allmänläkarmottagning
PT - Journal article
TI - Rökavvänjning vid Sollentuna vårdcentral: vårdlag Västra Tureberg / Marianne Bornelind, Kristin Eckerlund
AU - Bornelind M
AU - Eckerlund K
SO - Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981, nr 4, s. 16
YR - 81

Abstract

Research and development work (R&D) in primary health care relating to preventive as well as nursing activities has undergone an extensive increase in Sweden in recent years. The Community Health Unit and the Social Medicine Unit of the Department of Social Medicine, Kronan Health Centre at Sundbyberg are organized to serve as a supporting function for primary health care throughout the Stockholm County Council area as far as R&D is concerned. In order to meet the demand for exchange of experience within this field, a computerized information system has been developed. During a pre-project period (1981-1984) a model has been developed for a so-called online data base - PRIMLINE (primary health care online) - providing facilities for registration and retrieval of books, articles, reprints, project descriptions, AV aids, etc. Together with representatives of the Department of Social Medicine, Kronan Health Centre, of the Karolinska Institute, and the Stockholm County Council, the Swedish Library College in Borås has participated in the development work. In the course of this work current discussion has been carried on with the Medical Information Centre of the Karolinska Institute (MIC). The technical development work is largely completed. Primline is based on the same search system as Medline and is located together with the databases of the MEDLARS system at the QZ, the data processing center of the University of Stockholm. Currently, the data base contains approx. 1.500 items whereof a fundamental part consists of R&D primary health care projects in progress. The opportunities now exist for a cooperation between institutions and development units towards the creating of a unique source of knowledge for the benefit of primary health care development.

Författarpresentation:

Ingrid Chambert, + informatiker, Bibliotekshögskolan i Borås.

Bo Haglund, distriktsläkare och biträdande hälsovårdsöverläkare inom Stockholms läns landsting.*

Larserik Lönn,+ lektor vid Bibliotekshögskolan i Borås.

Leif Swanström, professor i socialmedicin vid Karolinska Institutet och hälsovårdsöverläkare inom Stockholms läns landsting.*

Per Tillgren,§ socionom och 1:e sekreterare vid Hälsoavdelningen inom Hälso- och Sjukvårdsnämndens centrala förvaltning i Stockholms läns landsting.

+Postadress: Bibliotekshögskolan, Box 874, 501 15 Borås.

*Postadress: Institutionen för Socialmedicin, Karolinska Institutet, Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg.

§Postadress: Hälsoavdelningen, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting, Box 9099, 102 72 Stockholm.

11. Haglund BJA: Hur får jag tag i internationella artiklar och böcker i allmänmedicin? SFAM-nytt (AllmänMedicin) 1982;3: 55.

12. Bentsen, B G: An international glossary for primary care. Scand J Primary Health Care 1983;1: 45-50.

13. Chambert, I: Primline databasen - ett kontakt och informationsnät för primärvård och samhällsmedicinsk forskning. Sundbyberg: Landstingets hälsovård, Vårdcentralen Kronan, 1983. (Grön serie nr 4.)

14. Vendel, J C: Metodik för indexering av primärvårdsprojekt, en delrapport från projektet "Samhällsmedicinsk dokumentation och information". Sundbyberg: Landstingets hälsovård, Vårdcentralen Kronan, 1983. (Grön serie nr 3.)

15. Allenius, T, Olsson P, Swartz-Malmbergt, G; Medicinsk kunskap i stora databanker: litteraturreferenser, fakta, expertkunskap tas ut på egen terminal kopplad till telenätet. Läkartidningen 1981;78: 3285-9.

16. Boström, G, Haglund BJA, Swanström, L: Forsknings- och utvecklingsarbete vid vårdcentraler i Sverige 1. AllmänMedicin 1983;2: 5-6.

17. Boström, G, Haglund BJA, Swanström L: Forsknings- och utvecklingsarbete vid vårdcentraler i Sverige 2. AllmänMedicin 1983;3: 93-4.

18. Boström, Haglund BJA, Swanström L; Forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvård inom Stockholms län, Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin, 1982. (Brun serie nr 2.)

19. Boström G, Haglund BJA, Swanström L: Forsknings- och utvecklingsarbete inom Stockholms län - redovisning av en enkätundersökning. SFAM-nytt (AllmänMedicin) 1982;3: 127-31.

20. AllmänMedicin. Temanummer om Forskning och utvecklingsarbete i primärvård i Gävleborgs län. AllmänMedicin nr 1, 1983.

21. AllmänMedicin. Temanummer om Forskning och utvecklingsarbete i primärvård i Örebro län. AllmänMedicin nr 6, 1983.

22. Aktuella projekt, 1984. Sundbyberg: Karolinska Institutet för socialmedicin, 1984. (Brun serie nr 11.)

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.⁽¹⁾

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

Ett väpnadsvänligt 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, monohydrat, respoind, doxycyklin, 100 mg, constit. □ □ □. **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 resistenta. Selektion av resistenta bakterier förekommer bl a vid gallreinfektioner, streptokocker, streptokokker och Bacteroides fragilis. Tetracyklinresistens är ofta av R-faktortyp. 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 maximalt (ca 3 µg/ml) inom 2-3 timmar. Genom hög lipidlösighet 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 serumproteinerna 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 sträng indikation, på grund av inlagring i det växande skelettet samt risk för emaljhypoplasi. **Graviditet och amning, Kategori D.** Se speciellt avsnitt märkt □ □ □. Tetracykliner kan under den tid då barnets tänder mineraliseras (den sista hälften av graviditeten, neonatalperioden och upp till ca 8 års ålder) framkalla emaljhypoplasi och missfärgning av tanderna. Tetracykliner inlagras också i det växande skelettet. Doxycyklin skall därför rapporteras, och i samband därmed har onykolys beskrivits 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 därmed har onykolys beskrivits i en frekvens av cirka 0,1 promille. **Tänder:** Vid behandling med tetracykliner under den tid tänderna mineraliseras kan emaljhypoplasi samt missfärgning uppkomma. Eftersom doxycyklin binds till kalcium i mindre grad än övriga tetracykliner, kan doxycyklin väntas ge mindre risk för tandskador. **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 papilloedem. Överväxt av icke känsliga mikroorganismer kan förekomma och risk föreligger för selektion av tetracyklinresistenta tarmbakterier. **Dosering, VIBRAMYCIN NOVUM** Tabletter sväljes med vatska eller lösas i vatten varvid noggrannhet bör iakttagas så att samtliga kärn sväljes. Tabletterna skall intagas 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 □ □ □, 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. 08-758 0130.

Pfizer Pfizer AB, Box 3053, 183 03 Täby.

Rapport från en FV-läkare i allmän- medicin: Kontinuitetsstudie vid distriktsläkarmottagningen i Anderslöv

ANNA-KARIN ÖSTERLIN

Patient-läkarkontinuitet har debatterats ofta under senare år. Från allmänhetens sida har framförts synpunkter på att få träffa samma läkare var gång. Denna kontinuitetsstudie utgör ett projektarbete av en FV-läkare i allmänmedicin vid distriktsläkarmottagningen i Anderslöv. Undersökningen visar god kontinuitet i alla åldersgrupper, men framför allt i de högre åldrarna.

Nyckelord: Primärvård, kontinuitet.

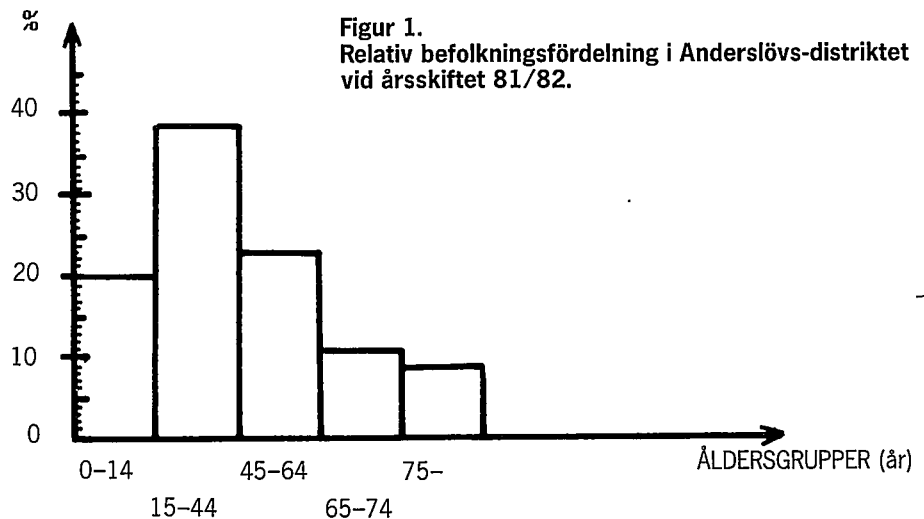
INTRODUKTION

Efter återkommande artiklar i dagspress och facktidningar om allmänhetens önskan att vid läkarbesök få träffa samma läkare och politikernas diskussion om "husläkare", vore förhållandena i ett landsbygdsområde intressanta att studera.

Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp i allmänmedicin rekommenderar att FV-läkare bör utföra ett utvecklings- eller forskningsarbete om möjligt i samråd med närmaste allmänmedicinska institution (1). Denna kontinuitetsstudie utgår från distriktsläkarmottagningen i Anderslöv i samarbete med Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby.

Vilka olika aspekter man kan lägga på begreppet kontinuitet, både från allmänhetens och sjukvårdens sida, och vilka fördelar respektive nackdelar som finns har belysts i flera artiklar (2, 3).

Olika metoder finns för att mäta kontinuitet. Antingen kan de utgå från den enskilda individen eller det enskilda besöket. I en undersökning vid hälsocentralen i Tierp användes känd läkar-kontinuitet, sekventiell kontinuitet och fraktionskontinuitet (4). Internationellt finns flera mätmetoder publicerade, bland annat usual provider continuity (5), continuity of care (6) och sequential continuity (7). I denna undersökning används ett kontinuitetsindex framtaget vid vårdcentralen i Dalby (8).



MATERIAL OCH METOD

Beskrivning av primärvårdsenheten

Distriktsläkarmottagningen i Anderslöv öppnades 1975. Upptagningsområdet motsvarar fyra distriktssköterskors arbetsfält eller 16 församlingar och är en del av Trelleborgs kommun, vilken är en del av Trelleborgs sjukvårdsdistrikt. Sistnämnda utgörs av Vellinges, Svedalas och Trelleborgs kommuner. Länsdelslasarett finns i Trelleborg på knappt 2 mils avstånd och regionsjukhus finns i Lund på 3,5 mils avstånd. Regionsjukhus finns också i Malmö på 3 mils avstånd.

Primärvårdsenheten är befolkningsmässigt den minsta men geografiskt den största i sjukvårdsdistriktet. Det är ett utpräglat landsbygdsområde med endast två större industrier. Vid årsskiftet 81/82 var invånarantalet 8.847 (82/83 8.932), därav 51,6 procent män och 48,4 procent kvinnor. Figur 1 visar befolkningsfördelningen vid samma tidpunkt.

Vid mottagningen tjänstgör två ordinarie distriktsläkare och en FV-läkare i allmänmedicin. Där tjänstgör också två heltidsanställda undersköterskor och två läkarsekreterare, en heltids- och en halvtidsanställd. Ungefär 50 procent av läkarnas arbetstid ägnas åt mottagningsverksamhet, i övrigt ingår barn-, skol- och åldringshälsövård. Tid finns också avsatt för hembesök, hemsjukvård och länssjukhem, liksom för fortbildning och uttag av jourkompensation. Vid tidsbeställning tillfrågas

patienten alltid om ordinarie läkare. Likaså vid akuta besök, men kan då endast träffa ordinarie läkare i mån av lediga tider.

Jourttjänstgöringen är förlagd till Jourläkarcentralen på Trelleborgs lasarett, denna har öppet 17.00-24.00 på vardagar och 08.00-24.00 på lördagar, söndagar och helgdagar. Inom upptagningsområdet finns bara en icke heltidsarbetande privatpraktiker.

Kontinuitetsindex

För att studera kontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare gjordes ett slumpmässigt urval bland de patienter som sökte mottagningen under en definierad tidsperiod.

Manuellt i journalarkivet granskades patienter födda dag 1, 6, 11, 16, 21 och 26 med avseende på läkarbesök (akuta och tidsbeställda) under perioden 82-12-01-83-05-31, totalt 1.584 patienter.

Ett kontinuitetsindex framtaget vid vårdcentralen i Dalby användes (8), enligt följande.

En patient som under en bestämd tidsperiod gör ett visst antal läkarbesök, kan vid dessa besök träffa allt mellan en och samma läkare vid alla besök och en ny läkare vid varje besök. I det första fallet uppnås fullständig kontinuitet (100 procent) och i det senare ingen kontinuitet (0 procent).

Vid beräkning av kontinuitetsindex för en definierad patientgrupp ges varje patient ett kontinuitetsvärde. Konti-

nuitetsindex (k) för en patient i som träffar j olika läkare kan skrivas $k = i - j / i - 1$, där talet blir noll (0 procent) om antalet läkare är samma som antalet besök och blir ett (100 procent) om patienten endast träffar en läkare. Kontinuitetsindex för hela patientgruppen beräknas som medelvärdet av alla patienters indexvärden.

Resultat

Tabell I visar antal patienter fördelade efter antal besök per patient och antal olika läkare per patient vid distriktsläkarmottagningen i Anderslöv 82-12-01-83-05-31. Av de undersökta patienterna gjorde 213 två eller fler besök och 290 endast ett besök.

Kontinuitetsindex för patienter efter antal besök och antal olika läkare per patient framgår av tabell II.

Kontinuitetsindex för hela patientgruppen vid akuta och tidsbeställda läkarbesök vid distriktsläkarmottagningen i Anderslöv under den aktuella tidsperioden var 0,71.

$$K = \frac{1}{213} (79 \times 1 + 29 \times 1 + 9 \times 1 + 3 \times 1 + 26 \times 1/2 + 11 \times 2/3 + 6 \times 3/4 + 3 \times 4/5 + 4 \times 1/3 + 2 \times 2/4 + 1 \times 3/5) = 0,71.$$

I Tabell III redovisas en jämförelse mellan kontinuitetsindex för olika åldersgrupper vid akuta och tidsbeställda läkarbesök under perioden 82-12-01-83-05-31 vid distriktsläkarmottagningen i Anderslöv och kontinuitetsindex för olika åldersgrupper vid tidsbeställda läkarbesök 1979 vid vårdcentralen i Dalby (8).

DISKUSSION

Kontinuiteten i Anderslöv är hög

Kontinuitetsindex för patienter som under perioden gjort två eller fler läkarbesök förefaller tillfredsställande.

I en undersökning vid vårdcentralen i Dalby -79 var kontinuitetsindex för alla patienter med tidsbeställda läkarbesök 0,52. I en tidigare studie -76 per kvartal 0,61, per halvår 0,57 och för hela året 0,50. Tabell III visar en jämförelse mellan kontinuitetsindex för olika åldersgrupper vid akuta och tidsbeställda läkarbesök under perioden 82-12-01-83-05-31 vid distriktsläkarmottagningen i Anderslöv och motsvarande vid tidsbeställda läkarbesök -79 vid vårdcentralen i Dalby (8).

Kontinuitetsindex vid distriktsläkarmottagningen i Anderslöv är vid denna jämförelse högre i alla åldersgrupper, men skillnaden är minst uttalad i de äldsta åldersgrupperna. Detta trots att kontinuitetsindex vid distriktsläkarmottagningen i Anderslöv omfattar både akuta och tidsbeställda läkarbesök. Vid genomgång av journalerna går tyvärr inte att särskilja vad som är akuta läkarbesök och vad som är tidsbeställda. Rimligen bör kontinuitetsindex för enbart tidsbeställda läkarbesök vara högre.

Någon slutsats hur kontinuitetsindex för de patienter som kommer på regelbundna men ej alltför täta läkar-

besök, exempelvis blodtryckskontroller 1-2 gånger/år, går inte att dra av denna undersökning. Dels är tidsperioden bara ett halvt år och dels minskar sannolikheten att upprätthålla en god kontinuitet ju längre period som studeras.

Antalet patienter i studien är relativt litet, liksom antalet individer i varje åldersgrupp, vilket kan påverka resultaten. Även antalet läkare är begränsat, i Anderslöv tjänstgjorde tre läkare under perioden.

Under hösten -83 sker en sektorisering av vården vid distriktsläkarmottagningen i Anderslöv med vårdområden, vilket möjligen ytterligare kan förbättra kontinuiteten.

Referenser:

1. Socialstyrelsen. Specialistutbildning i allmänmedicin, tjänstgöringsprogram. PM 12/82.
2. Haglund G. Vårdkontinuitet - bakgrund, innebörd och begränsningar. Läkartidningen 1982;79: 4284-4289.

Tabell I.

Antal patienter fördelade efter antal besök per patient och antal olika läkare per patient på distriktsläkarmottagningen i Anderslöv 82-12-01-83-05-31.

Besöksklass= Antal besök per patient	Antal olika läkare per patient			Totalt
	1	2	3	
1	(290)	-	-	-
2	79	38	-	117
3	29	26	2	57
4	9	11	4	24
5	3	6	2	11
Över 5	0	3	1	4
Totalt				213

Tabell II.

Kontinuitetsindex för patienter efter antal besök och antal olika läkare per patient.

Besöksklass= Antal besök per patient	Antal olika läkare per patient					
	1	2	3	4	5	6
2	1	0	-	-	-	-
3	1	1/2	0	-	-	-
4	1	2/3	1/3	0	-	-
5	1	3/4	2/4	1/4	0	-
6	1	4/5	3/5	2/5	1/5	0

Tabell III.

Jämförelse mellan kontinuitetsindex för olika åldersgrupper vid akuta och tidsbeställda läkarbesök på distriktsläkarmottagningen i Anderslöv 82-12-01-83-05-01 och kontinuitetsindex för olika åldersgrupper vid tidsbeställda läkarbesök på vårdcentralen i Dalby 1979.

Åldersgrupp	(Antal pat (Anderslöv))	Anderslöv 82-12-01-83-05-31 (akuta och tidsbest)	Dalby -79 (tidsbest)
0-4	} 40	0,61	0,32
5-14			0,40
15-24	} 71	0,66	0,33
25-44			0,46
45-64	50	0,78	0,55
65-74	} 52	0,76	0,71
75-			0,70
Totalt	213	0,71	0,52

3. Bygren L-O, Nyström S. Attityder till patient-läkarkontinuitet belysta genom en enkätundersökning. Läkartidningen 1982;79: 4299-4301.

4. Smedby B et al. Besökskontinuitet vid hälsocentralen i Tierp - tillämpning av en ny mätmetod. Läkartidningen 1982;79: 4290-4298.

5. Breslau N, Haug MR. Service delivery structure and continuity of care: A case study of a pediatric practice in process of reorganization. J Health Soc Behav 1976;17: 339-352.

6. Bice TW, Boxerman SB. A quantitative measure of continuity of care. Med Care 1977;15: 347-349.

7. Steinwachs DM. Measuring provider continuity in ambulatory care. An assessment of alternative approaches. Med Care 1979;17: 551-565.

8. Ejlertsson G. Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Metoder för registrering och analys med tillämpning i ett primärvårdsdistrikt. Lund: Studentlitteratur, 1981.

Abstract

Patient-doctor continuity has been subject to debate in recent years. On the part of the project the advantages of consulting the same doctor each time have been emphasized. This continuity study constitutes a project work as a part of the post graduate education doctor in general medicine at the District Health Centre at Anderslöv. The findings of this study indicate satisfactory continuity at all age levels, and primarily in the higher age brackets.

Författarpresentation:

Anna-Karin Österlin, FV-läkare i allmänmedicin vid distriktsläkarmottagningen i Anderslöv.

Några reflektioner av en lekman och vetenskapsteoretiker

INGVAR JOHANSSON

Vissa saker i den allmänmedicinske läkarens typ av kompetens ger lätt upphov till tron att "allmänmedicinsk forskning" är en omöjlig begreppskombination. Artikeln argumenterar mot en sådan uppfattning. Detta sker genom att allmänläkaren i tur och ordning liknas vid en "hemmafixare", en tvärvetenskapsman, en hantverkare och en filosof. I samtliga fall visar det sig finnas specifika forskningsuppgifter som lämpar sig för allmänmedicinare. Därefter diskuteras också kortfattat på vilket sätt allmänmedicinaren kommer in i problemhärvorna kring såväl psykosomatiska sjukdomar som placeboeffekten.

Nyckelord: Allmänmedicinsk forskning, filosof, placeboeffekt, psykosomatik, tvärvetenskap, tyst kunskap, remitteringsproblematik, vetenskapsteori.

Nedanstående funderingar kring frågan huruvida det kan finnas någon specifikt allmänmedicinsk forskning, grundar sig varken på egen medicinsk praktik eller forskning. Ja, de grundar sig inte ens på goda medicinska kunskaper. Bakgrunden till mina reflektioner är att jag som vetenskapsteoretiker besitter vissa typer av kunskaper om vetenskap i allmänhet, vilka relativt lätt låter sig appliceras också på allmänmedicin. Åtminstone skenbart! Hur det verkligen förhåller sig kan inte avgöras utan att medicinare dras in i diskussionen. Uppmuntran från Allmänmedicinsk forskningscirkel i Umeå ligger bakom den här publiceringen.

För att föregripa slutet på artikeln skall jag redan här säga, att det är min bestämda åsikt att frågan om psykosomatik är viktig när man diskuterar allmänmedicinsk forskning. Men denna fråga uttömmar inte området, och jag skall därför till en början ta upp aspekter på allmänmedicinen som är förenliga med uppfattningen att ett rent somatiskt betraktelsesätt är det enda medicinskt giltiga. Jag skall under denna

förutsättning diskutera fyra analogier: allmänmedicinaren som hemmafixare, allmänmedicinaren som tvärvetenskapsman, allmänmedicinaren som hantverkare och allmänmedicinaren som filosof.

1. Allmänmedicinaren som hemmafixare

Många, däribland jag själv, anser sig ha en viss begränsad kompetens att laga apparater och maskiner som hör hemmet till. Vi betraktar oss långt ifrån som experter, men anser oss ändå kunna laga vissa fel på exempelvis bilen och köksmaskinerna. Vi kan byta en packning i en kran och kanske till och med laga enklare fel på TV:n. Vi kan inte mycket på något område, men vi kan lite på många. Den verkliga hemmafixaren är den som kan lite om allting.

Hans tillgång är bredden i kunskaperna, inte djupet. Likheten med allmänmedicinaren torde vara uppenbar.

Behovet av personer som så att säga är experter på både allt och inget är oomtvistat, och det är inte heller det saken gäller. Frågan är i vad mån hemmafixaren kan utföra någon form av forskning. Svaret tycks vid första ögonkastet självklart vara negativt. Hur skall hemmafixaren kunna göra det som civilingenjörerna i bilindustrin gör? Hur skall hemmafixaren kunna göra det som forskarna inom elektronikområdet gör?, och så vidare. Inte kan allmänmedicinaren utföra den typ av forskning som sker på institutionerna för histologi, immunologi, infektionssjukdomar, etc? Både hemmafixarens och allmänmedicinarens kunskap har en positiv sida, det vill säga bredden, och en negativ sida, bristen på djup i kunskaperna. Forskning kräver emellertid per definition djupa kunskaper, vilket innebär att det inte kan finnas någon specifik allmänmedicinsk forskning, utan endast allmänmedicinsk kunskap. Så kan det åtminstone tyckas!

Låt oss nu se lite närmre på hemmafixarens situation. Den innehåller en ingrediens som saknas i expertens situation. Hemmafixaren måste kunna avgöra vilka fel han själv *inte* kan laga men som experten klarar av. En del av den duktige hemmafixarens kompe-

tens består i att kunna avgöra var gränsen för hans kompetens går. Förutom den vanliga kompetensen bör han besitta en "metakompetens", det vill säga en kompetens att bedöma sin kompetens. Detta är viktigt därför att det alltid föreligger en risk att hemmafixaren genom sina ingrepp förvärrar saken eller till och med förstör apparaten/maskinen i fråga helt. Han måste ha blick för vilka fel han kan åtgärda och vilka fel som skall överlåtas till experten. Återigen är likheten med allmänmedicinarens situation uppenbar. Hela remitteringsförfarandet bygger ju på den här problematiken. Skillnaden är väl endast att medan problemet för hemmafixaren endast har en ekonomisk dimension, så får den för läkaren en djupt existentiell dimension: När ökas och när minskas lidandet?

Min förflugna tanke i de här sammanhangen är helt enkelt den, att det borde vara möjligt att forska kring frågan hur den utpekade metakompetensen uppstår och kan förbättras. Såvitt jag vet är den här frågeställningen inte uppmärksammas någonstans.

2. Allmänmedicinaren som tvärvetenskapsman

Mycket har det senaste decenniet talats om behovet av tvärvetenskap. Forskare från olika discipliner måste föras samman därför att vissa frågor för sin lösning kräver kunskaper från många områden. Den normala utvecklingen i en tvärvetenskaplig grupp är att varje forskare från att först endast ha haft kunskaper inom sitt särskilda område, djupa kunskaper, efter hand kommer att skaffa sig kunskaper också på de andras områden. I det senare fallet dock endast ytliga kunskaper. Tvärvetenskapsmannen liknar hemmafixaren såtillvida att han kan lite om mycket, men skiljer sig från hemmafixaren genom att han har mycket djupa kunskaper på ett visst område.

För att tvärvetenskaplig forskning skall uppkomma måste någon redan från början ha den överblick över problemet som specialexperterna får efter hand. Vem skall annars ta initiativet till den nya forskningen? Det är här jag tycker mig se allmänmedicinaren komma in. Vem, om inte han, är det

ÖPPNA VÄGEN TILLET FRIARE LIV

Isoptin vid högt blodtryck.

VERAPAMIL

Kalciumantagonism Isoptin - en verkningsprincip som innebär nya möjligheter till behandling av högt blodtryck. Isoptin tillåter ett aktivt liv utan onödiga biverkningar.



ISOPTIN®

Hypertoniantagonisten



Isoptin (verapamil) är en kalciumantagonist och finns som tablett 40 mg, 80 mg och 120 mg, samt som injektionsvätska 2,5 mg/ml.
Indikationer: Angina pectoris. Förkastakarytmier och AV - nodala takarytmier. Hypertoni - Isoptin kan användas då behandling med β - adrenoceptblockerare, saluretika eller kombination av dessa ej har givit önskad effekt eller är olämplig.

Meda AB, Göteborg.

MEDA

5 som på förhand har denna typ av överblick över medicinskt relevanta problem och frågeställningar? Allmänmedicinare som är intresserade av forskning borde vara lämpliga som både initiativtagare och ledare av tvärvetenskaplig medicinsk forskning. Kanske till och med termen "tvärvetenskaplig forskning" är överflödigt och kan ersättas av "allmänmedicinsk forskning"?

3. Allmänmedicinaren som hantverkare

En hantverkare karakteriseras av att han använder relativt sett lite maskiner. Han kan tillverka sin produkt eller utföra reparationer med hjälp av enkla verktyg. Mycket av hans kunskap sitter i händerna och ögonen. Det primära i hantverkarens kunskap är inte hans vetande utan hans kunnande. Vetande och kunnande kan sammanfalla, men de kan också vara åtskilda; och det är det sistnämnda förhållandet som nu är av intresse. För att ta ett enkelt exempel: en person kan *kunna* vaccinera mot till exempel mässling utan att *veta* varför och hur vaccinet och vaccineringsproceduren fungerar. Vi *kan* utföra en mängd aktiviteter, som att läsa, skriva, cykla, telefonera, etc, trots att vi *vet* mycket lite om hur vi exakt gör och det hela mer i detalj fungerar.

Vikten av att hålla isär begreppen "kunna" och "veta" visar sig också därigenom att det ofta är möjligt att förbättra kunnandet utan att samtidigt förbättra vetandet. Ibland tycks det som om erfarenhet till en viss gräns automatiskt förvandlar sig till ökat kunnande. Genom att cykla ofta blir vi bättre cyklister, det vill säga vi får ett mer integrerat rörelsemönster; genom att ge sprutor ofta får man större känsla för hur nålen skall föras in, och så vidare. Men kunnandet kan också förbättras genom att man helt enkelt ser på när en expert arbetar; man härmar. Härningen sker ofta helt oreflektat. Ett tredje sätt att förbättra kunnandet är via direkta råd från andra personer, handledare, tränare och "mästare" (för att nu använda en beteckning från de gamla hantverkarskråna). Man bör notera att dessa råd normalt är så ospecifika att den som får dem själv via erfarenhet och "trial and error" måste pröva sig fram till det som "mästaren" exakt ville ha sagt. Språket klarar inte fullt ut den kommunikation det är fråga om.

Inom vetenskapsteorin har det de senaste decennierna förts en intressant debatt om huruvida det är möjligt att transformera *allt* kunnande till explicit vetande. Många, också jag själv, anser detta vara omöjligt, vilket bland annat innebär att inte ens vetenskapen i princip kan undvara olika former av hantverkarskunnande. Till och med vetenskapen förutsätter vad man kan kalla "tyst kunskap", ett kunnande som fungerar utan att verbaliseras. Vad som händer när en viss hantverksfärdighet ersätts av maskinella processer är inte

att *allt* kunnande blir överflödigt, utan att det kunnande som behövs överflyttas till ett kunnande som gäller maskinerna och deras skötsel.

Jag skall inte här fördjupa mig i frågan om "tyst kunskap" och dess principiella betydelse för vetenskapen, utan istället återvända till allmänmedicinaren. I takt med specialiseringen inom läkarkåren har det skett en utveckling av diagnosmetoderna som - mycket schematiskt - kan jämföras med den utveckling i vilken den yrkeskunnige hantverkaren har ersatts å ena sidan av ingenjörer å andra sidan av löpande bandsarbetare. Under första hälften av nittonhundratalet fick läkarna klara sig med få diagnostiska hjälpmedel och mycket förlita sig på en kompetens förankrad i deras ögon, öron och händer. Nu är det annorlunda, om inte helt för allmänmedicinaren så i alla fall för specialisten. Standardiserade diagnosprocedurer grundade på avancerad apparatur har blivit allt vanligare. Forskningen inriktas dessutom på att göra den ännu vanligare.

En rimlig förklaring till hur "tyst kunskap" och hantverkarskunnande är möjligt, måste sökas med hjälp av antaganden om att vi människor kan ta in och använda mängder av information utan att densamma behöver eller kan medvetandegöras. Naturligtvis är det möjligt att forska kring denna process. Att det alltid finns "tyst kunskap" hindrar inte att man kan försöka få en bättre förståelse av denna typ av kunskaper. Speciellt gäller också att man kan forska kring frågan hur en viss typ av "tyst kunskap" skall kunna förbättras. För att få ett klarare grepp på vad sådan forskning innebär kan man se på idrottsforskningen. Där analyserar man med datorer bland annat olika rörelsemönster för att se vilka som är de bästa för olika idrottsmän i olika idrotter. Allt i syfte att bättre förstå tränarens och idrottsmannens "tysta kunskap", spränga dessas gränser och nå fram till råd som leder till mer förbättrad "tyst rörelsekunskap".

Jag tror kort och gott att det finns ännu ett jungfruligt forskningsområde för allmänmedicinare: Forskning i syfte att förbättra läkarnas egenhändiga diagnosförmåga. En sådan forskning skulle alltså inrikta sig på att förbättra läkarnas förmåga att med sina naturligt givna sinnen ställa diagnoser. (Tänk på dessa mångomtalade bilreparatörer som ofta kan *höra* vad det är för fel på en bil!) Det finns två sätt att förbättra diagnosproceduren: antingen genom att utveckla nya apparater eller genom att uppöva läkarnas förmåga att ta emot tillgänglig perceptuell information. Men det är endast det första sättet som hittills fått forskningsresurser. Det är kanske dags att ändra på detta?

4. Allmänmedicinaren som filosof

Filosofin är vetenskapens moder. Så sägs det ofta, och med det menas att fi-

losofin har genererat många olika fackvetenskaper, men också att filosofin även i framtiden kan ge upphov till helt nya vetenskaper. De som senast i Sverige bröt sig loss ur filosofin var psykologi (kring sekelskiftet) och sociologi (kring andra världskriget). Att filosofin fungerar på detta sätt beror på att den bland annat försöker ge en helhetsbild av världen och vår kunskap. Filosofin kommer härigenom att upptäcka kunskapsluckor och inkonsistenser mellan olika fackvetenskaper, som de som stänger in sig i sitt avgränsade vetenskapliga bås inte kan upptäcka.

Tidigare i artikeln har jag beskrivit allmänmedicinaren som en som kan litet om mycket och som karakteriseras av hantverkarskunnande (jfr "Medicin som läkekonst"). Ingendera karaktäristiken är emellertid avsedd att hårdtras. Allmänmedicinaren kan vid sidan om sitt allmänmedicinska kunnande ha specialiserat sig inom något område, och hans hantverkarskunnande skiljer sig från de flesta hantverk genom att trots allt vara intimt förbunden med vetenskapliga förklaringar. Detta innebär att allmänmedicinaren rent faktiskt befinner sig i en situation där kravet på en övergripande och enhetlig bild av de medicinska specialdisciplinerna och deras förklaringsmönster är påträngande. Den teoretiskt intresserade allmänmedicinaren kan inte bli annat än något av en filosof för den medicinska vetenskapen!

Den teoretiskt intresserade allmänmedicinaren är den som har störst chans att upptäcka den typ av kunskapsbrister som leder fram till helt nya medicinska specialdiscipliner, det vill säga discipliner som inte kan uppfattas som underavdelningar till nu existerande forskningsområden. Detta innebär rimligtvis att den allmänmedicinske forskaren måste ta ansvar för och hjälpa till att utveckla sådana här nya specialiteter. Det kan inte existera vattentäta skott mellan allmänmedicin och specialistmedicin.

Det jag nu sagt om allmänmedicinaren som filosof är av rent principiell natur. Extra intressanta blir naturligtvis mina påpekanden om man redan idag kan se diskussioner som antyder något helt nytt inom medicinen. Och såvitt jag förstår kan man det! Det är nu vi kommer till det jag förutskickade i inledningen, psykosomatik. Min erfarenhet ger vid handen att det är kring denna problemsfär de teoretiskt intresserade allmänmedicinarnas diskussioner oftast kretsar. Håller allmänmedicinen *idag* på att frambringa eller hjälpa till med att frambringa något helt nytt inom medicinen, så kommer det nya att ligga inom det fält vi idag kallar psykosomatik. Jag skall därför avsluta den här artikeln med några reflektioner i anslutning till just detta.

5. Psykosomatik och allmänmedicin

Utän någon större överdrift kan man säga att dagens medicinska vetenskap

fortfarande grundar sig på den dualism mellan andligt och materiellt eller mellan psyke och soma, som uppstår i och med den så kallade moderna tiden, den tid som avlöser medeltiden. Människan betraktas ur medicinsk synvinkel explicit eller implicit som en maskin. Sjukdomar förklaras allmänt som (1) beroende på att det finns för mycket eller för lite av någon substans eller vätska, eller som (2) orsakade av utifrån kommande ämnen eller invaderande organismer, eller slutligen (3) bestå i att vissa materialenheter (hjärta, muskler, skelettdelar, etc) har förstörts genom olyckor eller slitage. För psyket alls någon plats betraktas det som ett "epifenomen", det vill säga ett fenomen som orsakas av något (i det här fallet hjärnprocesser) men som självt inte har några som helst kausala effekter. Ett epifenomen är som en skugga. Skuggan existerar och är en effekt av en ljuskälla och ett skuggande föremål, men skuggan kan omöjligt verka tillbaka på det som är dens upphov.

Liksom en modern fysiker med rätta anser sig veta att han kan bortse från kroppars färger när han studerar deras fallrörelser, så anser sig många medicinare veta att de kan bortse från psykiska faktorer när de studerar somatiska åkommor och förlopp. Av de som inte tror att de utan vidare kan bortse från psykisk inverkan tycks de flesta försöka lösa problemet genom att skapa situationer där den psykiska faktorn kan elimineras. Skall man lyckas se någonting nytt här i världen måste man antingen leta efter det nya, eller så måste detta av sig självt tvinga sig på en. Den traditionella medicinarutbildningen uppammar inget sökande efter psykosomatiska fenomen, men tron att det finns sådana tycks tvinga sig på allmänläkarna. Deras situation förefaller vara sådan att de inte kan låta bli att se mönster i sjukdomsbilderna som faller utanför de traditionella ramarna. Mönster som relaterar olika sjukdomar till patienternas allmänna lev-

nadssituation i stort som smått. Vissa somatiska sjukdomar och sjukdomsförlopp tycker de inte alls beror på utifrån kommande organismer eller substanser utan snarare på utifrån kommande "sociala meddelanden".

Alternativen i den rådande situationen kan lätt beskrivas. Antingen har de som pläderar för ett psykosomatiskt förhållningssätt fallit offer för en illusion; de uppfattade mönstren är blott skenbara, och framtida forskning kommer att påvisa de verkliga bakomliggande rent somatiska förloppen. Eller så har de sett rätt, och då lär mycket hända inom den medicinska vetenskapen i framtiden. Det kommer i så fall att växa fram en hel mängd nya specialdiscipliner som sysslar med psykosomatisk forskning, och vi kommer förmodligen att få ett helt nytt övergripande synsätt på människan och hennes sjukdomar. Den traditionella dualismen är i alla sina varianter mycket svår att förena med begreppet "psykosomatik". Oberoende av vilket alternativ man är beredd att satsa en slant på, så borde man kunna hålla med om att här finns ett område som det måste forskas kring. Och det är ett allmänmedicinskt forskningsområde.

6. Psykosomatik och placebo

Psykosomatiska fenomen är med vetenskapsteoretisk jargong, *anomalier* i det förhärskande medicinarparadigmet. De är data som åtminstone ytligt sett strider mot den gängse grundsynen. Allra sist vill jag nu ta tillfället i akt och påpeka att det uppenbarligen finns ett samband mellan dessa anomalier och andra problem på annat håll, nämligen problem inom den kliniska forskningen. Bra undersökningar av preparat skall vara "blinda", helst "dubbelblinda". Härom är *alla* överens, vilket innebär ett *allmänt erkännande* av placeboeffekten. Fanns inte denna effekt behövde självklart inte testen blindgöras. Men vad är då placeboeffekt egentligen för något?

I och för sig finns det kanske anledning att diskutera hur begreppet "placebo" mer exakt skall definieras, men hur än en precisering bör se ut så torde det vara uppenbart att en placeboeffekt är någon form av psykosomatisk effekt. Finns det psykosomatiska sjukdomar och psykosomatiska insjuknanden, bör det naturligtvis också finnas psykosomatiskt betingade tillfrisknanden. I allmänläkarens praktik är psykosomatiska åkommor lätt synliga, i den kliniska forskningen är psykosomatiska tillfrisknanden lätt synliga. Uppenbarligen är det fråga om två sidor av samma sak. Det är mig lite av en gåta att detta inte är allmänt uppmärksammat. Kanske ett slagord kan underlätta: Låt de två P:na (psykosomatik och placebo) bli ett!

En möjlig anledning till att sambandet mellan placeboeffekten och psykosomatiska effekter inte har blivit ordentligt uppmärksammat, kan vara att placeboeffekten ofta presenteras som *en* typ av effekt. Man undersöker många sjukdomar men talar enbart om placeboeffekten. När man däremot talar om psykosomatiska sjukdomar (eller psykosomatiska dimensioner i sjukdomar) är det alltid uppenbart att det kan vara fråga om väldigt många olika typer. Det går inte att tala om den psykosomatiska sjukdomen på det sätt som man talar om placeboeffekten. Att tala om placebo på det här sättet kan vara en kvarleva från den tid när fenomenet hänfördes till ett enda förment välkänt fenomen, suggestion. Men idag borde det vara uppenbart att placebobegreppet i själva verket är en så kallad paraplyterm, en term som refererar till en hel mängd skilda fenomen. Här finner vi ytterligare en uppgift för allmänmedicinska forskare: att vidga och fördjupa diskussionen om placeboeffekterna.

Författarpresentation:

Ingvar Johansson, docent i vetenskapsteori vid Umeå universitet.

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.



För en hypertoniker blir en enkel dosering allt viktigare med åren.

Enkel dosering och frihet från biverkningar är viktigt för alla patienter. För de något äldre med högt blodtryck kan det vara avgörande för möjligheten och lusten till ett aktivt liv även kring pensionsåldern.

Tenormin är en selektiv och vattenlöslig beta-blockerare. En tablett på morgonen kontrollerar blodtrycket ett dygn framöver, och de flesta patienter slipper tröttande sömnstörningar och mar-

drömmar. För nyupptäckta hypertoniker kan Tenormin 50 mg vara en bra början på försöket att få ner blodtrycket. Likaså kan Tenormin vara ett bra alternativ för dem som har problem med den behandling de för närvarande står på.

atenolol tabl. 50 o. 100 mg



Tenormin[®] 50 mg
– för de något äldre.

FORSKNING OCH UTVECKLINGSARBETE – UTBILDNING

Tankar kring FOU-arbete inom Primärvården

HANS LUNDGREN

Undertecknad deltog i idékursen "Forsknings- och utvecklingsarbete som provinsialläkarfonden ordnat vecka 4 i Lundsbrunn.

En forskningsintresserad läkare från varje landsting var utsedd inför denna kurs, för övrigt den första i sitt slag i Sverige.

Inför kursen skrev jag ner lite tankar och idéer.

Nyckelord: Forskning och utvecklingsarbete, utbildning, kursverksamhet, primärvård, allmänmedicin.

Primärvårdens arbetssätt

Primärvårdens honnörsord är helhet, kontinuitet och närhet. Primärvården är således tvärvetenskaplig i sitt arbetssätt. I helheten förenas ett humanistiskt och ett naturvetenskapligt betraktelsesätt. *Kontinuiteten* ger möjlighet till långtidsstudier med god personkännedom och *närheten* i sin tur arbetar med klart definierat geografiskt område. Allmänläkare är generalist och arbetar med synteser. Framför allt arbetar han med samspelet mellan olika faktorer.

Primärvården med sitt totalansvar för en befolkning ställer också det förebyggande arbetet i förgrunden. Sjukvårdskunskandet (erfarenheten) ger här grunden för ett preventivt arbete.

Det stora och lilla perspektivet

Det stora perspektivet har epidemiologin som arbetsinstrument. Denna beskriver i sin deskriptiva del förekomst av ohälsa i olika former inom ett område. Kunskap i statistik är här ett måste. Ur denna statistik kan sedan exempelvis kommundiagnoser växa fram. De senare är en syntes av en medicinsk och social samhällsprofil.

Epidemiologin blir först intressant när man lägger in en tidsaxel. Härmed får man fram förändringar av olika variabler i tiden. Epidemiologin kräver alltid en analys och här kommer erfarenheter och lokalkännedom till sin rätt. Epidemiologin måste således tolkas på ort och ställe för att kunna förstås.

I det lilla perspektivet har vi den enskilde patienten. Fallbeskrivningar, kaustestiken, har tyvärr kommit i bakgrunden till förmån för den förra epidemiologin. Inom primärvården med sin goda kontinuitet finns en djup och mångsidig erfarenhet av patientarbete. Allmänläkaren borde således åter se till att *patienten kommer i förgrunden*, beskriva den ensildes reaktioner, och förändringar. *Varför inte doktore-ra på en enda patient?*

Läkekonst både vetenskap och konst

Allmänläkaren arbetar med läkekonst. *Läkekonst* i sin tur är *syntesen av vetenskap och konst* där vetenskapen står i logikens, analysens, systematiseringens, reproducerbarhetens och utvärderingens tjänst. Konsten talar mer för känsla, intuition, helhet och syntes. Konsten kan inte utvärderas men väl recenseras.

Det är således viktigt när vi sedan talar om kvalitet att vi förstär dessa båda delar och har olika krav på dem.

Forskningsbart – utvärderbart

Av det förra kommer att en del av vår forskning knappast är utvärderbar men väl *recenserbar*. Vissa delar låter sig inte struktureras, avgränsas eller mätas. Dessa delar blir då mer föremål för en form av skönlitterär beskrivning eller en recension. Naturligtvis kan man ha kvalitetskrav även på recensioner.

Reproducerbarheten står som en hörnsten i allt vetenskapligt arbete. Inom laboratorievärlden med sina starkt förenklade modeller är detta naturligtvis tillämpligt. En helhetsmedicin i ständig förändring däremot kan inte arbeta med orsak och verkan, snarare måste processen vara ledstjärna. Möjligheten till standardisering i ett helhetsperspektiv är näst intill obefintlig. En slutsats blir således att ett resultat endast gäller här och nu. Möjligheterna till jämförelse är relativt få. Lättast och mest användbart blir det om materialet blir sin egen kontroll, det vill säga på detta sätt erhålls förändring i tid för en given undersökningsmodell. Resonemanget kanske tyder på en viss defaitism vad gäller användbarheten av undersökningsresultat. Forsk-

ningen och forskningsresultatens stora nytta ligger således inte i att få fram några absoluta sanningar utan mer för att upprätthålla kreativitet, nyfikenhet, kunskapsinhämtning, personalpolitik och ge identitet.

Forskning ger identitet

Dagens forskning blir morgondagens sjukvård. Det dagliga arbetet kompletterar sedan bilden. Forskning och utvärderingsarbete måste således sättas i förgrunden och står inte i något som helst motsatsförhållande till dagligt sjukvårdsarbete utan är i själva verket förutsättningar för en effektiv och anpassningsbar sjukvård.

Nyfikenhet och kreativitet

I en kreativ miljö stimuleras individens tänkande och nyfikenhet. Inställningen bör vara tillåtande utan alltför stor rädsla för misslyckande. Kreativiteten är smittande, ger upphov till engagemang och arbetstillfredsställelse. Här skapas förutsättningarna för ett "forskningssklimat".

Kvalitetskrav avgränsning

I ett tvärvetenskapligt arbetssätt är avgränsning av olika frågeställningar högst väsentlig men svår. All avgränsning upplevs mer eller mindre konstlad. Vid varje undersökning krävs dock en uppfattning om storleken och behovet av insatser. Frågeställningen måste vara klar och förenas med avgränsningen. Arbetssättet måste struktureras och variabler måste definieras. Behovet av kontroller diskuteras. Modellen nu beskriven syftar mest på det vetenskapliga förfarings sättet, där stringens och reproducerbarhet är nyckelord. Detta förfarings sätt kan dock aldrig beskriva en helhet. Den senare måste ha en annan grund för undersökning och dokumentation liksom bedömning i form av recension.

FOU-arbete – sjukvårdsarbete

Som tidigare skisserats finns inget motsatsförhållande mellan FOU-arbete och sjukvårdsarbete. Detta gäller dock endast principen. I det aktuella arbetet står ofta sjukvårdsarbete hindrande i vägen för FOU-arbete. Således måste tid tas från sjukvårdsarbetet för att läg-

ga upp aktuella studier med de kvalitetskrav som tidigare diskuterats. Genomförandet och publiceringen kräver likaså tid. För sjukvårdsarbete finns budgeterade medel, däremot knappast för FOU-arbete. Därför är det viktigt att *primärvården skapar en primärvårdsfond för forskningsanslag*. (3). Från denna kan stipendier erhållas.

Läkaren – beslutsfattaren

Visst FOU-arbete kan vara av mindre slag och i dessa fall kan man lokalt besluta om handläggningen. I andra fall krävs insatser av beslutsfattare vad gäller ekonomi, tjänstledighet etc. Tidigare har skisserats forskningens kanske viktigaste grund, det kreativa klimatet. En forskares ledstjärna är inspiration, entusiasm men denna står rätt långt från dagens rätt ofta omständliga och tunga byråkrati. Ett enkelt och snabbt beslutande om aktuella projekt bör således tillskapas. Utgångspunkten för en bedömning skall vara aktuell projektbeskrivning. *Kvalitetskrav*, och angelägenhetskrav kunde snabbt bedömas av ett *forskningsråd* sammansatt av kunniga personer. Från dessas utlåtande till politikernas beslut skall ett minimum av tid åtgå. Grundidén är således *kort tid från idé till handling*.

Att lägga upp ett projekt

En av de viktigaste sakerna är att tidigt ta reda på vad som tidigare är gjort och vilka resultat man kommit fram till, således att snabbt få fram aktuella referenser. Lättaste vägen är om man har turen att tidigt träffa på rätt person. Här skulle man kunna tänka sig att SFAM tog fram någon form av *personlista med deras specialintressen*. (4). Dessa *kontaktpersoner kan sedan tipsa* om litteratur och uppläggningar. Efter materialinsamlingen skall aktuella personer i området kontaktas. Redan denna process kräver tid och arbete. En möjlighet med klar tidsbegränsning borde vara att redan på detta stadium få tjänstledighet. Projektet läggs sedan upp i samråd med aktuella personer och underställs tidigare skisserat forskningsråd för att det snabbt skall kunna beslutas om det håller måttet eller ej.

Forskarens kontaktnät

Inom universiteten finns sedan tidigare forskningstradition. Själva klimatet bygger på utbyte av forskartjänster och inofficiella kontakter. På institutionerna frotteras forskarintresserade med varandra. Föreläsningar, studier, resor och väcker och stimulerar nyfikenhet. Primärvården har tyvärr inte denna möjlighet utan tvärt om är vi geografiskt skilda åt. Några botemedel finns trots allt. Någon form av *kontaktannonser forskningssintresserade emellan skulle kunna införas i vår tidskrift "AllmänMedicin"*. I dessa annonser, som skulle kunna struktureras efter tre principer – 1: *tänkta projekt*, 2:

projekt under arbete och 3: avslutade projekt – kan man ge en kortfattad beskrivning om sina tankar och resultat samt en adress och telefonnummer, kanske en forskningstelefontid! (5).

Kontaktannonserna blir således något av en forskningens prylbank. Regionala workshops (6) där forskningsintresserade kan delta under exempelvis 1–2 dagar är säkert stimulerande. Någon föreläsare kunde hyras in men framför allt skulle informella kontakter sättas i förgrunden. Workshopen blir således något av en børs där man köper och säljer idéer. Även posterutställningar liknande den som finns på läkarstämman skulle kunna vara en trevlig form. Grundprincipen för alla workshops är aktivitet hos deltagaren.

Dokumentation

Den mesta dokumentationen av vetenskapligt arbete är endast avsedd för en trängre krets. De vetenskapliga uttryckssätten och kraven gör den svårsmält för en större allmänhet. Därför bör den vetenskapliga uppsatsen eller artikeln gärna *kompletteras med en mer populär framställning*, (7) detta inte minst för våra beslutsfattare som på detta sätt bättre skulle kunna förstå forskningens betydelse. Tyvärr är det emellertid inte ofta en och samma person förunnat att dels vara en bra forskare och dels en bra pedagog med en verbal förmåga. Vissa skribenter har därför specialiserat sig på att popularisera aktuella vetenskapliga alster. Forskaren borde dock själv i denna process åtminstone kunna komma med ett utkast till populärform. Varje vetenskapligt arbete kan liknas vid en stafett. *En god vetenskaplig undersökning skall kunna svara på aktuell frågeställning men kanske framför allt väcka nya? Dessa frågeställningar, receptorer, borde avsluta varje alster och således vara lika tillgängliga som våra så kallade sökord*. (8).

Forskarkandidater

Tidigt under utbildningstiden kommer den medicine studerande i kontakt med forskningvärlden på institutionerna. Dock måste tyvärr sägas att det inte finns något krav på uppsatsskrivande under grundutbildningen. Som allmäntjänstgörande läkare kommer man i kontakt med kliniker där forskning pågår. Även inom primärvården vore det således väsentligt att AT-läkare på något sätt kom i kontakt med primärvårdens FOU-arbete.

Aktuellt FOU-arbete (9) inom ett primärvårdsområde borde således samlas i *AT-läkarparmen*. Något enskilt arbete kan dock inte bli aktuellt förrän under FV-tiden men kanske nyfikenheten på FOU-arbete kan bli grunden för valet av allmänmedicin. *Under FV-tiden* (10) kan *enskilt arbete* gärna resultera i någon form av uppsats. Handledare bör vara en erfaren

distriktsläkare, gärna med en viss vana vid vetenskapligt arbete. Dessa FV-läkares uppsatser kan sedan i sin tur ligga till grund för distriktsläkares FOU-arbete och eventuella doktorsarbete. I det senare arbetet är det väsentligt att ha en god handledare med vetenskaplig kompetens. Dessa återfinns inom många av våra kliniker och givetvis vetenskapliga institutioner.

Således kan ett utvecklat och utvidgat forskningsarbete i primärvården även *slå broar mellan specialist och allmänläkare*. (11). För allmänläkarens del kommer det säkerligen att bli alltmer viktigt att hålla en god kontakt med specialistkollegor. Gemensamma projekt med kunskap från klinik kompletterad med erfarenhet från primärvård ger de bästa förutsättningar för en helhetssyn.

PS. Nyss hemkommen och omtumlad av idéer måste jag ge arrangörerna mitt lovord. Man har lyckats med något så fint som att få deltagarna aktiva under kursen. Aldrig tidigare har jag känt mig så delaktig i någon kurs. Det mest centrala tycks vara önskemålet om ett "drivhus" för forskare, det vill säga skapande av en anda, en vi-känsla, en entusiasm, ett kontaktnät. Deltagarna kommer att träffas för en andra omgång 4–5 april i Lundsbrunn.

SAMMANFATTNING

1. Forska även på enstaka patienter.
2. Allmänmedicin är i mycket läkekonst, således både konst och vetenskap. Vetenskapen utvärderas, konsten recenserar.
3. Skapa en primärvårdsfond.
4. Lista på "kontaktpersoner" – personer med speciella intressen. Uppgift för SFAM.
5. "Kontaktannons" i Tidskriften "AllmänMedicin" – gärna en forskningstelefontid.
6. Regionala Workshops med "börs"inspiration. Sälja och köpa idéer.
7. Även populärframställning av vetenskapliga alster.
8. Alla vetenskapliga artiklar skall avslutas med nyframkomna frågeställningar.
9. Lokalt FOU-arbete i AT-läkarparmen.
10. FV-läkarens uppsatser.
11. Utnyttja specialistkollegorna på sjukhusen. Detta förebygger framtida motstånd.

Författarpresentation:

*Hans Lundgren**, distriktsläkare.

*Postadress: Läkarestationen Vårdcentralen,
448 00 Floda
Telefon 0302/34030

Morgonmottagning i Edsbyn

LEIF JONSSON

Införande av kvällsmottagningar inom primärvården har aktualiserats på många håll. Det är dock sparsamt med kunskap om hur stort behovet av kvällsmottagningar egentligen är. Med syftet att undersöka befolkningens önskemål om distriktsläkarmottagningens öppethållande genomfördes därför vid Edsbyns Hälsocentral under veckorna 28-39 år 1983 en enkätundersökning. De besökande vid hälsocentralen tillfrågades om vilken tid mellan klockan 07-21, som de helst ville besöka läkarmottagningen. Vårdkonsumenterna i Edsbyn visade sig då snarare efterfråga en morgonmottagning än en kvällsmottagning. Som en direkt följd av enkäten planeras nu att distriktsläkarmottagningen i Edsbyn skall öppna redan klockan 07. Först i andra hand planeras förlängning av öppethållandet till klockan 18. Vårdkonsumenterna visade i Edsbyn-enkäten ett ringa intresse för öppethållande senare på kvällen.

Nyckelord: Enkätundersökning, attityder, kvällsmottagning, Gävleborg.

Bakgrund

Edsbyns hälsocentralens betjäningssområde omfattade vid årsskiftet 1982-83 8146 personer. Omkring 5.000 av dessa bor i själva tätorten. Edsbyn tillhör Bollnäs sjukvårdsdistrikt. Avståndet till länsdelssjukhuset i Bollnäs är ungefär 35 km. Hälsocentralen är öppen klockan 08-17 måndag-fredag. Övriga tider är verksamheten förlagd till Jourcentralen vid Bollnäs sjukhus. Vid hälsocentralen är inrättade 4 allmänläkartjänster samt 1 tjänst för läkare under utbildning.

Under hösten 1983 färdigställdes en ny hälsocentral i Edsbyn. Primärvården där kommer att tillföras ytterligare tjänster inom flera personalkategorier.

Resurstillskotten möjliggör en övergång från en övervägande sjukvårdande till en mera hälsovårdande och uppsökande verksamhet. Tillskotten ger också möjligheter till en förbättring av primärvårdens tillgänglighet. Viktigt för en god tillgänglighet är exempelvis generösa telefontider, utbyggd hem-

sjukvård, filialmottagning och en väl fungerande jourorganisation.

Naturligtvis är mottagningens öppettider också av stor betydelse för hur god tillgängligheten blir. Behovet torde variera mellan olika orter. Kunskaper om befolkningens önskemål om och attityder till kvällsmottagning är dock sparsam (1). Det är därför intressant att ta del av två undersökningar om patienternas önskemål om kvällsmottagning, vilka redovisas i AllmänMedicin nr 1 år 1984. Det är dels en undersökning från Falun (2), dels en undersökning från Vellinge (3). En liknande patientenkät utfördes också vid Edsbyns Hälsocentral (vårdcentral) under fjolåret (4).

Från enskilda patienter i Edsbyn hade av och till framförts önskemål om utökat öppethållande på distriktsläkarmottagningen. Det fanns dock ingen klar bild av vilka öppettider befolkningen i upptagningsområdet egentligen efterfrågade. Undersökningar från andra sjukvårdsdistrikt bedömdes inte utan vidare kunna appliceras på Edsbyns hälsocentral och dess betjäningssområde. Med syftet att på sikt öka servicen för människor, som av olika skäl har svårt att besöka hälsocentralen på ordinarie mottagningstid, genomfördes därför en kartläggning av patienternas önskemål om öppethållandet på distriktsläkarmottagningen.

Material och metod

Undersökningen genomfördes med en enkät. Denna omfattade samtliga besökande vid distriktsläkarmottagningen och distriktsköterskemottagningen inklusive BVC och MVC under veckorna 28-39 år 1983 och avslutades vid ett öppet hus i samband med invigningen av den nya hälsocentralen. I den händelse den besökande var ett barn, besvarades enkäten av medföljande förälder. Jourfallen ingår i materialet i den mån de inträffade under hälsocentralens öppethållande.

På enkätformuläret efterfrågades ålder, kön samt förekomsten av förvärvsarbete eller ej. Patienten/vårdkonsumenten fick vidare besvara frågan: "Om du finge välja, när skulle du då vilja komma till läkarmottagningen?" Svartalternativen omfattade tiden klockan 07-21.

1152 frågeformulär insamlades. Av dessa var 3 stycken ej bearbetningsbara, enär inget tidsalternativ förprickats av den svarande. Vidare var 76 enkätformulär ofullständigt ifyllda och/eller hade flera tidsalternativ ifyllda. 38 personer hade angivit flera tidsalternativ

för tidpunkt för läkarbesök. 5 av de svarande var barn under 15 års ålder.

I tabell I återfinns samtliga 1.149 svarandes önskemål om besökstid på läkarmottagningen. I den fortsatta bearbetningen har dock exkluderats de ofullständigt ifyllda formulären, formulären med flera svarsalternativ samt de 5 barnen. Svarspopulationen kom sålunda att omfatta 1.068 personer 15 år och äldre. (Tabell II.) Befolkningen i samma ålder i betjäningssområdet uppgår till 6.548 personer. Enkäten kom alltså att besvaras av 16,3 procent av den vuxna befolkningen. Andelen ålderspensionärer i samma befolkning uppgår till 1.490 personer, det vill säga 23 procent. Ålderspensionärerna i svarspopulationen utgör däremot 30,1 procent.

I betjäningssområdet för hälsocentralen utgör kvinnorna 49 procent av befolkningen 15 år och äldre. I svarsaterialet är kvinnorna överrepresenterade och utgör 63 procent. Detta beror huvudsakligen på att det framför allt är kvinnorna, som står för vård och omsorg i familjerna och till exempel följer med barnen till läkarmottagning och BVC.

Av männen var 198 förvärvsarbetsande, vilket motsvarar 84 procent av männen i åldrarna 15-64 år. Av kvinnorna var 319 förvärvsarbetsande, vilket motsvarar 62 procent. Enligt folk- och bostadsräkningen 1980 var 84,9 procent av männen och 62,2 procent av kvinnorna i denna ålder förvärvsarbetsande. Proportionerna mellan förvärvsarbetsande och ej förvärvsarbetsande i svarspopulationen överensstämmer sålunda väl med förhållandena i samhället. Befolkningen i åldern 15-64 år uppgick till 5.058 i betjäningssområdet.

Resultat

Patienterna/vårdkonsumenterna fick besvara frågan: "Om du finge välja, när skulle du då vilja komma till läkarmottagningen?" Svartalternativen omfattade tiden klockan 07-21 och framgår av tabell I. Detta överensstämmer med den tid läkares ordinarie arbetstid kan förläggas helgfri måndag-fredag enligt nuvarande avtal. Som synes gjordes ingen uppdelning av tiden 08-16, eftersom det inte torde komma ifråga att hålla mottagningen stängd någon del av den tiden.

Tabell I visar en påtaglig skillnad i svaren från de som har förvärvsarbete och de som saknar. Bland icke förvärvsarbetsande ville en överväldigande majoritet, nämligen 82 procent, komma

mellan klockan 08–16. Av de förvärvsarbetande ville hälften, 49,7 procent, komma under den tiden. I stället ville så mycket som 21,1 procent av de förvärvsarbetande helst förlägga sitt läkarbesök mellan klockan 07–08. Men morgontimmen var också påtagligt intressant för de icke förvärvsarbetande.

Tabellen visar på ett litet intresse för kvällsmottagning efter klockan 18. Tiden mellan klockan 16–18 efterfrågas huvudsakligen av förvärvsarbetande. Av samtliga 180 svarande, som vill komma efter klockan 16, är 84 procent förvärvsarbetande.

Ålderspensionärerna, vilka utgör 57 procent av gruppen ej förvärvsarbetande, vill besöka doktorn före klockan 16. Endast 4 av samtliga 322 ålderspensionärer har uttryckt önskemål om tid efter klockan 16. Däremot vill hela 15 procent få tid mellan klockan 07–08.

I tabell III redovisas de förvärvsarbetandes önskemål fördelat på män respektive kvinnor. Påtagligare skillnad mellan könen föreligger som synes för tidsintervallet klockan 07–08, där faktiskt en fjärdedel av de förvärvsarbetande männen vill förlägga sitt läkarbesök. För icke förvärvsarbetande gäller att 16,3 procent av männen och 10,8 procent av kvinnorna vill göra läkarbesöket mellan klockan 07–08.

Diskussion

De tre ovan nämnda undersökningarna är utförda på litet olika sätt. Sålunda har till exempel enkäten i Falun insamlats också under jourtid på kvällar och helger. I Vellinge och Edsbyn har enkätformulären insamlats vardagar 08–17. Enkäten i Edsbyn omfattar förutom besökande på läkarmottagningarna också de besökande på distriktssköterskemottagningen, BVC och MVC. Enkätfrågorna och svarsalternativen är ej heller alldeles lika. Dessa olikheter i utförandet bedöms dock inte utsluta ett närmare jämförande av resultaten av enkäterna.

Resultaten från såväl Dalarna som Vellinge och Edsbyn visar entydigt, att pensionärerna är ointresserade av kvällsmottagning. De tre undersökningarna visar också, att befolkningen ej i nämnvärd omfattning efterfrågar kvällsmottagning efter klockan 19. Vidare syns yrkesverksamma framföra önskemål om kvällsmottagning i påtagligt större utsträckning än ej yrkesverksamma.

Studien i Edsbyn skiljer sig från de övriga genom att också undersöka patienternas intresse av att göra läkarbesök redan före klockan 08. Det visade sig då, att en oväntat stor andel av patienterna, nämligen 16,9 procent, ville komma mellan klockan 07–08. Av de förvärvsarbetande ville så mycket som 21,1 procent komma till doktorn redan före klockan 08, att jämföra med 11,8 procent mellan klockan 17–18 och 5,4 procent efter klockan 18. Av de förvärvsarbetande männen ville 24,7 procent komma mellan klockan 07–08!

Tabell I.
Procentuell fördelning av de svarandes önskemål om tid för läkarbesök.

Klockan	07–08	08–16	16–17	17–18	18–19	19–21
Förvärvsarbete	21,1	49,7	12,0	11,8	3,7	1,7
Ej förvärvsarb	12,8	82,0	2,3	1,4	1,3	0,2
Totalt	16,9	62,9	7,5	7,5	3,3	1,9

Tabell II.
Ålders- och könsfördelningen för de svarande.

Ålder	15–44	45–64	65–74	75–	15–
Män	116	120	87	67	390
Kvinnor	350	160	100	68	678
	466	280	187	135	1.068

Tabell III.
De förvärvsarbetandes önskemål om besökstid. Procentuell fördelning.

Klockan	07–08	08–16	16–17	17–18	18–19	19–21
Män	24,7	45,5	10,6	14,6	4,0	0,5
Kvinnor	18,8	52,4	12,9	10,0	3,4	2,5

Utgående från folk- och bostadsräkningen är antalet förvärvsarbetande i åldern 15–64 år 3.740, icke förvärvsarbetande i samma ålder 1.320. Ålderspensionärerna utgör 1.490. Totalantalet ej förvärvsarbetande är alltså 2.810 personer 15 år och äldre. Det finns inga skäl som direkt talar mot att svarspopulationen skulle vara representativ för befolkningen i betjäningområdet. Under förutsättning att den procentuella fördelningen av tidsönskemålen i enkäten sålunda är representativ för hela befolkningen, innebär det att omkring 1.190 vuxna av 6.548 efterfrågar morgonöppet klockan 07–08 på distriktsläkarmottagningen.

Edsby-enkäten visade alltså, att vårdkonsumenterna där snarare efterfrågade en "morgonmottagning" än en "kvällsmottagning". I vad mån detta sedan är giltigt också för andra orter kan givetvis diskuteras. Sannolikt kan befolkningens önskemål variera med bland annat näringslivets struktur, kommunikationer, befolkningens ålderssammansättning, sjukvårdsorganisationen inom området och lokala traditioner.

Hittills har satts likhetstecken mellan förlängt öppethållande och kvällsmottagning. Spri har också definierat förlängt öppethållande som en förlängning av mottagningstiden efter ordinarie öppethållande (1). De undersökningar som redovisats om ökad tillgänglighet och förlängt öppethållande har inte närmare undersökt befolkningens inställning till att få komma till läkarmottagningen före i dag ordinarie mottagningstid. Eftersom primärvårdens strävan bör vara att i möjligaste mån ge människorna service på deras egna villkor, finns det anledning att uppmärksamma behovet av att få komma på läkarbesök redan före klockan 08. Självfallet måste då också attitydundersökningar och patientenkäter i fortsättningen ge befolkningen möjlighet att inte bara uttrycka önskemål om "kvällsmottagning" utan också om "morgonmottagning".

Som en följd av den redovisade enkäten undersöks nu vid Edsbyns hälsocentral möjligheten till ett längre öppethållande genom att till att börja med öppna mottagningen klockan 07. I den mån ytterligare resurser kan tillföras planeras därefter en förlängning av mottagningstiden till klockan 18. Underlag bedöms idag inte föreligga för ett ytterligare förlängt öppethållande.

Referenser

1. Spri: Primärvårdens jour och beredskap med mera. Organisation och arbetsformer efter ordinarie öppethållande. Arbetsmaterial framtaget för Spri proj nr 3404. Dnr 209 P/80. Stockholm, 1983. (Stencil).
2. Bjarne, H: Kvällsmottagning vid vårdcentral. Principdiskussion. *AllmänMedicin* 1984;5: 19–20.
3. Johansson, C-A, Lithman, T: Attitydundersökning hos besökande vid en vårdcentral. *AllmänMedicin* 1984;5: 22–23.
4. Jonsson, L: Undersökning av befolkningens önskemål om distriktsläkarmottagningens i Edsbyn öppethållandetider. Edsbyn, Hälsocentralen, 1983. (Stencil).

Författarpresentation:

Leif Jonsson, distriktsläkare.

Postadress: Hälsocentralen, 828 00 Edsbyn

Abstract

The introduction of evening reception hours in primary care has become a matter of certain urgency in many localities. The knowledge is scarce, however, as to how great the need of evening reception hours actually is. In order to analyse the preferences of the public as regards the open hours of the District Health Centre an enquiry poll was for this reason undertaken at the Edsbyn Health Care Centre during weeks 28–39, 1983. Those visiting the Health Care Centre were asked at what time between 07.00–21.00 hours they preferred to visit the Health Care Centre. The care consumers in Edsbyn answered in a way indicating that they wanted early rather than late reception hours. As a direct consequence of the study the plans are now to have open hours at the Edsbyn District Health Care Centre already from 07.00 hours. The extension of the open hours to 18.00 comes second. The Edsbyn enquiry poll indicated that care consumers are only very slightly interested in open hours later than this.

Hjälp till självhjälp – en möjlighet för primärvården att ge råd åt kvinnor med urinläckage?

GULL-BRITT PERSSON

I Olofströms primärvårdsområde med 15.500 invånare genomfördes en prevalensstudie och ett behandlingsprogram omfattande 72 kvinnor med urinläckage. 20 procent av kvinnor över 40 år, som sökte vårdcentralen, hade dagliga besvär med urininkontinens. Avsikten med undersökningen var dels att utarbeta ett hjälpprogram med enkla behandlingsmetoder och råd, dels att öka antalet vårdgivare i sjukvårdsorganisationen som kan ge denna hjälp.

Nyckelord: Primärvård, urinvägsläckage, prevalens, behandling, vårdprogram.

"Hjälp till självhjälp" för kvinnor med urinläckage bygger på följande antaganden:

1. Med rätta instruktioner för träning av bäckenbottenmuskulaturen kan urinläckage hos många kvinnor helt eller delvis avhjälpas.
2. Kvinnor med täta trängningar och ofrivilligt urinläckage kan minska sina besvär genom blåsträning, bäckenbottengymnastik samt genom information för att bättre förstå orsaken till sina besvär.
3. Information om urindrivande medels verkan och tidpunkt för intagandet är viktigt för att minska besvären med ofrivilligt urinläckage.
4. Med en riktig information och speciell träning bör man kunna öka den inkontinenta personens sociala kontakter.

Material och metod

Under 31 dagar tillfrågades konsekutivt 373 kvinnor över 40 år som av någon anledning sökte vårdcentralen i Olofström, om de hade ofrivilligt urinläckage någon gång under dagen. 76 uppgav att de hade dagliga besvär med urinläckage.

Tabell I.

Fördelning av trängnings-, ansträngnings-, samt blandinkontinens.

	Antalet personer inom resp grupp			
	B:gr	K:gr	R:gr	Antal
Ansträngningsinkontinens	14	20	5	39
Trängningsinkontinens	2	1	2	5
Ansträngningsinkontinens + trängningsinkontinens	12	7	9	28

Patienterna indelades slumpmässigt i en kontrollgrupp (28 stycken). Tio patienter deltog av olika orsaker ej i undersökningen. Patienter från vårdcentralens gynekologmottagning (10 stycken) hänfördes till en remissgrupp. Sex patienter remitterades också från distriktsläkare eller dietist (bland dessa fanns ingen åldersgräns).

Kontrollgruppen fick, beroende på besvären, Recips schema för bäckenbottengymnastik utan instruktioner, samt besked om att återkomma om tre månader, då resultatet av den behandling/träning som gavs till patienterna i behandlingsgruppen var utvärderad.

Behandlingsgruppen, och remissgruppen (16 stycken), återkom minst tre gånger under behandlingsperioden. Beroende på patientens besvär genomgicks någon/några av nedanstående punkter:

– ingående *samtal* med patienten om hennes besvär, sociala situation och möjligheter att hjälpa henne. Ambitionen i samtalen var att stärka kvinnans självförtroende och uppmuntra henne till att arbeta med sig själv, fysiskt och psykiskt.

– *bäckenbottengymnastik*. Kvinnorna instruerades enligt ett program utarbetat av sjukgymnast Karin Medin. De kontrollerades vid varje återbesök, så att de utförde övningarna rätt.

– *blåsträning*. Målsättningen var att träna urinblåsan till att kvarhålla en större mängd urin innan kontraktionen utlöstes, samt att lära kvinnorna att tömma blåsan ordentligt vid miktation. Innan blåsträning inleddes instruerades patienten om bäckenbottengymnastik. Patienterna noterade på ett enkelt schema hur ofta de gick på toaletten i början och slutet på behandlingsperioden.

– *levnadsvanor*. Det klargjordes för patienten vilken inverkan övervikt, urindrivande drycker, vissa läkemedel och "trög mage" har på urininkontinens.

– *underlivshygien*. Patienten instruerades att använda en tvål med lågt Ph-värde.

– *hjälpmedel*. Till en del patienter utprovades lämpligt hjälpmedel, typ bindor och blöjor, med eller utan plast.

På kvinnor, som varit på gynekologisk kontroll de närmaste två åren och inte hade någon sjukdom (avvikande anamnes) som kunde orsaka deras urinläckage, kontrollerades endast urinen med Redia-test (U-protein, glykos, keton, erythrocyter) och Nitrittest.

Övriga kvinnor, som genom sin anamnes misstänktes ha någon bakomliggande gynekologisk åkomma, remitterades till gynekolog. I samråd med denne ordinerades fyra patienter Dienestrolkräm (två i behandlings- och två i remissgruppen). Under studieperioden påbörjades ingen antikolinergikabehandling.

Resultat

Utifrån patienternas anamnes, samt svaren på de fastställda frågeformulärens bedömdes fördelningen av patienterna med ofrivilligt urinläckage enligt tabell I.

Även de två patienterna i B-, respektive R-gruppen som registrerats som enbart trängningsinkontinenta hade ibland besvär vid ansträngningar, dock inte dagligen.

Hur besvärande patienterna själva upplevde sin situation framgår av tabell II.

Anmärkningsvärt var att endast tre patienter i B-gruppen och en patient i R-gruppen upplevde sina besvär mycket besvärande, eftersom det framgick av en annan fråga att 14 patienter i B-gruppen och 11 i R-gruppen var så beroende av toalett, att de inte kunde vistas utanför hemmet mer än högst tre timmar. Av dessa kunde sex patienter i B-gruppen och tre patienter i R-gruppen inte vara utan toalett mer än högst *en timma*. Efter träning i tre månader var tidsperioden mellan toalettbesöken förlängd, och som framgår av ta-

Tabell II.

Patienternas gradering av besvären.

	Antalet personer inom resp grupp			
	B:gr	K:gr	R:gr	Antal
Mycket besvärande	3	1	1	5
Besvärande	11	10	15	36
Ganska/knappast besvärande	14	17	0	31

bell III upplevde patienterna i B-gruppen och R-gruppen en klar förbättring.

Tabell III.
Patientens upplevelse av tidsperiodens längd för utevistelse oberoende av toalett.

	Före träning		Efter träning	
	B:gr	R:gr	B:gr	R:gr
< 1 tim	6	3	1	0
1-2 tim	5	4	3	0
2-3 tim	3	4	1	1
3-4 tim	0	0	4	6
Oberoende*) av tid	-	-	5	4
Antal	14	11	14	11

*) Patient som före träningen ej var beroende av toalett är ej medtagna.

Antagandet att rätta instruktioner för träning av bäckenbottenmuskulaturen kan avhjälpa urinläckage hos många kvinnor visade sig vara riktigt, oberoende av om kvinnorna hade enbart ansträngningsinkontinens eller både tränings- och ansträngningsinkontinens.

Före träningen fick samtliga kvinnor följande frågor:

"Hur ofta händer det att urin avgår ofrivilligt när du lyfter, hoppar eller springer?"

"Hur ofta händer det att urin avgår ofrivilligt när du nyser hostar eller skrattar?"

Efter tre månaders träning fick patienterna samma frågor.

Resultaten framgår av tabell IV.

Diskussion

Av undersökningen framgår tydligt att träning av bäckenbottenmuskulaturen har stor betydelse för kvinnor med olika former av inkontinensbesvär. Helt säkert är också, att även kvinnor med täta träningsgångar går att träna till ett normalt miktionsmönster, vilket också Frewen visat i sina arbeten (1), samt Elder som använt sig av Frewens regim (2). "Hjälp till självhjälp" bygger på att patienten verkligen förstår vikten av att följa instruktionerna och inte ger upp, om resultaten uteblir den första tiden. Förtroende för vårdgivaren samt "positiv förstärkning" från henne/honom, då patienten rapporterar om förbättringar, är av stor betydelse för ett bra behandlingsresultat.

Urininkontinens är ett folkhälsoproblem vilket prevalenssiffran från Olofström visar. 20 procent av kvinnor över 40 år, som söker vårdcentralen, har dagliga besvär av urininkontinens!

Tabell IV a.
Bäckenbottenträningens inverkan på ofrivilligt urinläckage vid lyft, hopp och språng.

	Antalet personer inom resp grupp			Efter träning		
	Före träning	Efter träning		Förbättrade	Lika	Försämrade
	Ibland	Nästan alltid	Alltid			
B:gr	8	9	11	23	5	0
K:gr	11	9	5	11	12	2
R:gr	2	5	7	12	2	0
Summa	23	23	23	46	19	2

Tabell V.
Bäckenbottenträningens inverkan på patient som alltid hade ofrivilligt urinläckage vid ansträngning.

	Ofrivilligt urinläckage vid lyft, hopp, språng			Ofrivilligt urinläckage vid nysning, hosta, skratt		
	Antal	Besvärs-	Förbätt-	Antal	Besvärs-	Förbätt-
B:gr	9	5	3	19	7	8
R:gr	7	3	1	9	2	6

I enkäten tillfrågades kvinnorna om de hade tänkt ta upp problemet "urininkontinens" med läkare. Av 72 patienter, som besvarade denna fråga, hade 23 tänkt göra det. 31 patienter hade någon gång tidigare nämnt sina besvär för någon sjukvårdskunig person. Av dessa var endast två helt nöjda med den hjälp de hade fått. Orsakerna till att inkontinensproblemet är en "dold sjukdom" varierar. Många rapporterade vid samtalen att de kände sig generade över sin situation, andra hade hört talas om drastiska behandlingsmetoder, såsom operation, "rör i blåsan", "elektriska stötar" genom batteri i slidan med flera avskräckande åtgärder.

Efter en enkel screening för bakomliggande sjukdom, vilket är en del i vårdbehandlingsprogrammet "Hjälp till självhjälp", kan goda resultat med enkla metoder uppnås. Detta kräver fördjupade kunskaper i inkontinensproblematik och ett bra samarbete mellan sjuksköterska-läkare. Sjuksköterskan i primärvården kommer ofta i kontakt med kvinnor med inkontinensproblem, och behandlingsprogrammet vill ge henne ett stöd i dessa situationer. Osäkerheten om vilken hjälp han/hon kan ge bidrar till att sjuksköterskan inte som rutin tar upp problemet med patienten. Häri brister också allmänläkaren.

På allmänläkarmottagningen i Olofström kan distriktsläkaren remittera dessa patienter till distriktssköterskan, som svarar för det praktiska genomförandet av "Hjälp till självhjälp". Personalen på gynkonsultmottagningen fångar upp många kvinnor med inkontinensbesvär och i samråd med gynekologen kan barnmorskan träna patienten och då ha god användning av "Hjälp till självhjälp". I väntrummet på vårdcentralen finns upplysningar om att patienter med urinläckage kan tala med sin läkare, distriktssköterska eller ta upp problemet vid besök på gynekologisk mottagning. I ett egenvårdsprogram (3) med bland annat handböcker i egenvård behandlas också frågor om urininkontinens.

Tabell IV b.
Bäckenbottenträningens inverkan på ofrivilligt urinläckage vid nysning, hosta eller skratt.

	Antalet personer inom resp grupp			Efter träning		
	Före träning	Efter träning		Förbättrade	Lika	Försämrade
	Ibland	Nästan alltid	Alltid			
B:gr	4	5	19	22	6	0
K:gr	4	14	10	15	12	1
R:gr	2	5	9	14	2	0
Summa	10	24	38	51	20	1

Sammanfattning

Hjälp till självhjälp är en mycket enkel behandlingsform, som i de flesta fall bör vara den primära. Den hjälper ofta patienten att förbättra sin situation både socialt och medicinskt. *Sjukvårdspersonal håller kontakt med patienten hela tiden och kan därför remittera henne till rätt specialitet vid behov.*

Programmet "Hjälp till självhjälp" kan rekommenderas från Utvecklingsenheten, Vårdcentralen, Olofström liksom foldern "Träning av bäckenbottenmuskulaturen", som kan användas till kvinnor i förebyggande syfte på BB-avdelningar eller gymmottagningar. "Urinläckage - dess orsaker och behandlingsmöjligheter" är en kort information som samtliga patienter i undersökningen erhöll och som också kan rekommenderas från enheten.

Litteraturförteckning:

1. Frewen, WK. The management of Urgency and Frequency of Micturition. British Journal of Urology, 52, 367-369, 1980.
2. Elder PP, Stephenson T P. An assessment of the Frewen Regime in the Treatment of Detrusor Dysfunction in Females. British Journal of Urology, 52, 461-467, 1980.
3. Järhult B, Persson G B, Hansson C. Egenvård och självmedicinering i ett primärvårdsområde. Läkartidningen 1982;79: 4.841-4.844.

Abstract

A prevalence study and a treatment programme comprising 72 women suffering from urinary incontinence has been undertaken in the Olofström primary care district with in all 15.500 inhabitants. 20 % of the women over 40 who visited the District Health Care Center suffered from daily incontinence trouble. The purpose of the study was partly to draw up a support programme offering simple remedial methods and advice and, partly, increase the number of nursing units within the Public Health Organization capable of providing this assistance.

Författarpresentation:

Gull-Britt Persson*, sjuksköterska och vid tiden för undersökningen projektsekreterare vid Olofströmsprojektet, numera Utvecklingsenheten för primärvård i Blekinge.

*Postadress: Vårdcentralen, 293 00 Olofström

Dödlighet i cerebrovaskulära sjukdomar hos kvinnor i Älvdalens kommun

HÅKAN BOLIN · MATS GRANVIK

För att närmare analysera en påvisad 100-procentig överdödlighet i cerebrovaskulär sjukdom hos kvinnor 15-74 år i Älvdalens kommun granskades journaler och dödsbevis för samtliga kvinnor som avlidit med diagnosen under en tioårsperiod. Hälften av kvinnorna hade känd hypertoni, som i många fall var otillräckligt kontrollerad och behandlad. Möjligheten att effektivt spårandet och omhändertagandet av hypertoniker diskuteras. Sammanställningen av data från dödsbevis och journaler kan användas som ett enkelt underlag för verksamhetsförändringar i den lokala hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Nyckelord: Mortalitet, register, prevention, kommundiagnos, Dalarna.

Introduktion

Möjligheten att använda dödsorsaksstatistik som ett underlag i hälso- och sjukvårdsplaneringen har blivit alltmer uppmärksammas (4, 5).

Rapporten "Dödligheten i Kopparbergs län under perioden 1969-1978" beskriver dödsorsakernas utbredning och omfattning på läns- och kommunnivå (1). I rapporten framkommer bland annat att Älvdalens kommun har ett avvikande dödlighetsmönster. Särskilt anmärkningsvärd är den höga dödligheten i självmord hos män. Denna har tidigare blivit föremål för undersökning och analys (2, 3, 8). Även dödligheten i cerebrovaskulär sjukdom hos kvinnor är långt över den förväntade. Mer än dubbelt så många kvinnor mot förväntat jämfört med länet som helhet avlider i cerebrovaskulära sjukdomar. Att suicidfrekvensen är hög stämmer väl överens med kliniska erfarenheter. Däremot är den statistiska observationen att dödligheten i cerebrovaskulär sjukdom hos kvinnor skulle vara påtagligt ökad ej kliniskt uppmärksammas.

Älvdalens kommun är en glesbygdskommun som omfattar hela nordvästra Dalarna. I kommunen bor cirka 8.500 invånare. Älvdalen är kommun-

centrum medan Särna och Idre är kommundelscentra. Norra kommundelen med Särna och Idre utgör ett läkardistrikt med vårdcentral i Särna. I Älvdalen finns vårdcentral som ger hälso- och sjukvårdsservice för södra kommundelen. Närmaste sjukhus är Mora lasarett 4 mil från Älvdalen och 12 mil från Särna.

Granskning av dödsbevis och journalanteckningar

Den nu presenterade undersökningen (9) är ett försök att finna bakomliggande orsaker till för tidig död i cerebrovaskulär sjukdom hos kvinnor. Möjligen skulle man därmed kunna uppsåra riskpatienter och genom lämpliga åtgärder förhindra cerebrovaskulärt insjuknande.

Undersökningen skall också vara en kritisk granskning av dödsbevisen ur kvalitetssynpunkt.

Den orsakssökande och utvärderande ambitionen i studien ser vi för oss själva som en träning att arbeta efter den nya hälso- och sjukvårdslagens ambitioner. Redovisningen gör vi för att underlätta meningsutbyte i sak- och metodfrågorna.

Samtliga dödsbevis för de kvinnor som varit mantalsskrivna inom Älvdalens kommun och som avlidit i cerebrovaskulär sjukdom under tidsperioden 1969-1978 har rekvirerats från Statistiska Centralbyrån. I åldrarna 15-65 år och 66-74 år har, enligt uppgifter ur Statistiska Centralbyråns dödsfallsregister, 17 respektive 28 kvinnor avlidit i någon cerebrovaskulär sjukdom som underliggande dödsorsak.

Vi har valt att utifrån dödsbevis och journalanteckningar ställa samman, granska och bedöma den medicinska information som kan utläsas. Alla tillgängliga journalhandlingar har framskaffats från vårdcentralerna i Särna och Älvdalen. Senaste journalanteckningar och eventuella epikriser från senaste vårdtillfälle har också införskaffats.

Cerebrovaskulär dödlighet relaterad till kommunindel

17 dödsfall i diagnoserna cerebrovaskulära sjukdomar har registrerats bland kvinnor i Älvdalen i åldrarna

15-65 år. Om kommunen haft en dödlighet som länets, skulle det förväntade antalet varit endast 6 eller 7 fall.

12 av fallen hade sin hemort i kommundelen Älvdalen, 5 i Särna/Idre. Omräknat i förhållande till folkmängden i de aktuella åldrarna finner vi att proportionen blir ungefär densamma inom kommundelen Särna/Idre som för kommundelen Älvdalen. 1/3 avled under perioden 1969-73, 2/3 under perioden 1974-78.

Medelåldern bland de avlidna i åldersintervallet är 53 år i Älvdalen och 58 i Särna/Idre.

28 kvinnor i åldersgruppen 66-74 år har avlidit på grund av cerebrovaskulär sjukdom under perioden. Om dödligheten varit identisk med vad som gäller för länet som helhet, skulle antalet ha varit endast hälften.

19 av de avlidna hade sin hemort i kommundelen Älvdalen, nio i Särna/Idre. Ungefär lika många har avlidit under femårsperioderna 1969-1973 och 1974-1978 såväl i hela kommunen som i kommundelarna.

Cerebrovaskulär dödlighet och obduktion

Samtliga 5 avlidna i åldrarna 15-65 år i Särna/Idre har obducerats (klinisk eller rättsmedicinsk obduktion), medan motsvarande för kommundelen Älvdalen är 7 av 12. Det är alltså ofta som diagnosen cerebrovaskulär dödlighet grundats på annat än obduktion i kommundelen Älvdalen, särskilt gäller detta under åren 1969-73. 16 av totalt 17 dödsbevis har skrivits ut av läkare verksamma utanför de avlidnas hemortskommun.

71 procent av de kvinnor som under tidsperioden 1969-1978 avlidit i cerebrovaskulär sjukdom i åldrarna upp till 65 år har fått diagnosen fastställd efter obduktion. Obduktionsfrekvensen i åldrarna 66-74 år är lägre, 43 procent. Även i detta åldersintervall är diagnosen grundad på obduktion vanligare i Särna/Idre än i kommundelen Älvdalen.

Av de 28 utfärdade dödsbevisen över avlidna i åldrarna 66-74 år har 18 utfärdats av sjukhusanknutna läkare, resterande 10 av provinsialläkare/distriktsläkare. Ingen av provinsialläkarna/distriktsläkarna har använt sig av

obduktion som grund för dödsorsaksuppgifterna. Skillnaderna mellan kommundelarna vad gäller läkare som utfärdat dödsbevis är obetydliga.

Cerebrovaskulär dödlighet och bidragande dödsorsak

Provinsialläkare eller distriktsläkare har på samtliga dödsbevis de utfärdade (11 st av de totalt 45) angivit minst en bidragande dödsorsak. För sjukhusanknutna läkare gäller detta i mindre utsträckning. På 56 procent av dödsbevisen utfärdade av sjukhusläkare finns bidragande dödsorsak angivet. För senare delen av undersökningsperioden finns sådan orsak noterad av sjukhusläkare i endast 38 procent av fallen.

Vid jämförelse mellan dödsbevis och journalhandlingar beträffande bidragande dödsorsaker eller bakomliggande riskfaktorer framkommer, att en betydande underskattning sker om dödsbevisen enbart tas som bedömningsgrund (tabell I). Särskilt gäller

Tabell I.
Riskfaktorer eller bidragande dödsorsaker i olika åldersgrupper, angivna i journal respektive på dödsbevis.

	Dödsbevis	Journal
15-65 år: 17 avlidna		
Hypertoni	6	9
Diabetes	4	4
Övervikt	1	3
66-74 år: 28 avlidna		
Hypertoni	5	14
Diabetes	4	6
Övervikt	1	3
15-74 år: 45 avlidna		
Hypertoni	11	23
Diabetes	8	10
Övervikt	2	6

detta hypertoni som i 3 av 9 fall saknas som bidragande dödsorsak i åldersgruppen 15-65 år. I ännu högre grad saknas hypertoni diagnosen på dödsbevisen i åldersgruppen 66-74 år, nämligen i 9 av 14 fall. I hela gruppen 15-74 år förekommer känd hypertoni enligt journalhandlingar hos hälften av de avlidna i cerebrovaskulär sjukdom. På dödsbevisen har hypertoni diagnosen angivits i knappt hälften av dessa kända fall. 22 procent av de avlidna hade känd diabetes, 13 procent hade övervikt. Det är måhända tveksamt om övervikt kan betraktas som riskfaktor för cerebrovaskulär sjukdom. Övervikt har väl mera en indirekt betydelse genom kopplingen mellan övervikt och högt blodtryck. 6 av 17 avlidna i gruppen 15-65 år saknar kända riskfaktorer. 5 av dem har avlidit till följd av subarachnoidalblödning, vilket verifierats vid obduktion.

Behandling av hypertoni

Av journalhandlingarna framgår att cirka 10 av de 23 avlidna med känd hypertoni läkemedelsbehandlats inadekvat (6 patienter) eller ej alls (3 patienter) trots höga blodtrycksvärden. Del-

vis skulle detta kunna förklaras av dåliga uppföljningsrutiner, patienter tycks ha "tappats" bort, och dåligt samarbete öppen - slutet vård. Exempel finns där man vid sjukhusvistelse satt ut antihypertensiva medel och sedan inte följt upp patienten med vidare kontroller. Flera (6) exempel finns från primärvården där man av oförklarliga skäl accepterat blodtrycksvärden i storleksordningen 200/115 och 220/115. Dessa patienters blodtrycksnivåer är så uppenbart förhöjda att närmare diskussion utifrån WHO-kriterier med mera ter sig överflödigt. En patient fick diagnostiserat högt blodtryck vid screening 1973 men följdes inte upp.

Tidigare känd cerebrovaskulär sjukdom

8 av 45 (18 procent) avlidna har tidigare i livet drabbats av en eller flera cerebrovaskulära incidenter. 4 av dem har sedan lång tid vårdats på sjukhem. 6 av 8 hade diabetes.

I dessa 8 fall med tidigare känd cerebrovaskulär sjukdom har dödsorsaken också registrerats som sådan på grund av den prioritering av diagnoser som görs vid Statistiska Centralbyrån. I själva verket dog dessa patienter av annan omedelbar orsak medan den cerebrovaskulära sjukdomen drabbat dem långt tidigare. Tidigare cerebrovaskulärt insjuknande kan om man så vill karakteriseras som riskfaktor för död i cerebrovaskulär sjukdom.

Diskussion och slutsatser

I Älvdalens kommun har under perioden 1969-1978 noterats en drygt 100-procentig överdödlighet i cerebrovaskulär sjukdom hos kvinnor i åldrarna 15-74 år. Detta innebär om dödligheten i Älvdalen varit som den som gäller för länet, som för övrigt uppvisar en knapp 20-procentig överdödlighet gentemot riket (1), att 20 kvinnor fler än förväntat avlidit. Granskning av journalhandlingar visar att dödsbevisen beträffande huvuddiagnos cerebrovaskulära sjukdomar som grupp tycks ha en relativt hög grad av validitet, vartill den ändå rätt höga obduktionsfrekvensen bidrar. Antalet haemorrhagier och subarachnoidalblödningar har också kunnat specificeras på ett tillfredsställande sätt. Däremot har dödsbevisen låg validitet när det gäller bidragande dödsorsaker. I endast knappt hälften av fallen med känd hypertoni har diagnosen angivits på dödsbevisen. Orsaken till detta är säkert ofta att läkaren som utfärdat dödsbevis ej haft tillgång till samlad information om patientens tidigare sjukdomar. Ett försök att statistiskt korrelera död i cerebrovaskulär sjukdom med bidragande hypertoni med hjälp av dödsbevis som enda informationskälla ger enligt vår studie en betydande underskattning.

Sjukhusläkare utnyttjar ofta obduktionsmöjligheten som hjälp vid fastställande av dödsorsak. Detta gäller emellertid sällan distriktsläkare. Rimligtvis bör därför sjukhusläkarnas

diagnoser beträffande omedelbar dödsorsak vara mera tillförlitliga. Å andra sidan anger distriktsläkarna i betydligt högre utsträckning bidragande dödsorsak.

Det intressanta, som vi ser det, är inte om Älvdalens kommun verkligen har en förhöjd frekvens av kvinnor avlidna i cerebrovaskulära sjukdomar, det vill säga att justera den 107-procentiga överdödligheten till en, exempelvis, 83-procentig. Mer intressant är att försöka slå fast om faktorer i hälso- och sjukvårdsutbudet kan tänkas ha påverkat "överdödligheten" och ta detta som utgångspunkt för inriktning och organisation av det framtida arbetet med de cerebrovaskulära sjukdomarna och riskfaktorerna.

Vår undersökning har visat att hypertoni förekommer hos drygt 50 procent av samtliga kvinnor som avlidit i cerebrovaskulär sjukdom och hos 65 procent av dem som avlidit i hjärnblödning. Om hypertoni är vanligare i Älvdalens kommun än annorstädes kan inte vår undersökning avgöra.

Det kan i sammanhanget vara intressant att notera att en studie som gjorts över förbrukningen av hypertoniemedel visade att denna i bland annat Älvdalens kommun är lägre än i andra områden i landet (6). En enkätstudie av hypertoniker och deras levnadsvanor i Älvdalen visade att närapå samtliga av de som besvarade enkäten tog någon form av blodtryckssänkande medicin (7). Flera misstänkte biverkningar av medicineringen, oftast trötthet. Få av hypertonikerna uppgav sig bedriva regelbunden motion på fritiden. Mer regelbundna motionsvanor borde kunna vara ett vettigt komplement till blodtrycksmedicineringen och en åtgärd mot förekommande "stress" och trötthetskänslor. Det kunde noteras att betydligt färre kvinnor rapporterar med högt blodtryck. Om detta beror på att kvinnornas situation uppmärksammas i en omotiverat låg utsträckning klargör emellertid inte studien. De citerade studierna och våra egna iakttagelser från dödsfallsanalyserna motiverar en "uppdatering" av blodtrycks-situationen i kommunen. Blodtrycksmätning vid varje läkarbesök oavsett besöksorsak skulle kunna kasta ljus över den aktuella blodtryckssituationen bland både kvinnor och män.

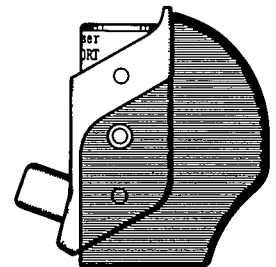
Flera obehandlade eller sporadiskt kontrollerade hypertoniker har upptäckts. Ett mer systematiskt omhändertagande av dessa hade måhända kunnat ge ett lägre dödstal, åtminstone i de lägsta åldrarna. Varför så pass många som 10 av 23 avlidna med känd hypertoni ej stått under kontinuerlig kontroll eller givits någon form av behandling har vi inte kunnat finna säkra motiv för. Förhållandet bör enligt vår mening uppmärksammas i planeringen av det framtida omhändertagandet av hypertonikerna inom upptagningsområdena. I behandlingen bör regelbundna motionsvanor diskuteras som

"Blommar'u häggjävvel?"

1984



Kolingen av Albert Engström.



Rhinocort[®] vid hösnuva.

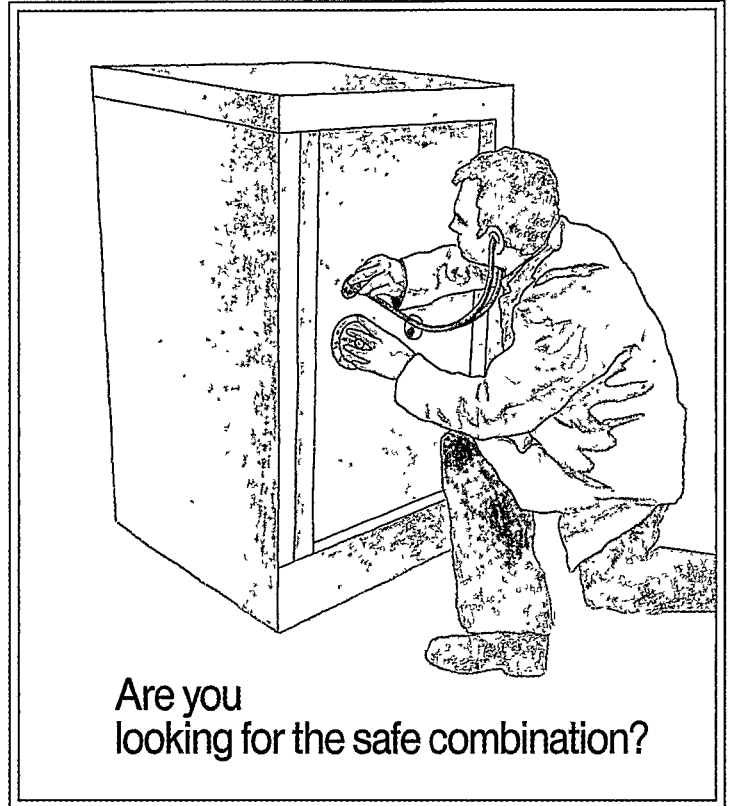
budesonid — kortikosteroid för lokal rinitbehandling

AB Draco, Box 1707, 22101 Lund. 046/117190.

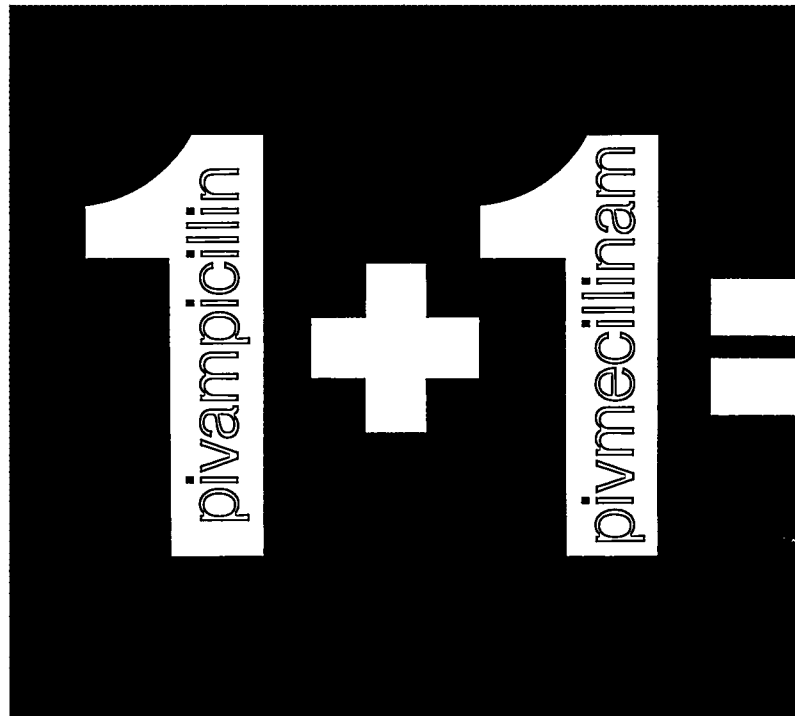


Witrix

pivmecillinam + pivampicillin

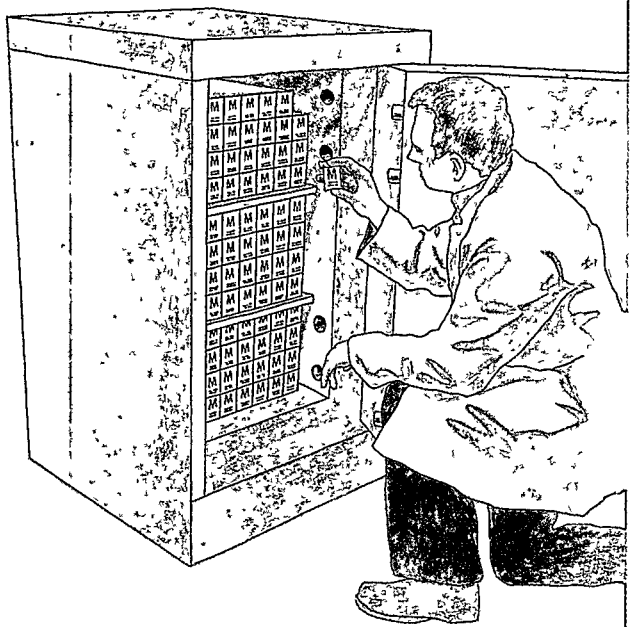


Are you
looking for the safe combination?



— penicillinkombinationen

Snabbare baktericid effekt
Kompletterande antibakteriella spektra



Miraxid® — the safe combination.

Nytt
läkemedel

Miraxid® Tabletter

Pivmecillinam + pivampicillin

R
Grupp 7B 4020

Deklaration. 1 tablett MIRAXID innehåller: Pivmecillinam, hydrochlorid, 200 mg pivampicillin, 250 mg, constit q.s.

1 tablett MIRAXID MITE innehåller: Pivmecillinam, hydrochlorid, 100 mg, pivampicillin, 125 mg, constit. q.s.

Egenskaper. MIRAXID är ett antibakteriellt medel som består av två penicillinestrar, pivmecillinam och pivampicillin, som vid absorption från mag- tarmkanalen hydrolyseras till antibakteriellt aktivt mecillinam och ampicillin. Båda dessa penicilliner har baktericid verkan genom att hämma bakteriernas cellväggsyntes, men angreppspunkterna är olika.

Kombinationen pivmecillinam och pivampicillin har en snabbare baktericid verkan än enkelkomponenterna och medför minskad risk för resistensutveckling. MIRAXID förenar mecillinams höga aktivitet mot gramnegativa stavar med ampicillins höga aktivitet mot gramnegativa kocker och grampositiva bakterier och har således ett brett antibakteriellt spektrum med effekt mot bla streptokocker inklusive *Streptococcus faecalis* (enterokocker), *Staphylococcus saprophyticus*, icke β -laktamasproducerande stammar av *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Salmonella*, *Shigella* och *Yersinia*. Vidare erhålles ofta synergistisk effekt mot bakterier inom släktet *Enterobacteriaceae* och mot *Haemophilus influenzae*.

Penicillinasproducerande stafylokocker, β -laktamasproducerande gramnegativa bakterier, *Pseudomonas* samt *Bacteroides fragilis* är resistent. MIRAXID absorberas nästan fullständigt från magtarmkanalen. Efter intag av 1 tablett MIRAXID uppnås efter ca 1 timme maximala serumkoncentrationer på ca 3 μ g/ml mecillinam respektive ca 8 μ g/ml ampicillin. Plasmahalveringstiden är för båda substanserna ca 1 timme. Proteinbindningsgraden är 5–10% för mecillinam och 15–20% för ampicillin.

Substanserna elimineras framför allt renalt. Inom loppet av 6 timmar utskiljes i urinen i aktiv form 40–50% av administrerad dos mecillinam respektive 70–80% av ampicillin, varför höga urinkoncentrationer uppnås. Vid nedsatt njurfunktion är eliminationen fördröjd. Vid ett kreatininclearance av 30 ml/min är plasmahalveringstiden 3–4 timmar. Vid hemodialys är halveringstiden för ampicillin och mecillinam ca 2 timmar. Då MIRAXID liksom andra penicilliner har mycket låg toxicitet, är dosreduktion normalt ej nödvändig vid nedsatt njurfunktion.

Indikationer. Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för MIRAXID, tex övre urinvägsinfektioner och komplicerade nedre urinvägsinfektioner.

Kontraindikationer. Överkänslighet mot penicilliner och cefalosporiner.

Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt \square .

Mecillinam passerar ej över i modersmjölk. Ampicillin passerar över i modersmjölk, men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

Biverkningar. Allergiska reaktioner i form av exantem och urtikaria förekommer i samma frekvens som vid behandling med ampicillin- och amoxicillinpreparat. Anafylaktiska reaktioner kan förväntas förekomma i samma låga frekvens som vid annan peroral penicillinbehandling. Illamående och lätta gastrointestinala besvär kan förekomma. Diarré är sällsynt. **Dosering.** MIRAXID kan tas oberoende av födointag, utan att absorptionen påverkas.

Vuxna: 1 tablett MIRAXID 3 gånger dagligen.

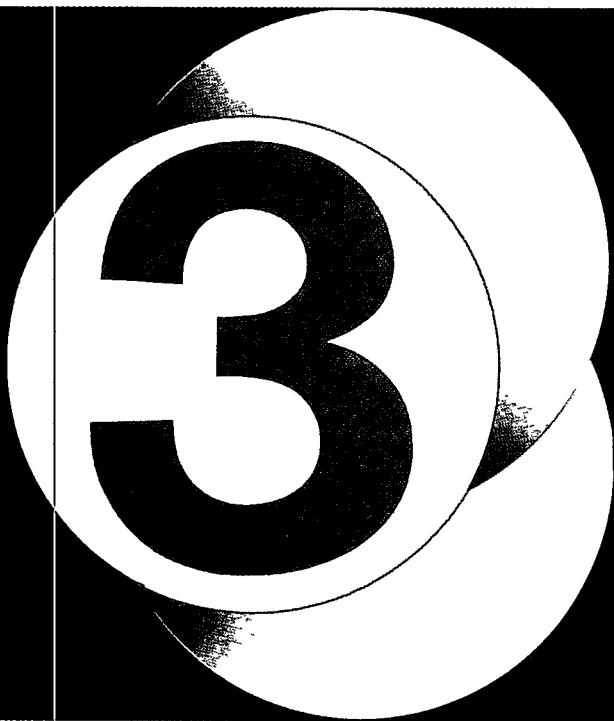
Barn 5–10 år: 1 tablett MIRAXID MITE 3 gånger dagligen.

Barn > 10 år: 2 tabletter MIRAXID MITE eller 1 tablett MIRAXID 3 gånger dagligen. Vid komplicerade infektioner ges dubbel dos. Tabletterna skall intagas med minst $\frac{1}{2}$ glas vätska.

Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt \square grupp 7B 05 Penicilliner.

Förpackningar. MIRAXID: *Tabletter* (vita, runda, tvåskiktade, filmdragerade), 30 st, 100 st.

MIRAXID MITE: *Tabletter* (vita, runda, tvåskiktade filmdragerade), 30 st, 100 st.



med synergistisk effekt

**Minskad risk för resistensutveckling
Låg toxicitet liksom andra penicilliner**



Lövens Läkemedel
Box 404 20124 Malmö

Gerner, G. Svenska provinsial- läkarföre- ningen 1880-1972.

Tierp 1975. Löjdquist Tryckeri AB

Det händer ibland, kanske alltför sällan, att man på nytt tar fram en bok ur hyllan och läser den omigen. Av olika orsaker hade jag anledning att göra det just med Göran Gerners bok om de svenska provinsialläkarna under 92 år. Den var avsedd att komma ut till 100-årsjubileet 1980, men Gerner var alltid snabb till handling och i detta fall dessutom burens av ett uppenbart engagemang i sitt uppdrag. Det märker jag nu mera än första gången jag läste den för 10 år sedan. Då tyckte jag att man snubblade fram genom beskrivningar av kommittéer, utredningar, uppväkningar och oftast resultatlösa petiti-

ner, allt under 300 år med monoton upprepning.

Men nu läser jag något annat. Med Gerners fina känsla för väsentligheter har han tillägnat boken "Sveriges provinsialläkare genom tiderna och deras hustrur", och antyder därmed ett förhållande som var så typiskt i många provinsialläkarefamiljer. Varken ekonomi eller arbetskraft skulle ha räckt till utan familjens insatser. En viss bitterhet över arbetsgivarens/statens ovilja och oförmåga att inse detta lysar igenom i klagoskrivelserna och mötesreferaten. Arbetet var ju tungt, inte bara genom obegränsad arbetstid och långa och obekväma färdvägar utan också genom att möjligheterna att bota och lindra var så begränsade och kravet att trösta följaktligen så stort. Ibland kan man bakom de formfulländade och litet snirklade ordvändningarna i skrivelser och rapporter utläsa en hetsig ilska över all orättfärdighet som människor utsattes för.

Nog tålde rapporterna att skrattas åt ibland i sina magistrala tonfall. Men mer att respekteras ändå för sina inslag av ömsint omtanke.

Och det är kanske just det som vid omläsning tänder intresset för en speciell egenskap hos det gamla provinsialläkarväsendet: Dess helhetssyn. Visserligen var den inte preciserad och

troligen av en annan innebörd än den individorienterade betydelse vi nu lägger i ordet. Men den var gripbar och uttryckte samma omsorg om människans välbefinnande både i hälsa och sjukdom.

Gerners flit och energi och hans stora kunnande har sammanfört till en häutig och viktig bok det väsentliga ur provinsialläkarnas 300-åriga historia. Han påpekar själv att det ligger en viss mening i att föra fram till 1972 och inte längre. Då övertog Svenska distriktsläkarföreningen dess roll, men också andra uppgifter, under helt nya förutsättningar. Eftersom det inte dröjde fullt 300 år innan dessa reformer genomfördes kom också Gerners bok fem år för tidigt. Det kändes litet tomt vid 100-årsjubileet 1980, men sakligt var det naturligtvis riktigt.

För svenska distriktsläkarföreningen och för allmänläkarna som skall gå vidare med utvecklingen av primärvården, är det viktigt att inte slå igen dörren till sin historia. Göran Gerners bok är en viktig nyckel till den dörren, och den borde nog bli kurslitteratur för allmänläkarna. Den bör i varje fall läsas av dem som i sitt dagliga arbete utformar dagens och framtidens historia för primärvården.

Gustav Haglund

komplement till blodtryckssänkande läkemedel.

Vår undersökning resulterar i tre huvudkonklusioner eller förslag:

1. Dödsbevisen kan tillsammans med journalanteckningar utgöra underlag för verksamhetsöversyner och ge incitament till verksamhetsförändringar.
2. Dödsbevisens kvalitet måste höjas för att kunna användas som tillförlitlig grundinformation inom epidemiologin.

Både öppenvårds- och slutenvårds-läkare bör samverka vid utfärdandet av dödsbevis. Obduktionsfrekvensen bör hållas hög.

Vi vill föreslå att obduktion görs i alla fall av så kallad för tidig död, i första hand dödligheten före 65 års ålder. Lämpligen kan preliminärt dödsbevis utfärdas och kopia gå till behandlande läkare som kompletterar med bidragande dödsorsaker. Sedan kopian returnerats utfärdas definitivt dödsbevis. Kopia av definitivt dödsbevis skickas till den vårdcentral som den avlidne tillhört och till behandlande läkare. Detta skulle ge en feedback till primärvården där varje för tidigt dödsfall kunde analyseras. Man skulle få nya infallsvinklar och större möjligheter till preventivt tänkande och agerande.

3. Blodtrycksbehandlingen inom kommunen måste organiseras bättre, om så ännu ej skett. Möjligheten av dispenseraktivitet eller liknande kan prövas. Kända hypertoner bör registreras på särskilt sätt och kallas regelbundet till kontroller. Speciell screening-

verksamhet torde vara överflödigt i ett första skede. Blodtryckskontroll för alla vuxna vid varje läkarbesök oavsett kontaktorsak bör först genomföras. Detta kan utföras av mottagningspersonal rutinmässigt och kräver inga exterraresurser. Under 1-2 år har de flesta inom en vårdcentral upptagningsområde sökt läkare av en eller annan anledning.

Referenser:

1. Granvik M: Dödligheten i Kopparbergs län under perioden 1969-1978, Kopparbergs läns landsting, maj 1981.
2. Bolin H, Granvik M: Själv mord bland män i Älvdalens kommun - En fallstudie, Kopparbergs läns landsting, maj 1982.
3. Bolin H, Granvik M: Att utreda och förebygga sjukdomar och skador - erfarenheter från Kopparberg, SFAM-nytt, nr 6, sid 206-210, 1982.
4. Dödsorsak? Dödsorsaksstatistik som underlag för planering, SPRI-rapport 122, 1983.
5. Floderus-Myrhed B, Höglund D: Epidemiologisk bevakning: 1, Fallgröpar vid analys av dödlighet i mindre geografiska områden, Statens Miljömedicinska Laboratorium, Rapport 2/81.
6. Grönqvist I: Hypertonins sociala orsaker, Läkartidningen, Vol 74, nr 45, sid 3968-3970, 1977.
7. Eriksson I, Granvik M och Grönberg N: Enkätundersökning om livssituation och levnadsvanor hos personer med högt blodtryck, Kopparbergs läns landsting, maj 1983.
8. Granvik M: Ett lokalt hälsoarbete utifrån en epidemiologisk strategi, Slutrapport, Kopparbergs läns landsting, 1982-10-29.

9. Bolin H, Granvik M: Dödlighet i cerebrovasculära sjukdomar hos kvinnor i Älvdalens kommun, Kopparbergs läns landsting, januari 1984.

Abstract

In order to analyse in more detail a documented 100-percent overmorbidity in cerebrovascular diseases among women aged 15-74 in Älvdalens local district a study was made of records and death certificates of all women diseased under this diagnosis during a ten-year period. Half of the number of women had suffered from confirmed hypertension which was in many cases insufficiently controlled and treated. A possibility of improving the efficiency in identifying and taking care of hypertensive persons is subjected to discussion. The break-down of data extracted from death certificates and records can be used as a basic back-up material for the instituting of changes in activities and procedures within the local Health and Medical Care Organisation.

Författarpresentation:

Håkan Bolin*, distriktsläkare och primärvårdsschef, Strömstad, tidigare verksam vid Särna vårdcentral.

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

*Postadress: Östra liden, 545 00 Strömstad, telefon 0526/114 57.

**Postadress: Landstingets kansli, Box 712, 791 29 Falun, telefon 023/860 00.

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, cifr. 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. Distorsioner. Luxationer. Traumatiska muskelsmärter. Myalgier. Fibrosit. Lumbago. Torticollis. Frakturer. Stresshuvudvärk. Menstruationsbesvär. Försiktighet. Med hänsyn till orfenadinets parasympatikolytiska 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 orfenadinets parasympatikolytiska 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

19189 Sollentuna, Sweden
08-7540080

3M

Sobril inom geriatriken



Rembrandt vid 62 års ålder, självporträtt.

Äldre tar ofta flera olika läkemedel

Samtidigt intag av flera läkemedel merför risk för interaktion. Denna risk är större för personer med nedsatt metabolisk kapacitet.

Den enkla metaboliseringen (glukuronidering) av oxazepam medför låg leverbelastning, vilket minskar risken för interaktion med andra läkemedel. Den reella känslighet som finns hos äldre för alla bensodiazepiner bör beaktas.

Sobril® (oxazepam)

tabletter 10 mg, 15 mg och 25 mg

Oxazepam är ett bensodiazepinderivat (ett anxiolytikum) med:

● mjukt insättande effekt ● enkel metabolism ● snabb elimination

△ ♦ Risk för tillvänjning föreligger. Reaktionsförmågan kan nedsättas vilket bör beaktas vid t ex bilkörning.

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