

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



ALLMÄNLÄKAREN
IFRÅGASATT

5
1984

MULTICENTER
STUDIER

Vad innehåller en dos Distalgesic?

Dextropropoxifen/paracetamol



Bred klinisk erfarenhet,
låg behandlingskostnad
och god tolerans.

DISTALGESIC Δ R Deklaration. 1 tablett innehåller: Dextropropoxyphen, hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. **Egenskaper.** Dextropropoxifenhydroklorid 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 dextropropoxifen eller paracetamol. Alkohol- eller sömnmedelspåverkan. **Försiktighet.** Preparatet bör ej förskrivas till patienter med kroniska alkoholbesvär eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstänkas. Dextropropoxifenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med kodein. **Graviditet och amning.** Kategori A. **Biverkningar.** Dextropropoxifen 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, avlänga, märkta DG): tryckpack 20 st, tryckpack 50 st, tryckpack 100 st.

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

Ledare:

Allmänläkaren som visste
för mycket.

Carl-Edward Rudebeck

188

Föreningsnytt:

Nya medlemmar i Svensk förening
för allmänmedicin

192

Scandinavian Society for
Genitourinary Medicine

192

Ny yrkesgrupp vill förbättra
våra kostvanor

192

Kurser och konferenser:

Riksstämman 1984

193

Program för nordiskt allmänläkar-
möte i Dalby sommaren 1985

195

Utbildning i allmänmedicin:

Några allmänläkares erfarenheter
av kandidathandledning.

Göran Westman, Bengt Mattsson

Leif Persson, Gunilla Risberg

Finn Rost och Margareta Troein

197

Infektioner i primärvård:

Streptokockodling med preliminär-
bedömning på vårdcentral.

Björn Olsson

203

Egenvård - Föräldrars behandling
av symptomet feber hos barn.

Niels C Jensen

204

Multicenterstudier:

En multicenterstudie i primärvård -
ekvipotensstudie med sotalol
jämfört med andra betablockerare.

Jan Kjellberg och

Margareta Strand-Jonsson

207

Primärvård i storstad:

Rapport från en patientregistrering vid
vårdcentralen Granen, nordöstra pri-
märvårdsdistriktet. *Tomas Lindblad*

211

Hypertoni:

Samband mellan självrapporterad
hypertoniheriditet, blodtrycksdistri-
bution och riskfaktorer i en popu-
lationsstudie av medelålders män.

*Erik Trelle, Nels-Christian Hen-
ningsen och Ingrid Mattiasson*

215

Hjärt- och kärlsjukdomar:

Psykosociala orsaker. *Anders Överby*

220

Debatt:

Primärvård med arbetsplatsanknuten
verksamhetsplanering - försök vid
Björknäs vårdcentral i Boden.

Kenneth Widäng

223

Distriktsläkarens uppgång och fall.

Bertil Hagström

224

Öppet brev till distriktsläkare

Margareta Strand-Jonsson

Kenneth Widäng

224

Svar till Kenneth Widäng.

224

Recensioner:

Ortopedisk primärvård.

Bengt Linder

226

Starka samband mellan fysisk
aktivitet och hälsa.

226

Ju mer vårdresurser desto mer
psykvård.

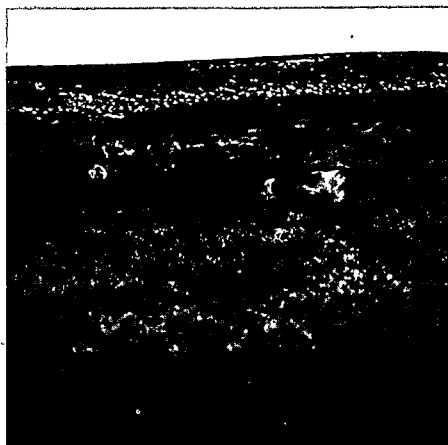
226

Klockaregården i Löt.

227

HS 90

229



Omslagsfoto: "Höst i Härjedalen" - Bo Haglund

Allmänläkaren som visste för mycket

Vidareutbildningen i allmänmedicin är en kompromiss. Ett huvudproblem var att komma överens om avvägningen i tid mellan sjukhustjänstgöring och allmänmedicinsk praktik. Allmänläkarkåren var i den frågan delad och så är den fortfarande.

Lars Agréus och Gudmund Eriksson, allmänläkare respektive FV-läkare i allmänmedicin, föreslår i Läkartidningen 18/84 ett utbildningsprogram med 9 månader allmänmedicin följt av 5 års sjukhustjänstgöring. De tre första åren efter erhållande av specialistkompetens föreslås bli förenade med handledning, projektarbete och viss formaliserad utbildning med beteendevetsenskaplig inriktning.

I detta nummer av "AllmänMedicin" pläderar Bertil Hagström för mera sjukhusutbildning för allmänläkare, eftersom deras tid för mottagningsarbete enligt honom blivit så beskuren att kompetensen hotas.

Den nya utbildningsgången i allmänmedicin har bara varit obligatorisk i två år och förhandlingarna fram till dess stadfästelse var segslitna. Det är därför knappast att vänta några större omstuvningar i den översyn av alla läkares vidareutbildning som nu påbörjas, men frågan om var och hur man bäst utbildar allmänläkare är i sjukhustraditionens Sverige ständigt högaktuell. *Ifrågasättanden av allmänläkarkompetensen duggar tätt och även socialstyrelsens chef sållade sig på läkardagarna i Örebro till tvivlarna.* Allmänmedicinern hamnar i en orättvis jämförelse med den specialiserade medicinen, eftersom kritiken ofta blundar för att felbedömningar ibland och oundvikligen göres i alla former av medicinsk verksamhet. Att strålkastaren så ensidigt riktas in på allmänmedicin är säkert nyttigt för självprövning och kvalitetsutveckling, men det upplevs också ansträngande av många allmänläkare. Som reaktion på ifrågasättanden och kritik, är därför en strävan efter allkunskap och ofelbarhet begriplig, men som yrkesambition är den helt orealistisk. Liksom andra yrkesutövare måste allmänläkaren begränsa sig, trots kunskapsområdets karaktär av tvärvetenskap och trots politikernas imponerande önskelistor och sjukhuskollegernas varnande pekfinger.

Eftersom varje begrepp i någon mening har sin tvetydighet och sina gränsproblem är det ofta klargörande att ta fasta på begreppets centrum. Det allmänmedicinska verksamhetsområdet är i Sverige till stora delar en produkt av en nyckfull avstyckningsprocess från sjukhusmedicinen. Det har därför kommit att definieras i periferins avgränsningsförhandlingar och inte utifrån det självklara centrum av kunskap som arbetet i närkontakt med de

oselekterade hälsoproblemen ger. Osäkerheten om allmänmedicinens identitet kan därför lätt förklaras, men i längden ändå svårigen accepteras. Primärvården står och faller med allmänmedicinens utveckling som självständigt kunskapsområde. Att många sjukhusspecialister aspirerar på tjänster vid vårdcentralerna rubbar inte detta förhållande.

Allmänläkarens kunskapsvandring

Att uppfattningarna är så delade om hur allmänläkare bäst utbildas avslöjar svårigheterna att på ett pregnant sätt beskriva allmänmedicinens vardag. Hittills tillgängliga klassifikationssystem är nyanslösa språk i förhållande till de problem som presenteras på en allmänläkarmottagning. Att procentsumman för diagnoserna ändå alltid blir 100 tyder därför mer på ordningssinne än objektivitet. Ordningssinnet är emellertid försätligt till sina följder. Både allmänläkarna själva och bedömare utanför disciplinen fås lätt att tro, att verkligheten har samma omedelbara logik som diagnosregistret och att därför breda medicinska baskunskaper räcker för att göra en bra allmänläkare.

Ett radikalt annorlunda perspektiv ger Thomasine Kushner i en artikel kallad "Doctor-patient relationships in General Practice a different model".* Hon hävdar att av 100 besök hos allmänläkare, endast 50 har distinkt patologi. Hos 35 av dessa är sjukdomen självläkande, 15 kräver medicinsk behandling för att avvärja lidande eller död. 5 av dessa kräver i sin tur remittering. 35 av de 50 utan patologi har psykosociala problem, 10 kommer inom ramen för hälsovård och i 5 fall är problemen av administrativ karaktär. Studien som siffrorna grundar sig på är gjord i USA och förefaller vara en omfattande inventering av allmänmedicinsk mottagningsverksamhet. Var man med en beskrivning i samma kategorier skulle hamna på en svensk allmänläkarmottagning låter sig naturligtvis inte omedelbart sägas. Remissfrekvensen på 5 % är dock en indikator på att Kushners siffror har ganska stor giltighet även här. *Patientproblem som är ospecifika i förhållande till traditionell medicinsk undervisning och praxis är lika vanliga på en allmänläkarmottagning som allvarliga och svåridentifierade sjukdomar är ovanliga.*

Även om vanliga sjukdomar också är vanliga på sjukhus, är konsekvensen av Agréus med fleras förslag att en betydande del av allmänläkarens utbildningstid ägnas åt sjukdomar han eller hon sällan eller aldrig kommer att möta. Med detta följer en i motsvarande grad ökad tyngd i efterutbildningen, ef-

tersom kunskaperna måste hållas aktuella. Det blir också nödvändigt att ha med sällsynta åkomor som viktiga diagnostiska alternativ i ett stort antal patientmöten, dels som omedelbar följd av uppfattningen om deras betydelse och dels för att inte förlora dem ur sikte. Eftersom tiden för både patientmöten och utbildning är begränsad, kommer mycket stor del av allmänläkarens mentala aktivitet att ägnas åt problem, som patienterna inte har. Patient och läkare talar och ser förbi varandra, eftersom den sistnämnda är kontinuerligt distraherad. Patientmajoriteten tvingas av patologin in i minoritetens fälla medan dess problem omges av ödslighet, ointresse och okunskap.

Kanske upplever Agréus, Eriksson och Malmström den här tolkningen av sina inlägg som orättvis. Det man propagerar för är ett "både och". Eftersom kompromissvilja allmänt hålles för en dygd låter ju detta bra. Det blir emellertid i längden svårt för allmänläkare att luta sig mot ett kunskapsområde som mer luktar förhandlingslösning än utgår från de självklara sambanden mellan praktik, reflektion och kompetens, som är professionalismens grund. *Med en ståndpunkt som säger, att vägen till allmänmedicinsk kompetens har sin huvudsakliga sträckning utanför allmänläkarens dagliga arbete, dömer man i själva verket allmänläkaren till en evig och vilsen vandring.*

Det friska

Om allmänläkaren i stället riktar sin uppmärksamhet mot människornas problem, som de språkligt och kroppsligt presenterar sig och som en verklighet i sig, som inte bara har betydelse i en tänkbar medicinsk bestämning, blir arbete och kunskapsutveckling ett. Symtombilder och orsaksmönster framträder på ett sätt, som bräcker murarna mellan kropp, själ och samhälle. *Helheten blir ingen arbetsam sammanfogning av delar som egentligen söker splittring utan en tvingande verklighet.* Det blir uppenbart, att man kan må på många olika sätt och även ha avgränsade symtom utan att vara sjuk. Ingående kunskaper om dessa upplevelsemässiga och fysiska variationer av det friska blir allmänläkarens egentliga kunskapscentrum. Nära centrum ligger de sjukdomar som på grund av sin vanlighet intar en viktig position bland de oselekterade problemen. Endast sjukvårdshistoria förklarar sjukhusklinikernas stora dominans inom kunskapsutbildning och undervisning på dessa områden och stora förändringar sker här redan med diabetes, hypertoni, rörelseapparatens sjukdomar, psykosomatiska sjukdo-

mar och urinvägs- och luftvägsinfektioner som värtaliga exempel.

En kärnpunkt i kritiken av allmänläkarutbildningen är den, som man bedömer, stora risken för att allvarliga och behandlingsbara sjukdomar förblir odiagnostiserade. Här måste det först och främst betonas, att förtroendet och prestige inte får förväxlas. Inget förtroende får vara så bräckligt att det försvinner med enstaka misstag. I så fall är ingen sjukvårdsorganisation värd förtroende.

Det är emellertid på inget sätt självklart att allmänläkaren befinner sig i underläge när det gäller att fånga allvarliga sjukdomar. Kunskapen om den stora variationsrikedomen av symptom i den friska befolkningen och om de vanliga sjukdomarna ger tillsammans med en begränsad uppsättning diagnostiska procedurer ett utomordentligt instrument för selektion av individer med stor sannolikhet för allvarlig sjukdom. Än slagkraftigare blir instrumentet om det ställs upp till rättvis jämförelse med en sjukvårdsorganisation som helt saknar en allmänmedicinsk första linje. Remisser grundade på en allmänmedicinsk bedömning av sannolikhet uttrycker också en frigörelse av allmänläkaren. Nödvändigheten att begränsa och effektivisera det medicinska kunskapsstoffet upplevs inte längre lika smärtsam.

I förhållandet till de stora patientgrupper som har diabetes och hypertoni blir också allmänmedicinens utgångspunkt i det friska framträdande. Till mottagningarna kommer människor i riskzon, ibland har de passerat den gräns som utifrån statistiska beräkningar ger ökad risk för kroppsliga komplikationer och förkortat liv. I de vidsträckta gränsområdena ger förändringar i livshållning och livsföring stora möjligheter till förbättrad hälsa. *Arbetsuppgiften här är att underlätta för människor att träffa val som gör att de stärker sin hälsa.* För de grupper som har manifesta symtom är den överordnade uppgiften att bidra till att deras jag, deras självkänsla och om möjligt deras sociala roll, bevaras intakt. Medicinsk terapi är ofta en förutsättning för framgång, men patienternas förmåga att mobilisera livsvilja är den grund, som alla behandlingsåtgärder vilar på.

Den kliniska traditionen

Allmänläkaren hämtar sin kunskap framför allt i patientmötena. Kunskapen utvecklas i reflektion och i efterutbildning, som är förankrad i vardagens problem, och omsätts sedan på nytt i patientkontakten. Här står allmänläkaren mitt i den kliniska traditionen, kanske som en av dess främste företrädare, eftersom samtal och undersök-

ning med ett minimum av teknologi så totalt dominerar mottagningsarbetet. Bertil Hagströms oro för följderna av nedgången i mottagningstid är därför mer än berättigad, men lösningen står inte att finna i mer tjänstgöring på sjukhus. I stället måste ytan för direktkontakt med befolkningen göras så stor som möjligt. Avvägningen i förhål-

lande till tidsåtgången för samarbete och administrativa uppgifter blir ibland svår, men självklart är det dugligheten i arbetet med de oselektade problemen som avgör allmänläkarens värde som sammanhållande kraft i primärvården.

Carl Edvard Rudebeck

*I Journal of Medical Ethics, 81/7.

AllmänMedicin

Manus-stopp

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1984/1985. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om den här proceduren skall hinna med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1985.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
6	15/10-84	48
1	1/12-84	2
2	15/1-85	9
3	15/4-85	21
4	10/6-85	37
5	31/8-85	41
6	15/10-85	48

Prislista för särtryck ur *AllmänMedicin* 1984/1985

	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 Rudebeck,
Mariehems vårdcentral,
Morkullavägen 9, 902 37 Umeå.
Tel 090/1245 09

Redaktionsadress:

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

Annonser:

MJ Annonsförmedling
Ahlströmergatan 18, n b 112 47 Stockholm.
tel. 08/51 21 13, 51 67 60

Prenumerationsavgift:

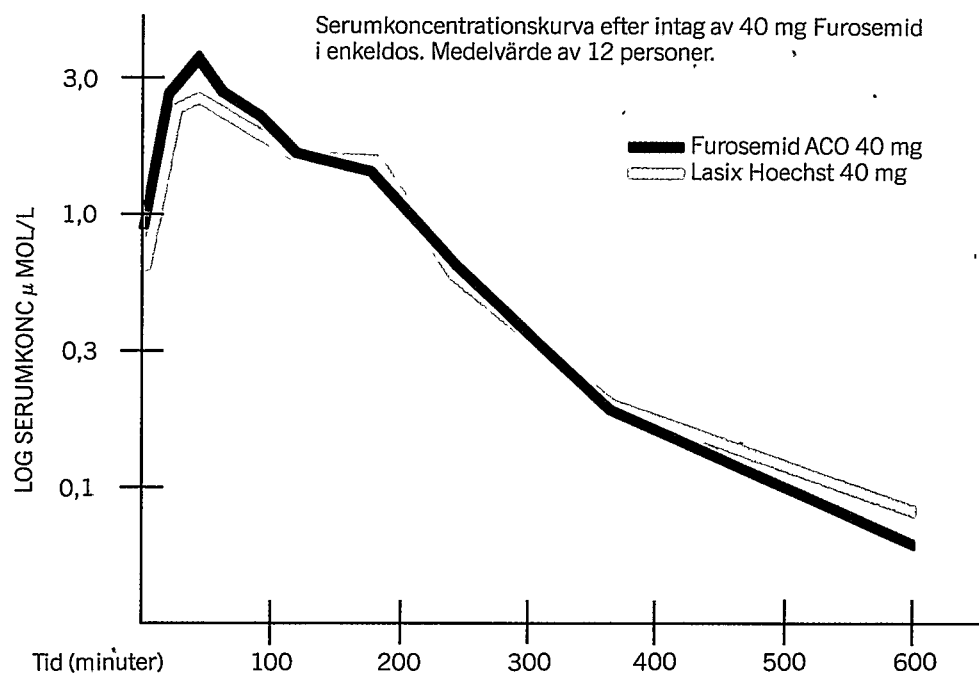
200 kr per år, för studerande 75 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmän Medicin).

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

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1984.

ISSN 0281-3513

Vilket furosemidpreparat skulle



Referenser: C Johansson: Den relativa biologiska tillgängligheten av Furosemid tabletter 40 mg (ACO) jämfört med Lasix tabletter 40 mg (Hoechst) efter enkeldosadministrering. ACO-rapport: 1983-04-15.

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.

Nya medlemmar i Svensk förening för allmänmedicin

Anders Lindroth, Ingrid Österberg, Mats Elm, Olafur Stefansson, Folke Lampén, Renee Löfqvist, Karin Fröjd, Svante Sima, David Sundberg, Peter Rosenberg, Ingvar Lidén, Thomas Nordberg, Knut Thorstensen, Anders Halvarsson, Bill Ny Lind, Angela Lindstam, Staffan Rönnberg, Ulla-Britt Andersson, Owe Hägg Lund, Bo Johansson, Birger Ossiansson, Jan For-
nander, Hans Hallberg, Måns Larsson, Anna-Karin Österlin, Per Ohlsson, Lis-Marie Hellman, Kerstin Rydeman, Göran Wåström, Matthias C Brian, Ulla Nordström, Margareta Gillbrand, Christer Kjell, Bo Kuylenstierna, Georg Dahlén, Mats Persson, Pertti Pihlflyckt, Lena Stigbrand, Inger By-
lén, Bengt Hesse, Tomas Stureson, John Eriksson, Ulf Salander, Lottie Al-
ling, Britt Andrén, Annelie Bergens, Sten Björnfelt, Inger Brunnström, Jo-
lanta Grundström, Mats Gustavsson, Annica Larsson, Lars Ljungdahl, Åke Lublin, Bengt Nilsson, Lars Pålsson, Regina Rodau, Birgitta Sträng, Claes-
Erik Sundqvist, Christina Tydén, Arnold Larsson, Ulf Dahlberg, Göran Blomqvist, Ingemar Carlsson, Birgitta Sterner-Jacobson, Monika Tufvesson, Björn Landström, Kari Björnstrand, Slawomira Gloss, Elisabeth Forsberg, Helen Walter, Ulf Johansson, Ingrid Gustafsson, Susanne Ekedahl, Anne Söderpalm, Gunilla Larsson, Petur-
Heimisson, Bodvar Sigurjonsson, Leif Olofsson, Fredrik Sandblad, Patrik Rydbeck, Anita Hjorth-Pettersson, Bernadette Nordlinder, Eva Nilsson, Michael Berggren, Harriet Olsson, Wetzstein, Lena Stenberg, Ulla Si-
gurdsson, Gabriel Bartfay, Maria Przedpelska, Bo Hedblad, Jan Norén, Anders Hulling, Börje Dahlén, Ronny Larsson, Kjell Ljungström, Lennart Lundin, Ulf Skogsegr, Karin Bengts-
son, Annika Falås, Anders Överby, Grels Naelsund, Jan Stillström, Ingrid Modéer, Henning Christensen, Fritz Eide, Michael Franzén, Barbro Krey, Torsten Graborn, Iris Denstedt-Stigze-
lius, Marie Holmqvist, Töres Theorell, Anders Danielsson, Börje Källgård, Gunnar Hellsten, Stig Henriksson, Anna-
Lena Ekedahl, Ingemar Hörnfeldt, Kaj Ohlson, Andrzej Havervall, Lisbeth Adner, Alejandro Plaza-Marchant, Jo-
han Alsén, Per M Berglund, Christina Nilzén, Gunvor Jacobsson, Amiéé La-
gercrantz, Young Hong Huan, Else-Marie Andersen, Peter Hultdt, Henry Säfström, Eva Gyllenhammar, Stig

Wellving, Göran Lindfors, Margareta Buhre, Karin Tomson, Carl Hoffman, Bernt Kjell, Eva Lissel, Kerstin Malmgren, Peter Nerman, Anita Segerslätt, Inger Wallin, Carl-Erik Voss, Kent Argus, Wlodzimierz Frodis, Peter Han-
son, Gerd Sterner, Andrzej Gorak, An-
negrete Liljestrand, Mats Andersson, Erland Strömgren, Ragnar Ottosson, Ulla Schütt, Veine Sjögedal, Lena Snell, Börje Eriksson, Hans Mikkelsen, Tomas Kyndel, Vitus Ingerslev, Britt-Inger Ume fjord, Mai-Lis Hellenius, Lars-Olof Tobiasson, Lennart Gill-
ström, Astrid Kärnekull-Lebram, Ethel Bergström, Jan Settergren, Bente Furunes, Christian Svensson, Sven Bengtsson, Pia Bjurefors-Petersson, Annika Farlow, Mikael Stolt, Ann Ols-
son, Ingemar Lönquist, Roger Karls-
son, Björn Börsbo och Gunnar Wik-
ström. Samtliga dr.

Scandinavian Society for Genitourinary Medicine

Problem med urogenitala infektioner finns företrädda inom en rad medicinska discipliner, bland annat allmän-
medicin, bakteriologi, dermatovene-
reologi, gynekologi, oftalmologi, reumatologi och urologi. Antal konsul-
tationer vad avser sådana sjukdomar är mycket stort. Komplikationer till så-
dana infektioner är likaledes betydligt flera än vad som tidigare varit känt. Kunskaperna om dessa sjukdomar har ökat snabbt under senare tid och in-
tressant forskning pågår på flera håll inom de skandinaviska länderna. 1982 bildade en grupp danska, finska, norska och svenska läkare Scandinavian Society for Genitourinary medicine. Föreningen är närmast tänkt som en sammanslutning för informationsut-
byte över de traditionella specialistgränserna. Således är avsikten att på nordisk basis anordna bland annat in-
terdisciplinära vetenskapliga möten, "workshops" och eventuellt fortbildningskurser. Vidare avser föreningen att söka sprida kunskaper om ämnes-
området och verka för ökade forskningsinsatser inom denna extensiva men splittrade del av medicinen.

Idén är att föreningen skall leva vidare på intressebasis utan alltför stor formalism såsom medlemsavgift etc. Intresserade personer inbjudes härmed att anmäla sitt intresse för att få sitt namn uppsatt på en "mailing list" för information om kommande möten. Detta innebär också "medlemskap" i föreningen. Anmälan kan sändas till

Distriktsläkare Birgitta Hovelius, Vårdcentralen, 240 10 Dalby

Professor Per-Anders Mårdh, Institutionen för klinisk bakteriologi, Uppsala universitet, Box 552, 751 22 Uppsala.

Ny yrkesgrupp vill förbättra våra kostvanor

Nutritionist är en ganska ny och ännu okänd yrkesbenämning. Nutrition betyder näring och en nutritionist är alltså en person som har utbildning i näringslära.

Nutritionistutbildningen omfattar tre terminers studier i näringslära (60 poäng) och ges för närvarande endast vid Stockholms universitet. Den som vill studera näringslära måste ha bakom sig minst två års studier i bland annat kemi, mikrobiologi och humanfysiologi. I universitetets organisation med utbildningslinjer utgör grundkurs i näringslära (40 poäng) en valmöjlighet inför det tredje och sista året på kemistlinjen. En termins påbyggnadskurs fullbordar sedan utbildningen till nutritionist.

Utbildningen i näringslära sker vid institutionen för medicinsk näringslära, vid Karolinska institutet.

För att förbättra folkkosten och folkhälsan krävs åtgärder på olika plan i samhället. En förutsättning för detta är tillgång till kompetenta personer med utbildning i näringslära. Här har nutritionisterna en självklar funktion – under förutsättning att deras existens är känd. Det kan röra sig om hälsoupplysning, såväl som direkt informationsarbete i offentlig förvaltning och hälso- och sjukvård eller inom företagshälsovården.

Ett annat arbetsfält för en nutritionist återfinns hos livsmedelsindustrin, i produktutveckling och informationsarbete. Industrins huvudsakliga kompetens ligger oftast på tekniken. Det kan därför vara en trygghet – och en nödvändighet – för en tillverkare att ha tillgång till kompetens också när det gäller produktens hälsomässiga kvaliteter.

Nu har nutritionisterna gått samman och bildat *Nutritionistföreningen* och avsikten är att man ska verka som en slags "konsultbyrå", med näringslära som specialitet. En förhoppning är att genom detta praktiska arbete sprida kännedom om nutritionisternas kompetens och hur de kan utnyttjas i samhället. I det arbetet bör självklart medlemmarnas speciella kompetenser inom andra ämnesområden (till exempel kemi, medicin, idrott, hälsoupplysningar och så vidare) tas till vara. Föreningen avser också att bedriva intern fortbildning i olika former.

Kontakta gärna Agneta Öhlin (vice ordf) tel a) 736 32 20, b) 768 70 43, eller Torvald Åberg (ordförande) tel person-sökare: 0047/353 75/"eget telnr", b) 30 04 49.

Riksstämman 1984

Allmänmedicin

Torsdagen den 29 november

08.30–18.00

Posterutställning (lokal ej angiven).

11.30–12.30

Samtliga posters "bemannede".

Sal A2

08.30–11.30

MINISYMPOSIUM: (tills med ortopedsektionen) Axlar, ryggar och höftfrakturer inom primärvård och ortopedi.

Sal A5

13.30–15.30

SYMPOSIUM: Vårdprogram – effekter och kostnader.

Moderator: Urban Rosenqvist.

Sal B1

18.00–21.00

Årsmöte

Fredagen den 30 november

Sal A2

08.30–13.00

Fria föredrag. Moderator: Bengt Scherstén, Gösta Tibblin.

Epidemiologi

08.30

1) Dödlighet i kronisk obstruktiv lungsjukdom i Malmöhus län och dess relation till riskfaktorer. Staffan Gyllerup, Thor Lithman, Lars Olovsson.

08.45

2) Fördelning av fetma och risk för kardiovaskulär sjukdom och död hos kvinnor – resultat från en longitudinell populationsstudie 1968–69 – 1980–81. Leif Lapidus, Calle Bengtsson, Bo Larsson, Kjell Pennert, Elisabeth Rybo, Lars Sjöström.

09.00

3) Kartläggning av självmord och självmordsförsök i KAK (Köping – Arboga – Kungsör). Distrsköt Kerstin Lundquist, forskarass Lena Olsson, Birger Thorell.

09.15

4) En sjuårspåföljning av en totalpopulation äldre handikappade. Gillis Samuelsson, Ove Dehlin.

09.30

5) Dödligheten i ett stickprov av män ur allmänna befolkningen jämfört med manliga alkoholister som varit intagna på alkoholklubb, en uppföljning efter åtta år. Sture Mützell.

Diagnostik och terapi

09.45

6) Stressundersökning i behandling av hypertoni i primärvården. Filtr Sarah Knox, Britt-Gerd Malmberg, Töres Theorell.

10.00

7) Behandling av medelålders personer med glukosintolerans. Jan Cederholm, Lars Wibell.

10.15

8) Problemorienterad, deltagarstyrd undervisning som undervisningsmetod hos äldre med typ II-diabetes mellitus. Melcher Falkenberg, dietist Birgitta Elwing, fil kand Ann Göransson, diabetessköt Birgitta Hellstrand, Ulla Riis.

10.30

Vad utgör distriktssjukgymnasten? Sven Kullman.

10) Primärvårdens läkemedelsförskrivning i Södermanlands läns södra sjukvårdsdistrikt. Kartläggning av förskrivningsmönster och receptflöden. Bengt Lindqvist, apotekare Ingegård Agenäs, inform apotekare Björn Johansson, apotekschef Per-Gunnar Åkerbäck.

Allmänt om Allmänmedicin

11.00

11) Hur kontinuitet och familjeperspektiv förbättrats efter organisatoriska förändringar på vårdcentral. Gunnar Lundqvist, Bengt Mattsson.

11.15

12) Arbetsvård i glesbygd. En studie över vissa utslagsmekanismer. Ingemar Hermansson, arbetsvägledare Bertil Ottosson, socionom Lena Ström.

11.30

13) Enkätundersökning av färdtjänstberättigade i två städer. Ove Dehlin, Åke Rundgren, fil kand Agneta Stål.

11.45

14) Fyra års studerandeerfarenheter av grundkurs i allmänmedicin. Bengt Mattsson, Ulla Söderström, Göran Westman.

12.00–13.00

DISKUSSION AV POSTERS.

Moderator: Birgitta Hovelius, Hans Åberg.

15P

Analys av riskfaktorer vid kardiovaskulär dödlighet i S- och C-län. Christina Nerbrand.

16P

Studie över kvinnors överdödlighet i cerebrovasculära sjukdomstillstånd i Strömstad 1970–1979. Cecilia Björkelund, distr sköt Margareta Persson.

17P

Allmänmedicinska problem i vetenskapsteoretisk belysning. Niels Lynöe.

18P

40 konsekutiva axelpatienter på distriktsläkarmottagningen. Diagnos, behandling, uppföljning. Lars Englund.

19P

Samband mellan nack-, axel-, ländbesvär och arbetstrivsel, personlighet och emotionella faktorer. Harald Sane, legsjukgymnast Per Ljungberg.

20P

Naso-pharynx-odlingar på barn i öppen vård – teknik, indikationer och resultat. Bengt Bengtsson.

21P

Dietverksamhet i primärvården ger goda behandlingsresultat. Dietist Margaretha Nydahl, univ-lektor Inga-Britt Gustafsson, August Schneider, Bengt Vessby.

22P

Biverkningskaraktistika för några antiflogistika. Mårten Myrhed, Bengt-Erik Wiholm.

23P

Regelsystem och vidtagna effektiviseringsåtgärder inom färdtjänsten. Filkand Agneta Ståhl, filkand Ove Dehlin, filkand Åke Rundgren.

24P

Basdata i praktiskt arbete på Haga vårdcentral. Lennart Holmquist.

Sal A1

13.30–15.30

SYMPOSIUM: ÖNH inom allmänmedicinen. Moderator: PG Lundquist och Gösta Tibblin.

Sal K1

16.00–18.00

SYMPOSIUM: De kardiovaskulära faktorernas behandling inom primärvården. Moderator: Hans Åberg.

Obs!
SFAM:s ÅRSMÖTE
TORSDAG 29 NOVEMBER
18.00–21.00
SAL B1

4:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin

Lund-Dalby, Sverige, 12-15 juni 1985

Kongressens motto:

Medicinen i allmänmedicinen

Kongressarrangör

Svensk Förening för Allmänmedicin
Centrum för samhällsmedicin, Dalby,
Lunds Universitet

Kongressordförande

Professor Bengt Scherstén

Kongresskommitté

Ordförande

Professor Bengt Scherstén, Dalby

Vice ordförande

Distriktsöverläkare Bengt Linder,
Skövde

Sekreterare

Byrådirektör Åke Isacson, Dalby

Distriktsläkare Bo Haglund,
Sundbyberg

Docent Birgitta Hovellius, Dalby

Distriktsöverläkare Göran Sjönell,
Stockholm

Distriktsöverläkare Per Swartling,
Tierp

Professor Gösta Tibblin, Uppsala

Nordisk kontaktkommitté

Danmark

Lektor Niels Damsbo, Kornmodvaeng-
et, 43, DK-5210 Odense Nv

Finland

Professor Oleg Gorbatow, Dagfågel-
vägen 6, SF-02660 Esbo

Norge

Praktiserande läkare Egil Fuglum,
Kongensgt. 27 C, N-1500 Moss

Förste amanuens Steinar Westin, Uni-
versitetet i Trondheim, Regionsykehu-
set i Trondheim, Parkbygget, N-7000
Trondheim

Island

Distriktsläkare Jóhann A Sigurdsson,
Heilsugaesla Hafnarfjardar, Strandga-
ta 8-10, IS-220 Hafnarfjörður

Lokal organisationskommitté

Birgitta Hovellius, Dalby, ordförande

Karin Svenninger, Dalby, sekreterare
Per-Olof Bitzén, Dalby, Mogens Hey,
Eslöv, Åke Isacson, Dalby, Anders
Niklasson, Staffanstorps, Willy Niwhe-
de, Malmö, Leopold Recht, Skurup,
Bengt Scherstén, Dalby, Erik Trelle,
Malmö, Arne Wiinberg, Helsingborg

Kongresssekretariat

Centrum för samhällsmedicin, Vård-
centralen S-24010 Dalby, Sverige, tel
046-209200.

Anmälningar, logi och

ledsagarprogram

Lunds Kongressbyrå, S:t Petri kyrkoga-
ta 4, Box 1105, S-221 04 Lund, Sverige,
tel 046-124595, postgiro 43 82 53-7 el-
ler bankgiro 675-3107.

Kongressorten Lund

Lund, Skandinaviens medeltida kyrkli-
ga centrum, är en universitets- och in-
dustristad med cirka 80 000 invånare.
Kongressen är förlagd till centrum av
Lund i universitets lokaler (blå univer-
sitetshuset, Palaestra, Kungshuset)
och Akademiska Föreningen. Domkyr-
kan, som är Lunds mest kända sevärd-
het, och Kulturen (Kulturhistoriska
muséet) är också belägna i centrum av
Lund invid Lundagård. I Dalby finns
Nordens äldsta i bruk varande stenkyr-
ka.

Lund har täta tågförbindelser med
Malmö, Stockholm och Göteborg.
Flygplatsen Malmö/Sturup ligger cir-
ka 3 mil från Lund och har förbindelse
till Lund med linjebil. Från Köpen-
hamn/Kastrup når man Malmö via
buss-färja eller flygbåt. Kastrup har
även pendelförbindelse med Sturup.

Centrum för samhällsmedicin och
vårdcentralen i Dalby ligger 11 km
från Lund. Till vårdcentralen förlades
1968 en forskningsenhet inom öppen
hälso- och sjukvård, som 1981 knöts
till Lunds universitet samtidigt som
Institutionen för klinisk samhällsme-
dicin bildades och Sveriges första pro-
fessur i allmänmedicin tillsattes.

KONGRESSENS PRELIMINÄRA PROGRAM

Onsdagen den 12 juni

09.00-17.00

Registrering på Akademiska Förening-
en

14.00

Kongressens öppnande

"Världens hälsa - hälsans värde"

Föreläsning av Director Owe Petters-
son, WHO, Köpenhamn

16.00

Mottagning i Pelarsalen, Lunds Uni-
versitet

17.30

Orgelkonsert i Domkyrkan

20.00

Kalas med spex och dans på Akademi-
ska Föreningen

Torsdagen den 13 juni

09.00

"Primärvårdens utveckling i Finland"

Öppningsföreläsning av professor
Mauri Isokoski, Tammerfors

10.30

Poster-session

10.30-16.00

Utställning: Datorer i primärvård

12.30

Lunch

14.00

Fria föredrag i 5-7 sektioner

16.15

Plenumföreläsning: "Äldreomsorg i
primärvården" (Gert Almind)

18.00

Mottagning på Kulturen (Lunds kom-
mun)

19.30

Bussutflykt "i det blå" med kvällsmat
och underhållning

Fredagen den 14 juni

09.00

Symposier

1. Mödrahälsovård (moderator Ivar
Østergaard)

2. Infektionssjukdomar ur allmänläka-
rens perspektiv (moderator Jóhann
A Sigurdsson)

3. Metoder i allmänmedicinsk forsk-
ning (moderator Steinar Westin)

4. Primärvård i storstad (moderator
Erik Trelle)

5. Modeller för utvärdering av primär-
vård (moderator Mårten Kvist)

11.00

Poster-diskussion i 7-10 sektioner

12.30

Lunch

14.00

Fria föredrag och minisymposier

16.15

Plenumföreläsning: Symptomens na-
turalhistoria (Gösta Tibblin)

19.30

Bankett på Grand Hotel

Lördagen den 15 juni

Besök på vårdcentral (Dalby, Eslöv,
Höör, Sjöbo, Skurup, Staffanstorps) alt
hos privatpraktiserande allmänläkare
(Malmö) alt på avdelningen för pre-
ventiv medicin (Malmö).

Posters och fria föredrag

Deltagarna inbjuds att vid kongressen
deltaga med posters och fria föredrag.
En relativt stor del av insända sam-
manfattningar kommer att presenteras
som posters. Postern har flera fördelar
framför allt om man endast skall redo-
visa en liten detalj inom ett stort medi-
cinskt område respektive endast öns-
kar diskutera ett problem med en liten
målgrupp. Samtidigt finns fördelar att i
posterform redovisa material som in-
nehåller mycket siffermaterial och
som man endast svårt kan tillägna
sig under en kort föredragssejour. Sam-
manfattningar till posters och fria fö-
redrag kommer ur kvalitativ synpunkt
att bedömas på samma sätt. Kongress-
kommittén förbehåller sig rätten att
avgöra om en sammanfattning skall re-
do visas som poster eller fritt föredrag.
Föredrag begränsas till tio minuter
jämfört med fem minuters diskussion. Samtli-
ga posters kommer att diskuteras i pos-
ter-sessioner under olika temata på
samma sätt som fria föredrag. Ämnena
fördelas på olika sektioner som till
exempel allmänmedicinska forsk-
ningsmetoder, kroniska sjukdomar, in-
fektionssjukdomar, allmänmedicinsk
kvinnoforskning, barnavård, mödra-
vård, missbrukarvård, äldreomsorg, ut-
bildning, primärvårdens administra-
tion m.m.

Sammanfattning av posters/fria fö-
redrag utformad enligt nedanstående
anvisningar skall vara Kongresskom-
mittén tillhanda senast den 30 januari
1985. Kongresskommittén förbehåller
sig rätten att begränsa antalet posters
och fria föredrag.

Sammanfattningens utformning

Sammanfattningarna av posters och fria föredrag publiceras i anslutning till kongressen. Tryckningen sker i offset direkt från de insända manuskripten.

Texten skrivs på maskin på A4-ark med enkelt radavstånd med en marginal på 40 mm mellan texten och papperets kant. Texten skrivs på danska, norska eller svenska i slutlig form.

Sammanfattningen bör innehålla följande uppgifter i nedan nämnd ordning:

1. Föredragets/posterns titel med stora bokstäver
2. Eventuell undertitel med små bokstäver
3. Författare med huvudförfattarens namn först
4. Författarens adress (institution, ort, land)
5. Texten skall lämpligen innehålla
 - a) Inledning/problemställning,
 - b) Material och metoder,
 - c) Resultat,
 - d) Diskussion/konklusion

Manuskriptet skall omfatta ett A4-ark. Huvudförfattarens namn, adress och telefonnummer bifogas på särskilt papper på vilket också eventuella önskemål om presentation som poster eller föredrag kan anges. Detta insänds med ett exemplar av sammanfattningen under adress:

4:e Nordiska Kongressen i
Allmänmedicin
Posters/fria föredrag
Vårdcentralen
S-24010 Dalby
Sverige

Allmänna upplysningar

Anmälning

Deltagare anmäler sig genom att insända anmälningsblanketten i två exemplar före den 1 april 1985 till Lunds Kongressbyrå, Box 1105, S-221 04 Lund. Anmälningsblankett kan erhållas från Kongresssekretariatet (utsänds automatiskt till SFAM-medlemmar). Kongressavgiften samt avgifterna för deltagande i arrangemang insättes samtidigt på postgiro 438253-7 eller bankgiro 675-3107. Märk talongen med 4:e Nordiska kongressen i allmänmedicin samt deltagarens namn. Bekräftelse kommer att sändas till deltagarna omkring den 1 maj.

Avbeställning

Vid avbeställning 1 april-31 maj 1985 återbetalas inbetalda kongressavgifter minus SEK 100:- per kongressdeltagare.

Vid avbeställning under maj månad återbetalas inbetalda avgifter minus 20 procent. Efter den 1 juni kan ingen återbetalning påräknas.

Avgift

Deltagare

SEK 1000:- för deltagare som anmäler sig före den 1 april 1985, därefter SEK 1200:-.

Ledsagare

SEK 250 kronor, barn 6-16 år SEK 125:-.

Avgiften inkluderar fredagens ledsagarprogram.

Barn

För barn mellan 6 och 16 år, som erlagt ledsagaravgift debiteras halv avgift vid deltagande i socialt program (se nedan) samt torsdagens ledsagarprogram. Barn under 6 år deltagar utan avgift.

Förfrågningar

Lunds Kongressbyrå, tel 046-124595, vardagar kl 09.00-15.30. Handläggare: Margareta Thorsen.

Centrum för samhällsmedicin i Dalby, tel 046-209200, vardagar kl 08.00-16.30. Handläggare: Karin Svenninger.

Hotell

Då antalet rum i Lund är begränsat sker inkvartering av deltagare även i Malmö. Vi ber er därför ange alternativ 1 och 2 i rutorna på anmälningsblanketten. Fördelning av rum sker efter anmälans ankomstdatum. I görögaste mån kommer önskemålen att tillgodoses.

Hotellkostnaderna betalas direkt till hotellet vid avresan.

Luncher

Lunch och kaffe ingår under kongressdagarna i deltagaravgiften och serveras på Akademiska Föreningen.

Registrering

Registrering sker på kongresssekretariatet på Akademiska Föreningen, varvid kongressmaterial erhålles.

Socialt program

Kalas med spex och dans på Akademiska Föreningen den 12 juni. Pris SEK 120:- per person (inkl mat och dryck). Bussutflykt "i det blå" den 13 juni. Pris SEK 100:- per person (inkl utfärd och kvällsmat men exkl måltidsdryck).

Bankett på Grand Hotel den 14 juni. Pris SEK 300:- per person.

Transporter

Avgiftsfria busstransporter anordnas mellan hotellet i Malmö och kongressplatsen morgon och eftermiddag samt i samband med det sociala programmet på kvällstid.

Utställning

En utställning arrangeras i anslutning till kongressen och är förlagd till Akademiska Föreningen.

PROGRAM FÖR LEDSAGARE

Torsdagen den 13 juni

Priserna gäller för augusti 1984. Reservation för eventuella ändringar.

Alt 1. Bussutflykt till Kullabygden

09.00

Avfärd från Akademiska Föreningen

10.00

Besök på Sofiero, kungligt sommarlott, och rundvandring i den vackra trädgårdsanläggningen

12.00

Lunch på hamnkrogen i Viken

13.15

Avfärd från Viken, kustvägen upp till naturreservatet Kullaberg och Kullens fyr

15.30

Återfärd genom den vackra bygden längs Söderåsen

17.00

Ankomst till Akademiska Föreningen
Pris SEK 150:-

Alt 2. Bussutflykt till Österlen

09.00

Avfärd från Akademiska Föreningen.

Färden går via Ystad till Kåseberga, där Ale stenar, en skeppssättning från vikingatiden, besöks

12.00

Lunch på Kyhls sommarrestaurang

13.15

Avfärd från Kyhl.

Färd längs kusten genom pittoreska fiskelägen till Kivik med besök i Kungagraven, en hövdingagrav från bronsåldern med 3000-åriga bildristningar

15.30

Återfärd till Lund

17.00

Ankomst till Akademiska Föreningen
Pris SEK 160 kronor

Alt 3. Slottsflykt

09.00

Avfärd från Akademiska Föreningen

09.30

Ankomst till Svenstorps slott, byggt på 1500-talet. Ciceron vid besöket är friherre Nils Gyllenkrok, som berättar om hur man idag rationellt driver ett slott

10.15

Avfärd från Svenstorp till Flyinge, ett internationellt välkänt hästcentrum

11.30

Avfärd från Flyinge till Bjärsjölagård, en kursgård som tillhör Malmöhus läns hushållningssällskap

12.00

Lunch på Bjärsjölagård

13.15

Avfärd från Bjärsjölagård till det vackra 1700-talsslottet Övedskloster, där man besöker slottsträdgården.

14.00

Avfärd från Övedskloster via Veberöd till Björnstorps slott

14.30

Ankomst till Björnstorp, där friherrinnan Caroline Gyllenkrok tar emot och visar delar av slottet

15.15

Avfärd från Björnstorp

16.00

Ankomst till Akademiska Föreningen
Pris SEK 150:-

Alt 4. Bussutflykt till Röstånga Sommarland och Skånes Djurpark

09.00

Avfärd från Akademiska Föreningen.

12.00

Lunch på Spångens gästgivaregård

13.15

Avfärd till Frostavallen och Skånes Djurpark. I anslutning till djurparken finns en rekonstruerad stenåldersbosättning

16.15

Återfärd till Lund

17.00

Ankomst till Akademiska Föreningen

Pris SEK 150:-

Fredagen den 14 juni

Förmiddag alt eftermiddag

Stadsrundvandring med besök i Botaniska trädgården.

Lunch på Akademiska Föreningen

Barnens vetenskapliga program

Förmiddagsgrupp

09.00

Avresa med buss till Dalby från Akademiska Föreningen

10.00

Besök på Dalby vårdcentral med demonstration av forskningsmetoder, utrustning mm

12.00

Lunch på Dalby Gästgivaregård

13.00

Avresa från Dalby

13.30

Ankomst till Akademiska Föreningen

Eftermiddagsgrupp

12.00

Avresa med buss från Akademiska Föreningen

12.30

Lunch på Dalby Gästgivaregård

13.00

Besök på Dalby vårdcentral med demonstration av forskningsmetoder, utrustning mm

15.00

Avresa från Dalby

15.30

Ankomst till Akademiska Föreningen

INFORMATION OM HOTELL

Inkvartering av deltagarna kommer att ske i Lund och Malmö. Beställning görs på anmälningsblanketten. Hotellrum reserveras i anmälningsföljd.

Samtliga hotell reserverar sig för prishöjningar. Angivna priser gäller för augusti 1984

Lund

Hotellen *Grand* och *Lundia*

Kategori:

1:a klass

Läge:

Centralt läge i Lund med 5-10 minuters gångavstånd till kongresslokaler

Pris:

Enkelrum SEK 440:-

Dubbelrum SEK 610:-

Priserna inkluderar frukost och service

Hotel Concordia

Kategori:

Affärshotell

Läge:

Centralt läge med gångavstånd till kongresslokalerna

Pris:

Enkelrum SEK 395:-

Dubbelrum SEK 475:-

Priserna inkluderar frukost och service

Universitetshotellet Sparta

Kategori:

Sommarhotell

Läge:

Cirka 2 km från centrum med bekväma bussförbindelser

Pris:

Enkelrum SEK 200-250:-

Dubbelrum SEK 325-375:-

Priserna inkluderar frukost och service

Hotell Ahlström

Kategori:

Litet centralt beläget familjehotell med begränsat antal rum

Pris:

Enkelrum SEK 135:-

Dubbelrum SEK 180:-

Priserna inkluderar service men ej frukost

Malmö

Hotel Winn

Kategori:

Mycket god standard. Hotellet ingår i SARA-kedjan

Läge:

Gångavstånd till Malmö centralstation, Skeppsbron med båtförbindelser till Köpenhamn samt bussförbindelse till Sturup

Pris:

Enkelrum SEK 400:-

Dubbelrum SEK 550:-

Priserna inkluderar frukost och service

Esso Motor Hotel, Segesvängen

Kategori:

Mycket god standard

Läge:

Vid utfarten till motorvägen Malmö-Lund. Avstånd Malmö-Lund ca 19 km. Lämpligt för familjer, då hotellet erbjuder flerbäddsrum

Pris:

Dubbelrum SEK 430:-

Flerbäddsrum SEK 580:-

Priserna inkluderar frukost och service

Rök inte där någon annan får obehag.

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

SOCIALSTYRELSEN

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

Några allmänläkares erfarenheter av kandidathandledning

GÖRAN WESTMAN · BENGT MATTSSON · LEIF PERSSON
GUNILLA RISBERG · FINN ROST · MARGARETA TROEIN

Grundutbildning av läkare är i Sverige förlagd till universitets-sjukhusen. Sedan 1980 finns i Umeå erfarenhet av allmänmedicinsk undervisning av blivande läkare, den är förlagd till vårdcentraler. Avsikten med denna artikel är att ge några allmänläkares personliga erfarenheter av handledningen i ämnet allmänmedicin. Fyra allmänläkare, representerande de fyra norrlänen, ombads att efter arbetsdagens slut sammanfatta sina intryck av dagens olika handledningsmoment i form av dagboksanteckningar. Speciellt patient-läkarrelationen och arbetssättet lyfts fram. Brist på tid och bristande planering av kandidatens tjänstgöring utgör de stora hindren. Betydelsen av en primärvårdsförankrad utbildning såväl innehållsmässigt som geografiskt betonas, speciellt då många av de studerande i en framtid kommer att arbeta i primärvården.

Nyckelord: Utbildning, grundutbildning, handledning, allmänmedicin, Umeå.

BAKGRUND

Det finns i dag inga självklara former för undervisning i kliniskt arbete i primärvård. Ett fåtal minns den frivilliga form av "svansning" som förekom hos stads- och provinsialläkare under 50- och 60-talen. Några naturliga paralleller till sjukhusens undervisningsronder eller "bedside-medicine" går ej heller att göra. Medicine studerande inhämtar ett omfattande kunskapsstoff under sin grundutbildning, som skall omsättas i möten med enskilda människor i primärvården. Denna vårdform är för många läkarstuderande okänd och den blir i dag oftast indirekt belyst på undervisningssjukhusen.

Vid Umeå universitet pågår sedan 1980 mer systematiserade inslag av allmänmedicinska moment i grundutbildningen. Kandidaterna har förutom samundervisning på olika terminer också en veckas handledd praktik på en vårdcentral i den norra regionen.

För närvarande infaller den under den 11:e och sista terminen. Uppläggning och erfarenheter av den allmänmedicinska undervisningen har tidigare presenterats (1, 2). Pedagogiska överväganden i samband med planerandet av den handledda praktikveckan har även beskrivits (3).

Ett moment i handledningen har varit en regelbunden kontakt mellan den allmänmedicinska sektionen i Umeå och handledarna, allmänläkarna i den norra regionen. Vid sådana handledardagar har innehåll och former för handledningen diskuterats. Metoder för att beskriva det personliga inslaget i handledningen har efterlysts.

Genomförande

Som metod valdes att låta några handledare föra dagbok under en allmänmedicinvecka med kandidat på vårdcentralen. Kandidaterna kände inte till registreringen. Handledarna utvaldes från placeringslistorna för kursveckorna hösten 1982. Två förbehåll gjordes. Dels skulle det vara en handledare från vart och ett av de fyra norrlänen (Y-, Z-, AC- och BD-län), dels skulle det vara en jämn könsfördelning. Det slumpade sig så, att kvinnliga handledare fick kvinnliga studerande och manliga handledare fick manliga studerande.

Handledarna ombads att varje dag efter arbetsdagens slut sammanfatta sina intryck av handledningens olika moment i form av dagboksanteckningar. Det kunde gälla olika reflektioner, iakttagelser eller planering för nästa dag. Handledarna uppmanades att skriva kort (gärna i form av "dagboksanteckning i journal") men det stod var och en fritt att sätta sin personliga prägel på vilket sitt anteckningarna skulle göras.

Dagboksanteckningarna inskickades efter avslutad tjänstgöring för kandidaten till allmänmedicinska sektionen. En redigering har gjorts, så att namn och orter utelämnats. Vissa förkortningar har gjorts efter samråd med de enskilda dagboksförfattarna.

ERFARENHETER

De fyra dagboksregistreringarna återges dag för dag. En av kandidaterna fick avbryta tjänstgöringen efter två dagar av familjeskäl.

DAGBOK 1

Måndag

Kandidaten kom i morse med bil från Umeå. Halka och fel på bilen. Efter en kort introduktion pratade vi om förväntningar. En kollega tog sedan över. Innan vi gick hem – diskussion om skillnaden mellan allmänmedicin och andra specialiteter. Varierande åldrar, symptom och sjukdomsbilder. Människor, som inte mår bra, men ändå inte är sjuka. De är många. Värde av aktiv expectans och kravet på vetenskaplighet. Möjligheten till långvarig kännedom om familjen och samhället. Det finns säkert mer.

Tisdag

Avdelningsmöte på morgonen. Bestämmer julfest. I ett radioprogram samma morgon har man pratat om självmord. Det aktualiserar att vi även i vårt upptagningsområde har en markant överdödlighet i självmord. Vi pratar om orsaker. Därefter är det dags för skol- och barnhälsovård. Vi åker upp efter en disig älvdal, som ändå är höstvacker, mot ett närbeläget samhälle. Vi pratar epidemiologi och förebyggande vård. Vi passerar övergivna gårdar. Vi passerar "gröna vågare". Allt ger underlag för samtalet. I skolan 15 förstaklassare. Här får vi tillfälle att prata om individuell och tidig prevention. En pojke med sannolik retentio testis samt en flicka med besvärlig allergi ber vi barnkollegerna titta på. Det känns glädjande att kunna visa en verksamhet, där jag sedan flera år känner föräldrar och barn. Vi får höra hur farfar och syskonen har det. Att ha kunskap om och kontakt med flera generationer, att känna till bygdens struktur och sjukdomsmönster, är för mig en av allmänmedicinens speciellt fina sidor.

Barnen tar slut och vi blir hungriga. Innan lunchen på det vackra turisthotellet ett hembesök hos en gammal tant, som "inte orkar åka till doktorn". Allmänläkarrollen ställer verkligen krav på anpassning av vårt beteende i högre grad än många andra specialiteter. Nu är det lätt att fortsätta samtalet med att beröra samspelen mellan läkare och patient och dess betydelse för hur väl vi klarar vårt arbete.

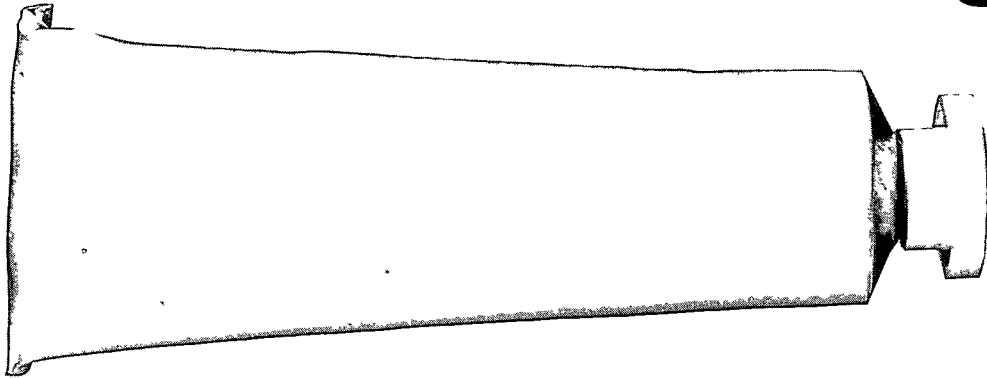
På eftermiddagen dags för BVC. Många barn. Inga direkta problem. Sprutor... Barnskrik... Det känns rätt jobbigt ibland. En ny sida av vår verksamhet är speglad.

Snart hemma igen efter de nära fem milens återfärd i mörker och halka.

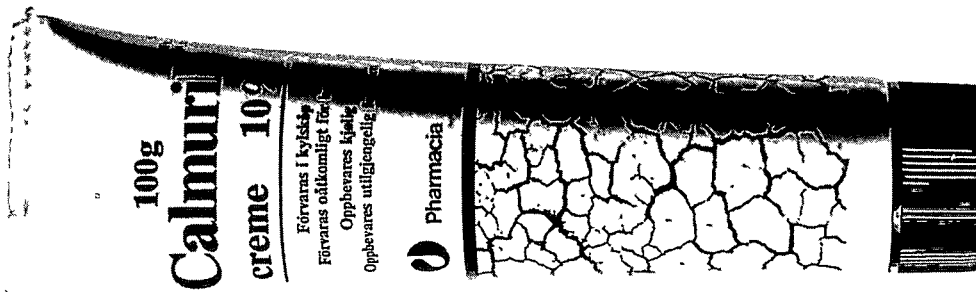
Onsdag

På förmiddagen ägnar vi lång tid åt en patient, som gått länge här för bland annat diabetes, men som under våren fått en öklar neurologisk sjukdom. Hon har en gång varit på regionsjukhuset och skall åter dit. MS verkar ganska troligt. Patienten berättar att hon känner sig trygg inför

Varför betala 85:- för apoteksberedningen,



när det redan finns en färdig karbamidkräm?



Apotekstaxan för ex-tempore-beredningar av mjukgörande karbamidkrämer är 85:– upp till 110 grams förpackningar och ännu högre däröver.

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

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

Calmuril är ett utmärkt komplement till hydrokortisonbehandling och vid nedtrapp-

ning av behandling med starkare steroider. Det förskrivs också i allt högre grad vid generell torrhudsbekämpning.

Calmuril Crème kan receptförskrivas i 50, 100 och 3 × 100 gram till priset 22:90, 34:20 respektive 75:50. Calmuril finns även som lösning (125 ml) för underhållsbehandling vid seborroiskt eksem och psoriasis i hårbotten.

 **Pharmacia**

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

det stora sjukhusets kunnande, men att hon upplever osäkerhet inför dess förmåga till personligt omhändertagande. Vi pratar också om neurologi en lång stund. Senare under förmiddagen operation av ett ateros, varvid vi lyckas få ut kapseln hel. Det känns alltid bra.

Då lunchtid nalkas åker vår kandidat ut med en av våra distriktssköterskor. Han får stifta ytterligare bekantskap med hemsjukvårdens och nattpatrullens arbete. Sköterskorna tycker också om att berätta om sin verksamhet.

Som avslutning på dagen kommer vec-kans staff-meeting, där en av kirurgerna talar om entrapment av perifer nerv. På kvällen har distriktsläkarföreningen möte.

Torsdag

Kl 07.00 – Utbildning tillsammans med medicinkliniken och kirurgen. Struma och andra knölar på halsen. Men... då vi kommer till vårdcentralen ligger en konstig figur i väntrummet. Det visar sig vara en "rymling" från Beckomberga, som vill ut och resa. På en del mystiska vägar har han kommit hit. Efter några telefonsamtal eftertelegraferas "rymlingen" och polisen hämtar. Dessförinnan har han bjudits på kaffe och smörgås.Handledning – det är att utnyttja verkligheten som den är. Senare mest jourverksamhet. Skilda åldrar och diagnoser.

Olika sätt att presentera symptomen. Vad är viktigt? Vad är mindre viktigt? Vad är det som för Dig hit just i dag? Skall vi utreda eller inte? Frågorna hopar sig. Vi diskuterar. Hur går det till då vi ställer en diagnos? Vad händer inom oss? Är det någonting undermedvetet? Varför beslutar vi i den ena eller andra riktningen? Många intressanta frågor, vars svar vi lärt oss av erfarenhet, men som jag upplever att vi i vår utbildning aldrig egentligen diskuterade. Undervisningen är inte bara till för att vi skall lära oss att lösa klara problem med ja-eller-nejsvar. Förmågan att värdera och agera i situationer, där ingen absolut sann lösning finns, måste också uppövas. Vi måste mera försöka lära våra kommande kollegor att analysera och ställa kritiska frågor. Varför?

Fredag

Sista dagen. Inleder med en stunds diskussion med distriktssköterskorna om hemsjukvård och en del "problempatienter". Senare är det mest äldre människor på mottagningen. Det tar tid. Måste kämpa emot stresskänslan, när tidsschemat inte håller. Kontakten med patienten kan annars brytas omedelbar.

En annan patient med upprepade TIA-attacker, som fått blödningskomplikation till Waranbehandling med perifer pares, får stöd och uppmuntran till träning.

Veckan är slut. Dags för utvärdering. Vad var bra och vad var mindre bra? Vad var dåligt? Vad bör ändras? Hur har synen på allmänmedicin förändrats?

Dessa och många andra frågor måste vi ständigt ställa i en tid, då vi vill sprida kunskap om vår specialitet och i en tid, då vi vill föra den framåt.

DAGBOK 2

Måndag

Intresserad kandidat – har auskulterat på min mottagning hela dagen. Jag tycker att det måste vara ett bra sätt att visa på patient-läkarrelationens centrala roll i primärvårdsarbete. Kanske var det detta som märktes när kandidaten efter 4:e patienten sa: "Jag ser hur du möter patienterna. Det är annorlunda än på lasarettet. Du

bjuder mera på dig själv". Hon upptäckte mina "journalhögar" också "ringa-högen", "delegera-till-sköterska-högen", "diskutera med kollegorna-högen". Kanske kan hon få en uppfattning om hur jag arbetar som vårdcentralsdoktor.

Patienterna, som ändå bor nära ett undervisningssjukhus är inte kandidattrötta och har inte varit irriterade. Det blev lite svårt ändå med min krispatient. Trots att han "tillät" att kandidaten var med, var han uppenbart hämmad av en extra person vid vårt samtal och det märkte också kandidaten. Svårt att avväga mellan rollen som handledare och behandlare!

Vid summering i dag tyckte hon att det varit en bra dag med varierande patienter. "Jag trodde ni hade nästan bara blodtryckskontroller och psykosomatiska ryggar". Detta tror hon fortfarande efter 10 terminers utbildning och trots att lärarna hela tiden har sagt "Ni som ska bli distriktsläkare...". Tur att vi har fått den här veckan men den kommer nog sent.

Tisdag

Kandidaten satt en timme i telefonrådgivningen i morse. Sköterskorna tycker inte att det stör och eftersom vi kopplar till sidotelefon kan kandidaten höra hela samtalet. Kandidaten tyckte det passade bra inför veckans arbetsuppgift: "Vilka patienter söker en vårdcentral?". Kandidaten fick bland annat illustrerat ett av primärvårdsmottagningarnas gissel: patienten med försäkringskassans intygskrav från första sjukdagen, som går före i kön och ofta skapar irritation hos både doktor och patient.

Kandidaten tog några patienter själv i dag. Det märks att det finns en vana vid att skriva journaler och att det är roligt att få "göra något själv". Vi hade några patienter med ögon-öron- och gynbesvär – kurser kandidaten inte gått. Då "lärde kandidaten sig något" också, i primärvården kan vi visa både förhållningssätt och tekniska färdigheter.

Onsdag

Jag har varit på en sedan länge inplanerad kurs i dag. Hyrde in kandidaten hos distriktssjukgymnasten på förmiddagen och hos distriktsarbetsterapeuten på eftermiddagen. Båda dessa har många andra elever för jämnan och är ibland undervisningströtta. De har ändå alltid ställt upp för våra kandidater, så även i dag: Arbetsterapeuten anser att många nya läkare inte vet hennes arbetsuppgifter och ser det som ett viktigt tillfälle att få "missionera".

Vi träffades en halvtimme efter min kurs. "Det blir komprimerat med alla nya yrkesgrupper som man inte träffat förut". Ja, det här kursavsnittet skulle behöva vara längre än en vecka.

Torsdag

Kuratoren informerade på morgonen om sitt arbete och hur vi samarbetar. Det fick kandidaten förresten illustrerat när en kollega kom inrusande och behövde akut hjälp.

Sen MVC. Kandidaten ska precis börja gyn-kursen och det var roligt att få tjuvstarta. Hoppas det framgick hur mycket mer än obstetrik det ingår i distriktsläkarens MVC-arbete!

Eftermiddagen hembesöksrunda med distriktssköterskan. Skönt att vi har fått med distriktssköterskorna i undervisningsveckan. De utgör ju basen i primärvårdsarbetet men har ju så mycket elever själva, att de i början tyckte att "kandidaterna får doktorn sköta". Nu har jag börjat ta med deras elever på mottagningen en

dag ibland. Arbetsbyte. Distriktssköterskearbetet i hemmen var ungefär som hon hade väntat sig. "Skönt att ha tid för patienterna. Men vi fick säga nej till kaffet på 4:e stället." Kandidaten märkte, att mycket av arbetet vid hembesök är socialt arbete.

Fredag

Kuratorskonferensen på morgonen första timmen gav ytterligare illustration åt den viktiga psykosociala biten i vårt arbete.

Bland patienterna på morgonen fanns en hes 10-åring. Kandidaten som kommer direkt från barnkursen tänkte genast leukemi. Vi fick anledning att diskutera primärvårdens epidemiologi.

Eftermiddagen några timmar i hemmen med distriktssköterskan igen. Kandidaten fick uppleva kontinuitet – en av patienterna, den unge förlamade med trycksår, behöver dagligen omläggning. Med tanke på gårdagens gästfrihet hoppade hon över lunchen och kom tillbaka utsvulten för ingen bjöd på kaffe i dag. Kanske fick kandidaten den viktiga lärdomen att ingen primärvårdsdag är den andra lik!

Veckan då? Kandidaten har upplevt allmänläkaryrket som bundet med stora krav dagligen från olika patienter. Men hon har sett ett annorlunda och intressantare arbete än vad hon de tänkt sig och en annorlunda patient-läkar-relation. Det får jag vara nöjd med. Mitt handledararbete under kandidatveckan kan inte vara att bevisa att primärvård är bäst utan att visa vad mitt arbetssätt innebär. Sättet att gå tillväga har för mig blivit att utnyttja och lita till "handledningssituationens inbyggande dynamik".

DAGBOK 3

Måndag

Kandidaten frågar efter strukturerad journal med anamnes, status, bedömning och behandling och särskilda stycken. Vi har en hel del patienter med låtta förkylningar och ont i halsen. Behövs antibiotika? Vi är i stort sett överens om att i de flesta fall behövs det inte.

En patient som på 60-talet hade LED och som i många år har ätit cortison men har fått Brufen i utbyte mot 1/2 cortison-tablett. Patienten har varit på reumatiker-sjukhus utan att det har kommit någon anteckning till distriktsläkare och samtal med patienten ger möjligheter till många missförstånd. Vi diskuterar de svårigheter som uppkommer för primärvården när det inte finns anteckningar från patienternas besök på specialkliniker. Detta uppfattas som ett problem. Patienten uttrycker önskemål om att få gå här i framtiden.

Tisdag

Behövs antibiotika? Familj med febriga barn som bor långt uppe i glesbygden. Skall de få en flaska penicillin även om penicillinet inte är indicerat just i ögonblicket. Telefonkontakt, men undertecknad är inte jour, skall patienten ringa hem på privata numret?

Kandidaten frågar om läkare hjälper varandra? Diskuterar man principiella frågor när man möts vid kaffe eller kallar man på en doktor när man har ett aktuellt knepigt fall? Finns det några hinder i form av prestige eller yrkesstolthet som gör att man vill klara sig själv och inte visa sina svagheter?

Kandidaten åkte hem då hans fader plötsligt och oväntat avlidit.

DAGBOK 4 Söndagkväll

I morgon kommer "min" kandidat. Det är första gången jag har kandidat från grundutbildningen. Det känns ansvarsfullt: en blivande kollega som ännu inte bestämt sin specialisering och har ganska liten erfarenhet av primärvård, såvitt jag vet. Skall jag kunna ge en rättvisande bild av arbetet i primärvård, som vi tillämpar det på vår vårdcentral? Kommer min kandidat att lära sig något nytt? Kommer jag att lära mig något?

Måndag

Första dagen med kandidaten. Vi tog oss tid i morse att försöka berätta lite om oss själva, vilka personer vi är. Det är en utmaning att möta någon med mindre yrkeserfarenhet men mer livserfarenhet än man själv (kandidaten är fyra år äldre än jag, har arbetet i bank och som sjuksköterska).

På förmiddagen gick vi igenom en del om vårdcentralen, nämligen om området, befolkningssammansättning, vårdcentralens historia och så vidare. Jag känner mig litet osäker på detta, eftersom min kollega kan alltsammans så bra.

Vi gjorde en grov planering av kandidatens vecka, med utrymme för improvisationer. Sedan visade vår avdelningsföreståndare vårdcentralen med alla sina lokaler och olika verksamheter. Kandidaten deltog ett par timmar i jourmottagningsluckan med våra sköterskor. Det var väldigt rushigt på måndagförmiddagen med stor tillströmning av patienter, många olika sorters problem och ständigt snabba beslut.

Lunch tillsammans på Larssons bar, som är vår närbelägna matservering. Vi pratade om att vara igenkänd och att bli särbehandlad. Kandidaten har obehagliga minnen av ständig upppassning på långvårdsklinik. Det kändes kymigt och ganska ensamt på piedestalen. Jag har också upplevt det någon gång speciellt på sjukhus. Här på vårdcentralen är det inte samma problem. Det finns ingen riktig tradition av att sätta någon på en piedestal. Men visst är vi doktorer förskonade från den del motsättningar i personalgruppen. När det gäller att vara igenkänd utanför vårdcentralen uppfattar jag inte det som något problem. Jag bor nära vårdcentralen och många vet var jag arbetar. Jag tycker att människor i allmänhet respekterar att man får anlita mig som doktor på min arbetstid.

Efter lunch hade vi möte på barnavårdcentralen, distriktsläkare, barnläkare och socialbyrå. Vi har inget etablerat samarbete med socialbyrån utom i Reha-gruppen. Kandidaten förväntade sig storligen. Vi är nog inte så framåt alla gånger.

Kandidaten har arbetat ett tag med ett problemfall, läst i litteraturen och så småningom har vi diskuterat oss fram till handläggning.

Tisdag

Läkarträff: samtal om praktiska problem. Skolhälsovård 08.30–10.30. Vi hade först litet mottagningsverksamhet och sedan klassundersökning av åttondeklasser. På grund av jakten var det svårt att samtala under skolhälsovårdstimmarna, så vi fick ta oss en stund efteråt. När man har en besökare med ser man med fräschare ögon på det man gör. Jag tycker det finns anledning att vara kritisk när det gäller skolhälsovård. Tid, lokaler och utrustning ger inte möjlighet till någon vettig medicinsk insats – det blir ungefär som på hembesök med ficklampa, blodtrycksmanschett (fel bredd) och stetoskop, receptblock och re-

misser, men utan hembesökets fördelar i form av kännedom. Elevvårdsinsats? Samtal? Nej, det är för rörigt (tidsbrist och systems önskan om snabb genomströmning). Hälsofostran? Tyvärr... så vad gör vi? Tröstar syster, och stöttar henne litet. Hittar någon scolios ibland (inte så illa). Behandlar något eksem. Lugnar någon orolig.

Kandidaten har fått ägna sig åt problemlösning igen på förmiddagen, speciellt klamydiainfektioner som vi vet så litet om. Sedan har hon fått läsa journaler om mina problempatienter. Lunch igen på Larssons bar. Långt samtal om fjällvandringar och avskildhet. Återknöt till gårdagens diskussion om särbehandling för doktorn på en del arbetsplatser. Jag minns under samtalet oron för att börja som AT-läkare. Det är jobbigt att börja ta ansvar. Kandidaten säger att det är lätt och roligt att läsa in något när det är relaterat till ett problem, en patient. Uppenbarligen är grundutbildningen fortfarande traditionell med systematisk katedral undervisning som huvudingrediens. Det finns för litet problemorienterad undervisning, smågrupp- och seminarieundervisning.

Vi pratar en stund om studentinflytande. Jag var med på FNYS-tiden med de första provande försöken att få studentinflytande. Det går ju faktiskt framåt, både på institutionsnivå och linjenämnden.

Läkarträff 13.00–14.00: Sjukgymnasten närvarande. Vi träffar henne varje vecka och diskuterar patienter och remisser som vi undrar över. Gemensamt grubblar alla doktorerna sedan på ett märkligt Ekg.

Kl 14.00–15.30: Vi går tillsammans på min mottagning med olika typer av problem; missbruk + diabetes, otitkontroll, fingspetspunktion.

Trötta skiljs vi åt i eftermiddag.

Det verkar stöktigt att vara borta från Umeå en vecka och göra allmänmedicin när man skall tenta på lördag. Det splittar krafterna.

Onsdag

Kandidaten har tillbringat förmiddagen hos sjukgymnasten. Hon slogs av sina dåliga anatomikunskaper, precis som jag gjort. Varför är undervisningen så systematisk men inte problemorienterad? Varför inkluderar inte anatomin undersökning av rörelseorganen på varandra? Varför är teori och praktik så långt ifrån varandra?

På eftermiddagen har kandidaten fått en genomgång av vår diabetessköterska. Vid mottagningsbesök i går såg kandidaten att hon visste föga om hjälpmedel: alla sorters tester, sprutor, tvättgrejor. Syster är jättebra på att lära ut om diabetes: kost, självtest, motion och fotvård. Jag har ägnat en timme åt den ackumulerande journalhögen med brevsvår, telefonsamtal och små meddelanden hit och dit. Mitt löpande arbete kommer i kläm när jag använder alla luckor till att prata med min kandidat. Eftersom jag jobbar sex timmar per dag har jag ett visst utrymme att arbeta över, och det har jag gjort varenda dag.

Torsdag

TVå timmar BVC på förmiddagen. Vi hade det ganska rushigt med många barn och en del problem. Jag hann inte ge kandidaten någon särskild uppmärksamhet utan kandidaten fick bara hänga med. Gör BVC någon medicinsk nytta egentligen? Är BVC mest trygghet, uppmuntran och stöd?

På mottagningen kom en handikappad kvinna med hemsjukvård. Jag hade egentligen väldigt bråttom i mötet med henne. Utanför fanns massor av människor jag

ville ringa, som ringde mig, som ville ha recept och sjukintyg och journaler klara.

I diskussionen med kandidaten efteråt tyckte hon att jag inte verkade stressad med patienter. Det är skönt att få den uppmuntran.

På eftermiddagen har vi haft efterutbildning med klinisk farmakolog. Det var en utmärkt genomgång.

Fredag

På läkarträffen på morgonen har kandidaten redogjort för klamydia i 10 minuter: bakteriologi, diagnostik, symptom, behandling. Det var mycket bra och tillförde oss fräscha kunskaper.

Mottagning kl 08.30–10.00. Vi hade olika typer av sjukdomar representerade: diabetes, hjärtarytmi, ledbesvär och nageltrång. Efteråt resonerade vi litet om bemötande av patienter. Jag har för närvarande mest kontinuitetspatienter på min mottagning eftersom vi är få ordinarie och några vikarier. Det innebär ju att jag känner många av mina patienter relativt väl.

Jourpass kl 10.00–12.00: Två killar kommer för gc-provtagning.

Några människor har ÖLI, någon har ont i ryggen. Det här ger tillfälle att prata om praktiska rutiner och tekniker för arbetet. Jag ser verkligen vad vi jobbar mycket med: rörelseapparaten, diabetes, hypertoni och infektioner.

Avslutning

Kandidaten känner sig nöjd med veckan, särskilt med genomgång med diabetessköterska och sjukgymnastiken.

Jag tycker att det har varit en stimulerande vecka. Det är spännande att se på jobbet med någon annans ögon. Jag har diskuterat mycket och lärt mycket av att handleda. En nackdel har vi haft denna vecka: tröttheten. Kandidaten har en sluttenta i morgon. Hon flyttar från Umeå till sin AT-tjänstgöring ett par dagar senare. Jag är pressad av en förkylning och en allmänt belastad arbetssituation.

Sammanfattningsvis var det här roligt. Jag gör gärna om det. Jag är väldigt glad att jag fick en kandidat som jag kom så väl överens med.Handledningen förutsätter ju att det finns någon form av samstämmighet mellan handledare och handledad.

DISKUSSION

Dagboksregistreringen är en sammanställning av fyra enskilda handledares personliga upplevelser av en veckas handledning av medicine studerande i ämnet allmänmedicin. Registreringarna kan emellertid också ge mer generella erfarenheter av vad en sådan vecka kan ge ur pedagogisk synpunkt. Speciellt personliga svårigheter och lösningar belyses, något som inte alltid är möjligt med mer traditionella former av kursvärderingar.

Som speciellt positivt uppfattades möjligheten att på ett personligt sätt dela med sig av sina erfarenheter. Några betonade också betydelsen av att kandidaten hjälpte handledaren att se på sitt arbete med "fräscha ögon". Patient-läkarrelationens betydelse för arbetet framhölls, där handledningen baseras på de i vardagen förekommande situationerna. Viktiga faktorer i det arbetet är en personlig relation mellan kandidat och handledare, uttalade förväntningar hos kandidaten över veckans innehåll och tid för att diskutera

Vad betyder effekter på lipoproteiner vid långtidsbehandling av hypertoni?

Kolesteroleffekter vid hypertonibehandling

	Önskvärda	Betablockerare	Diuretika	Peripress®
HDL-C	↑	↓	↔	↑
LDL-C	↓	↔	↑	↓
Kolesterolkvot	↑	↓	↓	↑

HDL = High Density Lipoprotein
LDL = Low Density Lipoprotein
C = Kolesterol

$$\text{Kolesterolkvot} = \frac{\text{HDL}}{\text{LDL} + \text{VLDL}}$$

Logiska kombinationer vid hypertonibehandling speciellt med tanke på lipoproteinmönstret:

Betablockerare + Peripress®
prazosin

Diuretika + Peripress®
prazosin

Referenser

Tabletter 1 mg, 2 mg, 5 mg

1. Rouffy J, Jaillard J. Comparative effects of prazosin and atenolol on plasma lipids in hypertensive patients. Am J Med 76 (2A): 105—108, 1984.
2. Leren P et al Effect of propranolol and prazosin on blood lipids. The Oslo Study. Lancet 2: 4—6, 1980.
3. Johnson BF, Romero L, Johnson J, Marwaha R. Comparative effects of propranolol and prazosin upon serum lipids in thiazide-treated hypertensive patients. Am J Med 76 (2A): 109—112, 1984.
4. Rössner S. Serum lipoproteins and Ischemic vascular disease: On the interpretation of serum lipid versus serum lipoprotein concentrations. J Cardiovasc Pharmacol 4 (suppl 2): 201—205, 1982.
5. Kather H, Sauberlich P. Comparison of in vitro and in vivo effects of prazosin on lipid metabolism. Am J Med 76 (2A): 89—93, 1984.
6. Takabatake T, Otha M, Maekawa M et al. Effects of long-term prazosin therapy on lipoprotein metabolism in hypertensive patients. Am J Med 76 (2A): 113—116, 1984.
7. Lowenstein J, Neusy AJ. Effects of prazosin and propranolol on serum lipids in patients with essential hypertension. Am J Med 76 (2A): 79—84, 1984.
8. Goto Y. Effects of alpha- and betablocker antihypertensive therapy on blood lipids: a multicenter trial. Am J Med 76 (2A): 72—78, 1984.



Pfizer AB, Box 3053, 183 03 TÄBY

kring uppkomna problemställningar i handledningsarbetet.

De största problemen kring handledningen ansågs vara bristande planering av kandidatens vistelse och trycket från vardagsarbetet. Även om en planering är gjord och en speciell vecka vald för kandidatens tjänstgöring, så finns det i vardagen så mycket som inte är direkt planerbart och som kan störa handledningen. Det oförutsedda i vardagen kan förstås också vara en tillgång i handledningen, vilket tidigare påpekats.

Förutom patient-läkarrelationen framhölls arbetssättet (lagarbetet) och sjukdomspanoramat i öppen vård som viktiga områden att lära ut mer om. Men det skall inte vara traditionell undervisning med "ja- och nej-frågor" och "rätt och fel" utan förmågan att kunna värdera och analysera situationer där någon sann lösning inte finns alltid, skall belysas. Mer konkret uttryckt; att i mötet med människor och tillsammans med människor kunna expectera och stå ut med osäkerhet när något absolut sant svar inte går att finna. En förutsättning för en sådan undervisning är en personlig relation mellan handledare och kandidat, vilket inte alltid infinner sig spontant. Varje vecka blir därför inte den andra lik beroende på handledarens speciella förutsättningar, den aktuella veckan och kandidatens speciella behov och förväntningar.

SAMMANFATTNING

Att handleda kandidater på vårdcentral uppfattas som viktigt och stimulerande. Viktiga förutsättningar för handledningen är att det finns en plan för vad som skall läras ut, att kandidaternas önskemål formuleras tidigt under veckan och att vårdcentralen är förberedd på att ta emot en kandidat. Om kandidatens förväntningar dåligt stämmer överens med vårdcentralens möjligheter är det viktigt att de är diskuterade på ett tidigt stadium av tjänstgöringen. Handledarna behöver också en regelbunden kontakt med universitetssjukhuset på att en samordning kommer tillstånd med den övriga undervisningen. Undervisningen i allmänmedicin på vårdcentral vill betona det personliga inslaget i handledningen. En mer personlig metod, exempelvis dagboksanteckningar, kan vara ett sätt att fånga kvalitativa aspekter av handledningen, som annars inte alltid kommer fram vid en kursvärdering med fasta frågor och fasta svarsalternativ.

Referenser:

1. Mattsson B, Westman G. Om undervisning i allmänmedicin i Umeå. SFAM-nytt 1981;2(2):32-5.
2. Mattsson B, Westman G, Freijd H. Allmänmedicinsk veckokurs - ett års erfarenheter. Läkartidningen 1981;78(51):4612-4.
3. Freijd H. Inläring och undervisning. SFAM-nytt 1981;2(2):31-2.

Författare:

Göran Westman, forskningsassistent, distriktsläkare vid undersökningens genomförande tf klinisk lärare, Allmänna sektionen, Umeå universitet.

Bengt Mattsson, klinisk lärare, Allmänmedicinska sektionen, Umeå universitet.

Leif Persson, distriktsläkare, Vårdcentralen, Sollefteå.

Gunilla Risberg, distriktsläkare, Tegs vårdcentral, Umeå.

Finn Rost, distriktsläkare, Krokom vårdcentral, Krokom.

Margareta Troein, distriktsläkare, Örnäsets vårdcentral, Luleå.

Postadress: Allmänmedicinska sektionen,
Umeå vårdcentral, Box 10093,
900 10 Umeå
Telefon 090/12 56 00

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

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

De senaste åren har SFAM expanderat kraftigt och har nu nästan 1.400 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger ALLMÄNMEDICIN - en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

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

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

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

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

OBS! Alla medlemmar i SFAM erhåller för 1985 automatiskt tidskrifterna ALLMÄNMEDICIN och SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKLIN

SFAM

Box 5610
114 86 Stockholm

Streptokockodling med preliminärbedömning på vårdcentral

BJÖRN OLSSON

"Kliniskt typiska streptokocktonsilliter" saknar ofta växt av betastreptokocker i svalget. Med användande av anaerob odlings-teknik och preliminärbedömning efter ett dygn bör man kunna skärpa diagnostiken före behandling av akuta svalginfektioner hävdar Björn Olsson, distriktsläkare i Sandviken. Vid streptokockodling på vårdcentral nåddes god överensstämmelse mellan preliminärbedömning efter ett dygn, och kontroll på baktlab.

Nyckelord: ÖLI, infektioner, diagnostik, primärvård.

Bakgrund

Att diagnostisera streptokockinfektioner i svalget med hjälp av enbart den kliniska bilden är mycket svårt och ger en oacceptabel osäkerhet där såväl över- som underdiagnostik är betydande (1, 2).

Det råder allmän enighet om att tonsillit förorsakad av betastreptokocker skall antibiotikabehandlas (2, 3). Antibiotika bör i dessa fall sättas in så tidigt som möjligt, då tidig behandling av streptokocktonsillit minskar risken för komplicerade glomerulonefrit (3). Vid annan etiologi vill man i regel undvika antibiotikaförskrivning.

Den diagnostiska svårigheten består alltså i att snabbt kunna verifiera respektive utesluta betastreptokocker grupp A som orsak till en akut tonsillit. Således önskar man såväl hög sensitivitet som hög specificitet. Med tanke på penicillin V:s ringa toxicitet och komplikationernas relativa allvar torde sensitiviteten vara viktigast, vi vill hellre antibiotikabehandla en tonsillit för mycket än en för litet.

Försök med svalgodling på öppenvårdsmottagning har tidigare gjorts med något varierande resultat. Norstedt (4) rapporterade 1975 40%:ig förekomst av hemolytiska streptokocker i svalget hos barn med tonsillit vid en läkarmottagning. Några kontrollodlingar på bakteriologiskt lab redovisades ej.

I en studie över 52 patienter där dubbelprov togs fann man i kontrollmaterialet i 20 fall växt av betastreptokoc-

ker av vilka 19 korrekt kunnat preliminärbedömas på mottagning efter inkubation över natten (5).

Syfte

Syftet med föreliggande undersökning har varit att utveckla en högsensitiv metod för diagnostik av betastreptokocker, som kan användas på vårdcentral.

Metod

Vid hälsocentralen Knuten i Sandviken togs i 100 konsekutiva fall med misstänkt svalginfektion svalgprov med kolpinne. Utstryk gjordes på blodagarplattor av vanlig typ vilka erhöles från bakt lab, Gävle sjukhus.

Proven inkuberades sedan anaerobt i Gas Pak i 37° över natten och avlästes morgonen därpå av undersköterska, vilken före undersökningen hospiterat två eftermiddagar vid bakt lab i Gävle och lärt sig utstryks- och avläsnings-teknik. Proven bedömdes som positiva eller negativa avseende växt av betastreptokocker. Efter preliminärbedömning på vårdcentralen följande dag sändes samtliga plattor (alltså även de som preliminärt bedömts som negativa) till bakt lab i Gävle för slutodling och bedömning. Vårdcentralens preliminära bedömning redovisades ej för bakt lab.

Tabell I.

Jämförelse mellan preliminärbedömning på vårdcentralen och baktlabs odlingsresultat. Siffrorna anger antal bedömda svalgodlingar.

bakt lab vårdcentral	pos	neg
	pos	neg
pos	57	6
neg	0	35
summa	57	41

Resultat

Av tabell I framgår att överensstämmelsen var god mellan den preliminära bedömningen på vårdcentralen och den slutliga bedömningen efter odling på baktlab.

I två fall har av förbiseende plattorna inte sänts in till baktlab för bedömning. Av dessa två var den ena positiv enligt den preliminära bedömningen.

Av de 98 prover som bedömts på baktlab uppvisade 57 växt av betastreptokocker. Samtliga dessa bedömdes på vårdcentralen som positiva. Sensitiviteten var alltså 1,0 beräknat enligt samma metod som använts av Halander med flera (6). 41 prover visade enligt baktlab ingen växt av betastreptokocker. Av dessa hade 6 bedömts som positiva vid den preliminära bedömningen. Specificiteten blir därigenom 0,85.

Diskussion

Tidigare är visat att perifert utförd bakteriologisk odling avseende betastreptokocker ger bättre diagnostisk skärpa än enbart klinisk bedömning. Dock har det ofta varit svårt att erhålla en acceptabel sensitivitet (6).

I denna studie har vi använt baktlabs utodling och bedömning av de primärt på vårdcentralen avlästa plattorna som referensmetod. Jämfört med konventionellt pinnprov är detta möjligen en metod med något lägre sensitivitet.

Genom noggranna rutiner och förutbildning av berörd personal har vi kunnat erhålla en hög sensitivitet vid den preliminära bedömningen. Ur klinisk synpunkt är detta väsentligt. Eftersom vi anser att vi kan lita på vår decentraliserade svalgodling kan vi lugnt avvakta ett dygn före insättande av terapi även på "kliniskt typiska streptokocktonsilliter", vilka ju i besvärande hög frekvens saknar växt av betastreptokocker.

Ett kommersiellt kit för odling av streptokocker på öppenvårdsmottagningar finns på marknaden, Streptocult. Detta är dyrare än vanliga blodagarplattor och har inte visats ge några praktiska fördelar.

Med vår metod skiljer vi inte ut betastreptokocker grupp A från övriga

grupper. Det innebär att vi kommer att antibiotikabehandla ett antal icke patogena streptokockstammar. Det har föreslagits att man kan använda bacitracindisk på blodagarplattan för att med hjälp av bacitracinhämning skilja ut grupp A. Detta skulle öka precisionen i diagnostiken. Å andra sidan förekommer bacitracinresistenta stammar av betastreptokocker grupp A varför något av poängen med förfarandet går förlorad. Eftersom dessutom decentraliserade bakteriologiska rutiner bör göras så enkla som möjligt för att hålla felkällorna under kontroll har vi valt att inte använda oss av bacitracindisker.

Rutinmässigt kommer vi i fortsättningen att skicka alla plattor vi preliminärt bedömer som positiva avseende växt av betastreptokocker till bakt lab för gruppering, samtidigt som vi inleder antibiotikabehandling.

Referenser:

1. Axelsson, Ekedahl, Hallén. Akut svalginfektion – etiologiska och diagnostiska synpunkter. Läkartidningen 71; 3923–3926, 1974.
2. Cars Forsum. Diagnostik av svalginfektion med betahemolytiska streptokocker grupp A. Läkartidningen 72, 3219–3220, 1975.
3. Holm, Ekedahl, Bengtsson. Prevention of acute glomerulonephritis with early treatment of tonsillitis with penicillin. Scand J Infect Dis 5, 115–122, 1973.
4. Norstedt S. Streptokockhals eller ej? Odling på mottagning. Läkartidningen 72, 4223, 1975.
5. Strangert K. Streptokockodling vid barnmottagning tillförlitlig och billig. Läkartidningen 80, 2481–2482, 1983.
6. Hallander, Roth, Bertlund. Förbättrad streptokockdiagnostik genom odling i öppenvård? Läkartidningen 79, 1584–1586, 1982.

Författarpresentation:

Björn Olsson, distriktsläkare, Hälsocentralen Knuten.*

*Postadress: Plangatan 8, 811 30 Sandviken.
Tel 026/25 89 60

EGENVÅRD

Föräldrars behandling av symptomet feber hos barn

NIELS CHRISTIAN JENSEN

På en barnakutmottagning lämnade föräldrar till barn med feber som ett naturligt led i anamnesupptagningen, upplysning om deras behandling av symptomet feber och informationskällan för denna egenvård. 90% av barnen blev behandlade i hemmet, huvudparten (83%) med antipyretika. Muntlig rådgivning från hälso- och sjukvården var den dominerande informationskällan.

Nyckelord: Infektioner, feber, egenvård.

Syfte

Att registrera hur föräldrar till barn med feber reagerar på och behandlar symptomet feber.

Material och metod

Undersökningen genomfördes under en 4-veckorsperiod 1983 (vecka 35, 38, 39 och 43) på dagarbetstid (8.00–16.30) vid ett länssjukhus på barnakutmottagningen. Som ett naturligt led i anamnesupptagningen för det aktuella sjukdomsfallet tillfrågades föräldrar till barn med feber om deras eventuella behandling av febern, när efter feberdebut behandlingen blev insatt och vid vilken temperatur behandling påbörjats. Föräldrarna tillfrågades om informationskälla om feberbehandling. Antal syskon till barnen och medföljande föräldrars arbete och/eller utbildning antecknades.

Endast barn som anamnestiskt och/eller objektivt under den aktuella sjukdomen hade temperatur 38 eller mer, och barn vars föräldrar oavsett temperatur hade uppfattat barnet som febrigt ingår i undersökningen.

Resultat

30 barn i åldern 3 månader till 16 år ingår i undersökningen. Åldersfördelningen framgår i figur 1. Huvudparten (67%) är mellan 0–2 år.

3 barn behandlades inte i hemmet innan de sökte akutmottagningen.

Dessa kom tillsammans med föräldrarna cirka 3 timmar efter feberdebuten. Barnen var 3 månader (38,1), 13 månader (38,8), 8 år (40,0). Övriga 27 barn hade behandlats i hemmet innan de kom till akutmottagningen, se tabell I.

Tabell I.
Föräldrars egenvård hos barn med feber.

Antal barn	Behandling
23	Antipyretika
2	Antipyretika + avklädning
1	Avklädning
1	Avklädning + aktiv avkyllning
3	Ingen

Tabell II.
Föräldrars informationskälla för egenvård. (En förälder inräknad per barn.)

Antal föräldrar	Källa
9	Muntliga råd vid tidigare läkarbesök med barnet eller dess syskon
5	Muntliga råd vid besök på barnavårdscentral
2	Telefonråd från akutmottagningens sjuksköterska
3	Läkarbok, FASS
3	Erfarenhet, råd från egen arbetsplats
2	Råd från moder
1	Tidigare positiv erfarenhet av Alvedon hos andra barn

Tabell III.
Föräldrars utbildning/eller arbete.

Antal föräldrar	Utbildning/Arbete
12	Hälso- och sjukvårdsyrken
8	Kontorsyrken
1	Serveringsbiträde
1	Affärsbiträde
1	Lärare
7	Hemmafru utan eller ej angiven utbildning



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

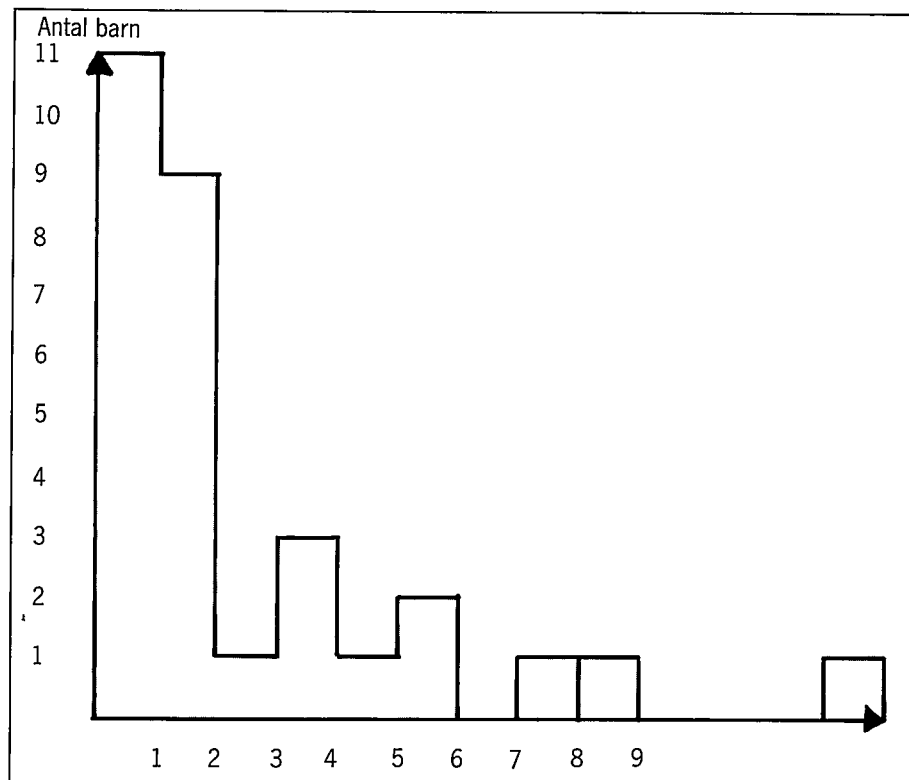
För sex år sedan konstaterades att Carl-Axel Norrman, 58, hade för högt blodtryck. Han ordinerades Seloken tabletter 100 mg $\times$ 1 och blodtrycket normaliserades. Inga besvärande biverkningar uppträdde.

Alltsedan behandlingen påbörjades har Carl-Axel Norrman 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.



Figur 1.
Åldersfördelning

25 av 27 hade intagit antipyretika peroralt eller rectalt. 2 hade samtidigt fått behandling i form av avklädning. Av 25 som fått antipyretika, hade 23 använt paracetamol (21 Alvedon, 2 Panodil) och 2 acetylsalicylsyra (Magne-cyl, Albyl Minor). 2 barn behandlades utan medicin; ett med avklädning, ett annat med avklädning samt kall handduk på benen.

28 av de 30 barnen hade objektivt fått registrerat temperatur innan eventuell behandling insattes. Av dessa hade 9 behandlats vid temperatur mellan 38–39, 15 mellan 39–40, och 1 vid 40. 2 barn hade ej fått temperaturen mätt, men ändå av föräldrarna bedömts som febriga, de hade känts varma och därför behandlats med antipyretikum.

Tidsperioden från feberdebut till feberbehandling varierar i materialet från 1/2–24 timmar. 55 % fick feberbe-

handling inom de närmaste 3 timmar-na. 77 % inom 12 timmar.

Föräldrarna till 25 av undersökningens 30 barn meddelade bakgrunden för val av behandling, se tabell II. Fler-talet hade erfarenhet från tidigare be-sök hos läkare eller barnavårdscentral. 20 av undersökningens 30 barn hade syskon, flertalet äldre.

För alla har registrerats arbete eller utbildning hos den förälder som synes ha behandlarrollen i hemmet (se dis-kussion), tabell III.

Diskussion

Barnakutmottagningens primära mål-grupp är polikliniska akutbesök av barn från 0–2 års ålder och barn inrem-mitterade från distriktsläkare för be-dömning, vilket kan förklara åldersför-delningen i materialet. 90 % av barnen blev behandlade i hemmet av föräld-

rarna. De flesta, 83 % i form av feber-nedsättande läkemedel, oftast parace-tamol. Detta överensstämmer med en tidigare svensk rapport om feber hos barn.

Alvedon, Panodil, Magnecyl och Al-byl minor var då studien genomfördes receptfria läkemedel, vilket kan förkla-ra deras starka representation i be-handlingen. Överraskande få hade gi-vit en aktiv, icke läkemedelsbaserad behandling.

Tidsperioden mellan feberdebut och behandling varierar en del. I undersök-ningen är ej medtaget frågor som kan förklara detta, men barnens allmäntill-stånd har sannolikt haft betydelse. Hos mer än 50 % av föräldrarna var infor-mationskällan muntliga råd från läka-re eller personal på barnavårdscentral. Skriftlig information är blygsamt re-precenterad – ingen av föräldrarna nämner det egenvårdshäfte som på se-nare år har funnits på länets apotek, som gratisbroschyr! Sannolikt spelar motivation stor roll för mottagning av information om egenvård. Vid samtal med föräldrarna i undersökningen kände jag ganska snart vilken förälder som dominerade i behandlingsansva-ret. Att ena föräldern har behandlar-rollen är känt av de flesta läkare. Av tabell III som visar utbildning/arbete hos förälder med "behandlarrollen" framgår att 40 % på något sätt är knut-na till hälso- och sjukvården.

Litteratur:

1. Bylund M, Wettrel G: Feber hos barn – en föräldraenkät och en översikt över behand-lingen. Läkartidningen 1983; 45: 4267–8.

Författarpresentation:

Niels Christian Jensen,* FV-läkare i allmänmedicin, underläkare vid långvårdsmedicinska kliniken, Värnamo sjukhus.

*Postadress: Enebærsvvej 13,
DK-55 50 Langeskov
Danmark

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 ROKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 10630 STOCKHOLM.

En multicenterstudie i primärvård – ekvipotensstudier med sotalol jämfört med andra betablock

JAN KJELLBERG · MARGARETA STRAND-JONSSON

I en öppen multicenterstudie med 192 ingående patienter studerades ekvipotensförhållande mellan sotalol och andra betablockerare. Av studien framgick att dygnsdosen i mg för propranolol multiplicerat med en omvandlingsfaktor på 2 gav en ekvipotent dos sotalol. Motsvarande omvandlingsfaktor för metoprolol blev 0,9, för pindolol 16 medan den för atenolol och alprenolol blev 1,6 respektive 0,4.

Nyckelord: Multicenterstudie, behandling, hypertoni, betablockerare.

Man har ibland anledning att överväga byte av betablockerare till exempel på grund av biverkningar eller att man vill utnyttja andra effekter av medicineringen än enbart den betablockerande. Viss oklarhet föreligger när det gäller jämförbara doser och studier inom området har utförts på relativt få patienter. Resultaten har registrerats antingen som effekt på puls och blodtryck i vila eller vid arbetsprov och oftast ett dygn efter sista dos för att samtidigt få ett mått på durationen (1, 2, 3, 4, 5).

Vi bedömde att ett intresse för en mer omfattande jämförande studie förelåg och valde som referenssubstans sotalol med en lång halveringstid på cirka 17 timmar där man alltså kunde räkna med adekvat betablockad över dygnet vid endosförfarande. Sotalol har dessutom en antiarytmisk effekt av klass III-typ utöver klass II-typen (6, 7, 8), vilket kan motivera omställning från andra betablockerare till sotalol hos patienter med hypertoni med benägenhet för hjärtarytmier.

Målsättningen med studien var att påvisa den dos av sotalol som vid byte från andra betablockerare ger samma antihypertensiva effekt hos patienter med behandlingskrävande hypertoni.

Material

I det ursprungliga materialet ingick 208 patienter. 3 patienter avbröt på grund av biverkningar. 1 patient avflyt-

Tabell I.
Ingående pat, deras ålders-, vikt- och könsfördelning.

Patienter	192 st
Män	98 st
Kvinnor	94 st
Ålder	55 år (31–70)
Vikt	78 kg (46–148)

Tabell II.
Exklusionskriterier

- Annan hypertonisjukdom än enligt WHO-stadium I och II.
- Gravida kvinnor.
- Obehandlad hjärtinsufficiens. Patienter med hjärtinsufficiens, som är väl kompenserad med digitalisterapi, behöver ej exkluderas.
- Bronkialastma eller annan obstruktiv lungsjukdom.
- AV-block av grad II och III.
- Juvenil diabetes.
- Nedsatt njurfunktion (serumkreatinin >115 mmol/l)

Tabell III.
Dygnsdoser av respektive betablockerare och jämförbara dygnsdoser av sotalol.

	Dygnsdos mg	Sotalol mg	Dosför- hållande
Alprenolol	400	160	0,4
Metoprolol	200	160	0,8
Oxprenolol	160	160	1
Atenolol	100	160	1,6
Propranolol	80	160	2
Timolol	20	160	8
Pindolol	10	160	16

Publikation från Medicinalstyrelsen, Finland (10)

Figur 1.
Studiens uppläggning.

0	1	3	6 månader
BT puls EKG S-kreatinin Elektrolyter Leverenzym Blodfetter	BT puls	BT puls	BT puls EKG S-kreatinin Elektrolyter Leverenzym Blodfetter

tade under studiens gång och 1 patient utgick på grund av bristande medverkan. 11 patientprotokoll var ofullständigt ifyllda och kunde ej bedömas.

Studien omfattade totalt 192 patienter, 98 män och 94 kvinnor. Medelåldern var 55 år med en spridning mellan 31 och 72 år (tabell I). Patienterna hade essentiell hypertoni enligt WHO-stadium I–II och uppvisade ett väl kontrollerat blodtryck med behandling av enbart betablockerare sedan minst 6 månader. Exklusionskriterierna framgår av tabell II.

Metod

Studien var öppen och av multicenter-typ med 12 deltagande centra. Vid tidpunkten 0 genomgick patienterna klinisk undersökning inklusive ett antal laboratorieundersökningar vilka framgår av figur 1. Dagen efter ställdes patienterna över från respektive betablockerare till sotalol. Dosen valdes med hjälp av den tabell över ekvipotenta doser som publicerats av finska medicinalstyrelsen (tabell III) (ref 10).

En justering i den ursprungliga tabellen har gjorts beträffande jämförba-

Varsågod

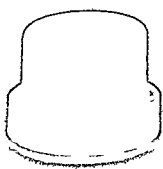
Det finns Link för varje behov.

LINK BLÅ — den milda — vid symptomatisk behandling av epigastralgi og halsbränna.

LINK RÖD — den starka — vid ulcus ventriculi s. duodeni.

”Link Blå”

Link mixtur 150 mg/ml
10 ml mixtur binder
ca 40 mmol HCl
Förpackningar:
250 ml och 1000 ml.



Link

150 mg/ml
mixtur
250 ml Vnr. 176646
Syreneutraliserende/
Syreneutraliserende/
Syreneutraliserende

Oppbevares utilgjengelig for barn.
Førvaras uåtkomlig for barn.
A/S Apotekernes Laboratorium
for Specialpræparater, Oslo, Norge.

Link

150 mg/ml
mixtur
1000 ml Vnr. 175638
Syreneutraliserende/
Syreneutraliserende/
Syreneutraliserende

Oppbevares utilgjengelig for barn.
Førvaras uåtkomlig for barn.
A/S Apotekernes Laboratorium
for Specialpræparater, Oslo, Norge.

Alumina hydratisert
ca 100 mg/ml
Sorbitol
Compensat m.
Aqua pur
10 ml binder ca 40
mmol HCl
Brukes mot for mye
syre og alkalie i m.
Følsomt for barn.
Doser:
5 - 10 ml 3-4 ganger
eller etter behov.
Oppbevares utilgjengelig
for barn.
Førvaras uåtkomlig for barn.

”Link Blå”

Link tuggtabletter 700 mg
Varje tablett binder
ca 20 mmol HCl.
Förpackningar:
24 st, 60 st,
5×60 st, 10×60 st.

Link

700 mg
Syreneutraliserende/
Syreneutraliserende
24 tuggtabletter
Vnr. 176407

Oppbevares utilgjengelig
for barn.

Alum. hydroxid.
Sorbitol, carb.
Compensat m.
Aqua pur

700 mg
Syreneutraliserende/
Happoä neutraliserende
60 tuggtabletter
Vnr. 025999
Førvaras uåtkomlig for barn.
A/S Apotekernes Laboratorium
for Specialpræparater, Oslo, Norge.

Link 700 mg
Syreneutraliserende
60 tuggtabletter / tuggtablett / purtabellett
A/S Apotekernes Laboratorium for Specialpræparater, Oslo

Drugsanvisning
Bruges mod for meget mavesyre og følgerne af dette i en eller efter lagers ordre. Tabletterne deles og synkes med lidt vand.

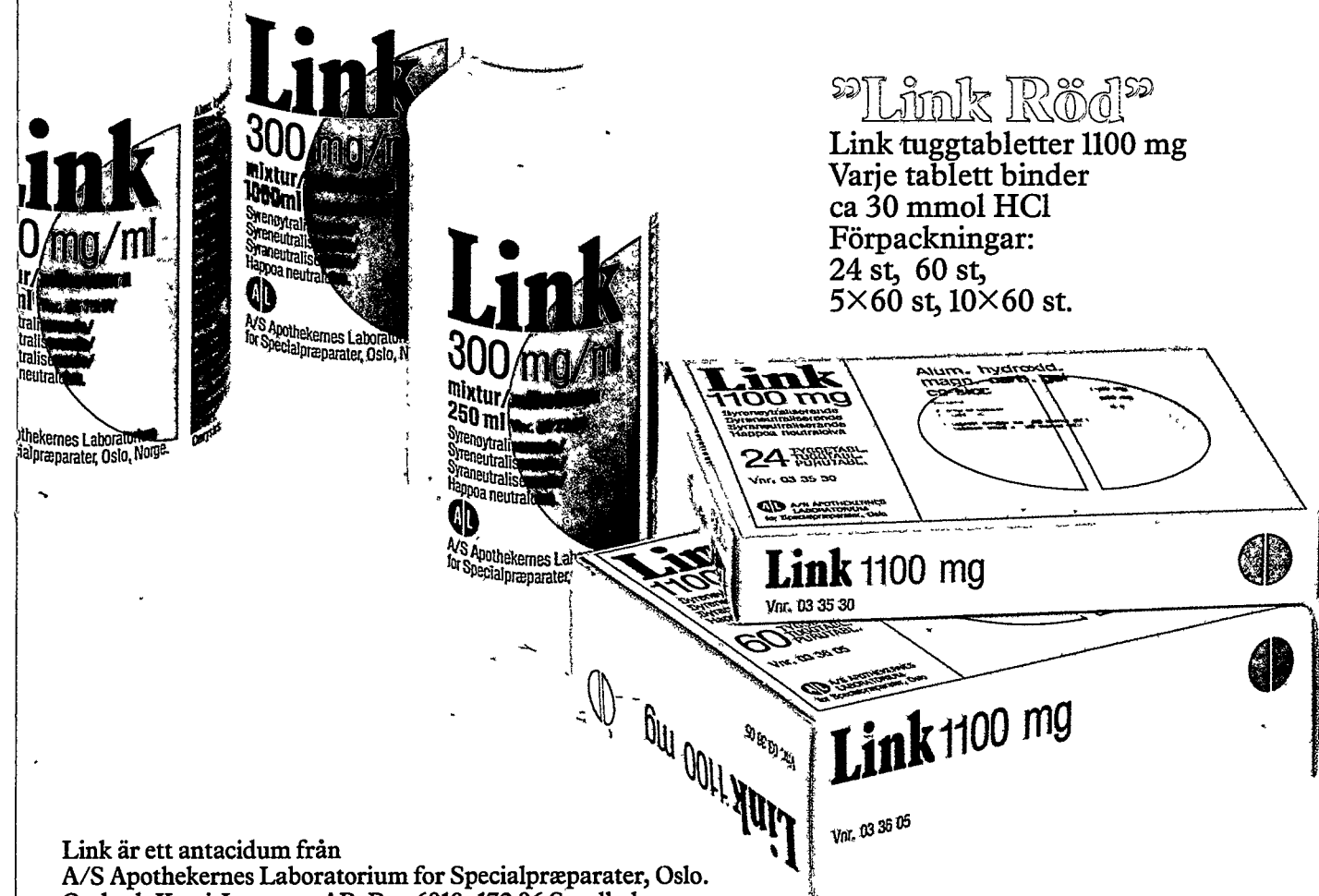
och välj!

”Link Röd”

Link mixtur 300 mg/ml
10 ml mixtur binder
ca 85 mmol HCl
Förpackningar:
250 ml, 500 ml och 1000 ml.

”Link Röd”

Link tuggtabletter 1100 mg
Varje tablett binder
ca 30 mmol HCl
Förpackningar:
24 st, 60 st,
5×60 st, 10×60 st.



Link är ett antacidum från
A/S Apothekernes Laboratorium for Specialpræparater, Oslo.
Ombud: Kemi-Intressen AB, Box 6018, 172 06 Sundbyberg.

ra doser propranolol/sotalol motiverat av en studie från 1977 (11). Sotalol gavs i en engångsdos på morgonen.

Kontroll av patienternas blodtryck och puls gjordes 1, 3 och 6 månader efter medicinändringen. Vid den sista kontrollen utvidgades undersökningen med samma laboratorieprover och EKG som vid tidpunkten 0 (figur 1). Blodtryck och puls registrerades i ligande efter 5 minuters vila. För varje patient gjordes registreringen av samma undersökare vid ungefär samma tidpunkt på dagen. Blodtrycket registrerades med en noggrannhet på 5 mmHg. Om en ändring av blodtrycket på 10 mm systoliskt, 5 mm diastoliskt och/eller biverkningar uppträdde, justerades dosen sotalol med justeringssteg om 80 mg. En extra kontroll av blodtrycket inlades i dessa fall efter 2-3 veckor. Biverkningar rapporterades spontant av patienten eller på direkt fråga. Inga ledande frågor ställdes avseende tänkbara biverkningar.

Resultat

183 patienter, som behandlades med propranolol, atenolol, alprenolol, metoprolol eller pindolol och övergick till sotalol redovisas i tabell IV.

Ytterligare 9 patienter som stod på andra betablockerare redovisas ej då detta material är otillräckligt för att ange ekvipotenta doser. I tabell V har de jämförbara doserna överförts till gängse tablettstyrka och lämpligt doseringsförfarande.

Biverkningar

Som tidigare nämnts behövde endast 3 av de 192 patienterna avbryta behandlingen med sotalol på grund av biverkningar. Dessa biverkningar var yrsel i 2 fall samt diffus angina med tackykardiattacker i ett fall. 30 patienter rapporterade en eller flera biverkningar, men av dessa hade behandlande läkare bedömt endast 9 st (5%) som säkert beroende av sotalolmedicineringen. Dessa biverkningar var yrsel respektive mardrömmar (2) kalla händer (3) svettningar (1) långsam puls respektive extraslag (2) och illamående (1). Fem patienter rapporterade spontant mindre sömnproblem efter byte till sotalol.

Diskussion

I denna studie har vi valt att enbart studera den antihypertensiva effekten av berörda betablockerare. Förutom den tidigare nämnda finska ekvipotensstudien, som bygger på receptstatistik (10) finns ytterligare några jämförande kliniska studier av ett mindre antal betablockerare (5, 12).

De ekvipotensförhållanden som vi funnit i vår studie överensstämmer väl med den finska tabellen och kan användas vid övergång från olika betablockerare till sotalol. Dock med förbehåll att ekvipotensen gäller den antihypertensiva effekten. Effekten på angina pectoris har ej studerats. Ett byte av en betablockerare till en annan kan motiveras exempelvis av biverkningar

antingen rapporterade av patienten eller konstaterade av läkaren, eftersom man ofta ser mycket individuella variationer i biverkningsmönster hos en och samma patient på olika betablockerare oaktat att dessa ger samma antihypertensiva effekt. Vad det gäller sotalol har i denna studie registrerats biverkningar av en typ som kan förväntas med betablockerare i cirka 5%. I endast 3 fall har biverkningarna lett till att behandlingen måste avbrytas.

Sammanfattning

I en klinisk studie av patienter med essentiell hypertoni behandlade med enbart betablockerare studeras ekvipotensförhållandena mellan olika betablockerare gentemot sotalol. En adekvat jämförelse kunde göras med propranolol, atenolol, alprenolol, metoprolol och pindolol. De framtagna ekvipotenta doserna stämmer väl med tidigare från receptstatistik räknade doser och kan användas vid övergång från de nämnda betablockerarna till sotalol.

Referenser:

1. Barber JH. Relative activity of atenolol and metoprolol. *Br Med J* 1978; 2: 357.
2. Adams-Strump BJ, Hayes J, Barber JH. Comparison of the antihypertensive efficacy of metoprolol and atenolol.
3. Lyngstam O, Rydén L. Metoprolol and atenolol administered once daily in primary hypertension. *Acta Med Scand* 1981; 209: 261-6.

Tabell V.

Omvandlingsfaktorerna i klinisk användning på några tablettstyrkor med gängse doseringsförfarande för ett antal betablockerare i förhållande till sotalol.

Aptin	200 mg×2	
Inderal	40 mg×2	motsvarar
Seloken	200 mg×1	Sotacor
Tenormin	100 mg×1	160 mg×1
Viskén	10 mg×1	

Tabell IV.

Antal i studien ingående patienter på olika betablockerare; medeldygnsdosen av dessa, samt dygnsdosen sotalol som gett samma antihypertensiv effekt. I högra kolumnen redovisas dosförhållandena mellan respektive betablockerare och sotalol som en omvandlingsfaktor.

	Antal Pat S:a 183	Dygnsdos mg	Motsv Sotacordos mg	Förhållande för Sotacor
Inderal	54	120 (± 61,5)	234 (±124,4)	2
Seloken	41	162 (± 51,0)	143 (± 50,3)	0,9
Viskén	36	10 (± 4,6)	160 (± 66,7)	16
Ternomin	30	98 (± 16,0)	157 (± 27,0)	1,6
Aptin	22	429 (±182,1)	179 (± 79,6)	0,4

4. Rasmussen S, Arnung K, et al. A comparative study of atenolol and metoprolol in the treatment of hypertension. *Br J Clin Pharmacol* 1981; 12: 887-91.

5. Wilcox RG, Hampton JR. Comparative study of atenolol, metoprolol, metoprolol durules and slow release oxprenolol in essential hypertension. *Br Heart J* 1981; 46: 498-502.

6. Edvardsson N, Hirsch I, Emanuelsson H et al. Sotalol-induced delayed ventricular repolarization in man. *Eur Heart J* 1; 335, 1980.

7. Echts DS, Berte LE et al. Prolongation of the human cardiac monophasic action potential by sotalol. *Am J Cardiol* 50: 1082, 1982.

8. Singh BN and Vaughan Williams: A third class of antiarrhythmic action effects on atrial and ventricular intracellular potentials and other pharmacological actions on cardiac muscles of MJ 1999 and AH 3474. *Br J Pharmacol*. 39: 675, 1970.

9. Wilhelmsson L, Berglund G, Elmfeldt D, et al. Betablockers versus saluretics in hypertension. Comparison of total mortality, myocardial infarction and sudden death: study design and early results on blood pressure reduction. *Prev Med* 1981; 10: 38-49.

10. Kapseli Nr 6 1978. Publikation från finska medicinalstyrelsen.

11. Berglund G: Antihypertensive effect of sotalol and propranolol: A double-blind crossover study. *Curr Ther Res* 1977; 1: 21-27.

12. Floras JS, Jones JV et al: Ambulatory blood pressure during once daily randomised double-blind administration of atenolol. *Br Med J* 1982; 285: 1387-92.

Författarpresentation:

A Bakall, Distrläk mott Bangårdsgatan Uppsala, L Bergsten Med klin Visby, I Colling Läkarhuset Odengatan Stockholm, Å Edlund Nyby vårdcentral Uppsala, S Ericsson Läkarcentralen Bacho ventil Enköping, U Gästrin FHVC Strängnäs, J Kjellberg Med klin Lidköping, H Lindfors FHVC Falun, L-O Molund Uppsala, E Olsson FHVC Jönköping, M Strand-Jonsson* Distrläk mott Enköping, B Thorell Vårdcentralen Kungsör.

*Postadress: Linjegatan 8, 199 62 Enköping

Rapport från en patientregistrering vid vårdcentralen Granen, nordöstra primärvårdsdistriktet i Malmö

TOMAS LINDBLADH

Artikeln är en redovisning av en patientregistrering under 10 dagar vid en vårdcentral i Malmö. Undersökningen är den första studien av primärvårdens verksamhet i Malmö. Artikeln redovisar dels vissa resultat från registreringen, bland annat exempel på en användbar socio-ekonomisk klassificering. I artikeln exemplifieras även en kartläggning av i vilken utsträckning primärvården täcker befolkningens behov av öppen sjukvård och patienternas kontakter med andra vårdgivare. Karaktären av korttidsregistrering innebär att resultaten får tas med reservation med tanke på säsongsvariationer och dylikt.

Nyckelord: Primärvård, patientregistrering, socio-ekonomisk indelning, psyko-social problematik, åtgärdsregistrering, sjukvårdskonsumtion. Storstad, Malmö.

Områdesbeskrivning

Nordöstra distriktet i Malmö omfattar en del av innerstaden samt Kirseberg. Befolkningen 1983-01-01 uppgick till 32.300 människor. Jämfört med Malmö i sin helhet finns färre barn och ungdomar under 15 år samt fler pensionärer.

Ensamboende (1-personshushåll) föreligger i större utsträckning jämfört med hela Malmö, såväl hos den arbetande befolkningen som hos pensionärer.

Socialhjälsberoende föreligger i större utsträckning i Nordöstra distriktet. För Malmö i sin helhet var 1982 antalet hushåll med socialhjälp 7,8 procent. Motsvarande siffra för hela Nordöstra distriktet föreligger ej, men för stadsområdet Kirseberg var antalet hushåll med socialhjälp 9 procent samt för vissa delområden i innerstaden cirka 15 procent (1).

Vårdcentralen Granen

Vid vårdcentralen som är den enda i Nordöstra distriktet tjänstgör 3 ordinarie distriktsläkare, 1 FV- och 1 AT-läkare. Detta innebär 1 distriktsläkare/7.600 invånare (FV= 0,75 distriktsläkare, och AT= 0,5 distriktsläkare).

Förutom mottagningsverksamhet på vårdcentralen sköter 1 distriktsläkare BVC 1/2 dag/vecka. Detta innebär att 1/4-del av tiden för läkarmedverkan i den förebyggande barnvården i distriktet fullgöres av primärvården.

1 distriktsläkare har en konsultfunktion gentemot socialbyrån inom distriktet och har konferenser kring gemensamma ärenden 1 eftermiddag/mån. Samma läkare representerar också vårdcentralen i den lokala reha-gruppen 1-2 eftermiddagar/mån.

Vid vårdcentralen tjänstgör 11/2 sjuksköterska, vars viktigaste arbetsuppgifter är patientmottagning främst per telefon inklusive rådgivning om egenvård samt prioritering av läkarbesök. För detta syfte tillämpar vi sedan något år tillbaka en modifierad så kallad "Lerumsmodell".

Vid vårdcentralen tjänstgör även 1 kurator, vilken i viss utsträckning tar emot patienter utanför distriktet.

Distriktsköterskemottagningen är samlokaliserad med distriktsläkarmottagningen. Här tjänstgör 4 distriktsköterskor, vilka ansvarar för var sitt område inom Nordöstra distriktet.

Samarbetet med distriktsläkarmottagningen är inte uppbyggt kring vårdlagsprincipen men varje distriktsköterska kontakter vid behov en bestämd distriktsläkare samt samarbetar nära med social hemtjänst inom sina respektive områden.

Metod och material

Under maj-juni 1983 genomfördes under 10 dagar fördelat på olika veckodagar en registrering av de patienter som sökte läkare/kurator vid vårdcentralen. Undersökningen genomfördes dels i form av en patientenkät, dels i form av en registrering av läkare och

kurator i samband med patientbesöket.

I patientenkäten noterades dels sociala variabler till exempel yrke, boende, dels sjukvårdskonsumtion i form av regelbundna kontakter med andra vårdgivare. I läkare/kurators registreringen noterades besökskategori, förekomst av psyko-social problematik, symptom/diagnos samt åtgärder strukturerade i förebyggande/rådgivande, utredande, behandlande samt uppföljande/rehabiliterande.

De insamlade uppgifterna har databearbetats, något personregister har inte upprättats.

Det totala antalet besök som under tidsperioden registrerades var 415, därav utgjorde antalet läkarbesök 397 och antalet besök hos kurator 18.

RESULTAT

Ålder och kön

Det var bland patienterna få förskolebarn och barn under 16 år, totalt 5 procent. 40 procent var pensionärer, därav cirka 50 procent 75 år eller äldre. (Tabell I) Tabellen visar en "underkonsumtion" av läkarbesök i åldrarna 0-16 år på vårdcentralen samt en "överkonsumtion" för pensionärer i förhållande till befolkningens sammansättning i Nordöstra distriktet.

34 procent av patienterna var män, 66 procent kvinnor. För den äldsta åldersgruppen pensionärer 75 år eller äldre var motsvarande siffror 22 respektive 71 procent.

Tabell I
Procentuell åldersfördelning för befolkningen i Nordöstra distriktet, samt vid patientregistreringen Granen.

Ålder	Nordöstra distr %	Patientregistr Granen
0-15 år	9	5
16-44	40	31
45-64	25	24
65-	26	40

BEVISAT:

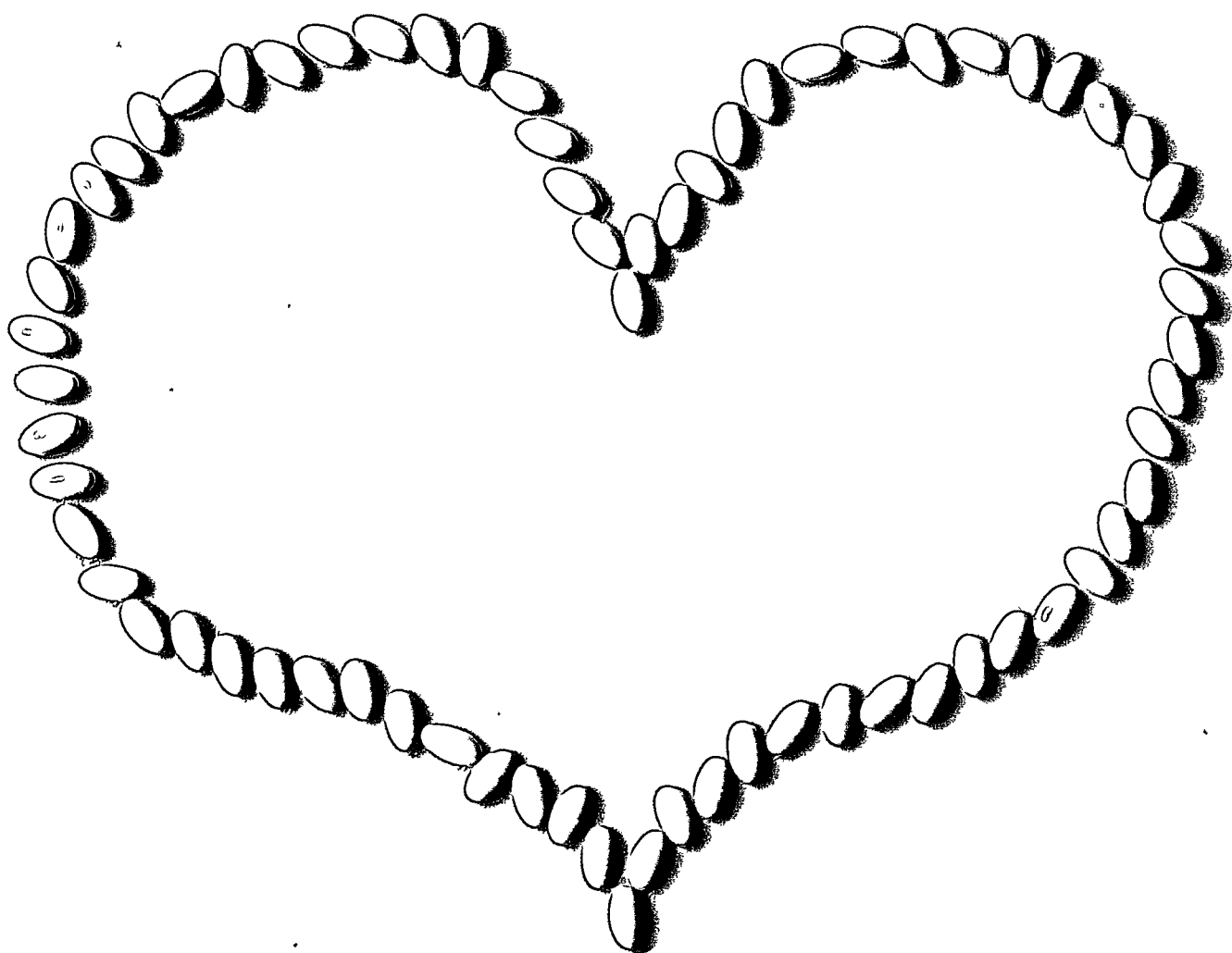
Den hittills mest omfattande långtidsstudien av en tiazid (Salures-K) vid blodtrycksbehandling har nu slutförts vid Sahlgrenska sjukhuset. I denna studie*) har man under 10 år följt ett 100-tal män med mild till medelsvår hypertoni. Två patientgrupper har behandlats med Salures-K respektive Inderal. Salures-K gavs i rekommenderat låga doser, 1-2 tabletter som engångsdos. Denna unika 10-årsstudie har bland annat bevisat att:

✓ ingen preparatutlöst overt diabetes utvecklades

✓ glykostoleransen försämrades inte med Salures-K

✓ ingen förändring i total-kroppskalium inträffade

✓ medelvärdet för serumkalium var 4.1



*)publicerad i Observanda Medica Ferrosan 1984 vol. 11 sid 98-101 (4/84) plus ytterligare publikationer inom kort.

Salures-K (Tabl. bendroflumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 0,57 g)



FERROSAN

Box 839
201 80 Malmö

Socio-ekonomisk indelning

Den socio-ekonomiska klassificeringen har genomförts utifrån de rekommendationer som föreligger i SCB:s "Socio-ekonomiska indelning" (SEI 1982:4) och baseras huvudsakligen på yrkesuppgifter. Dessutom ingår anställnings- och pensionsförhållanden. Uppgifterna har insamlats med hjälp av följande frågor i patientenkäten:

Vilket är Ert nuvarande/tidigare yrke (tex svetsare, bankkassör)? Om Ni är pensionär ange Ert tidigare huvudsakliga yrke. Om Ni är studerande ange typ av studier (tex gymnasiestudier, finmekanisk yrkesutbildning).

Är Ni eller har Ni före pensionen varit anställd? Ja Nej
egen företagare? Ja Nej
Är Ni ålderspensionär? Ja Nej
förtidspensionär? Ja Nej
Är Ni arbetslös sedan mer än 6 månader? Ja Nej

Av de förvärvsarbetande var 97 personer (62 procent) arbetare. Av dessa var mer än 2/3 (68 procent) ej facklärda. 54 personer (35 procent) var tjänstemän. 1 person var egen företagare.

Av de icke förvärvsarbetande var 150 personer (71 procent) ålderspensionärer. Av dessa hade 42 procent varit arbetare, 17 procent tjänstemän och 10 egna företagare.

13 procent av de icke förvärvsarbetande patienterna var förtidspensionärer och 9 procent var långvarigt arbetslösa (mer än 6 mån).

Jämförande socio-ekonomiska befolkningsdata för Nordöstra distriktet saknas tyvärr. Den yrkesklassificering som finns för befolkningen är från Folk- och bostadsräkningen 1980 och är ej jämförbar då den inte utan vidare kan brytas ner till kategorier som arbetare och tjänstemän.

Kodningen enligt SCB's manual var enkel och bör kunna genomföras vid basdataregistrering i primärvården. En förutsättning är dock naturligtvis att samma metod tillämpas vid SBC's registreringar.

Besökskategorier

Cirka 2/3 av besöken tillkom på patientens initiativ, 1/3 på initiativ av läkare (kontrollbesök). 1/5 av besöken var nybesök. Drygt 1/3 av samtliga besök var akuta. Tillgängligheten för akuta besök liksom för nybesök är sannolikt god.

Det är sällan patienter, i behov av akut läkarbesök, får hänvisas till annan rådgivare.

Kontrollbesöken karaktäriseras av hög ålder på patienterna, 2/3 är 65 år eller äldre, 1/3 är 75 år eller äldre. Det motsatta gäller för akutbesöken, där drygt hälften av patienterna är under 45 år. (Tabell II).

Tabell II.
Åldersfördelning vid akuta besök och kontrollbesök.

Ålder	Akutbesök		Kontrollbesök	
	Antal	%	Antal	%
-14	10	7	4	3
15-44	67	46	13	9
45-64	33	23	34	24
65-74	23	16	45	32
75-	12	8	46	32
	145	100	142	100

1:a diagnos i nästan hälften (45 procent) av alla akutbesök är akuta infektioner. 44 procent av kontrollbesöken å andra sidan har som 1:a diagnos kroniska sjukdomar i hjärta och kärl eller diabetes mellitus.

Diagnosregistrering

De vanligaste diagnoserna är hypertoni, övre luftvägsinfektioner och diabetes. (Tabell III). Betydelsen av att relatera diagnoser till ålderssammansättningen hos patienterna framgår av att otit och otosalingit som vid vårdcentralen i Ingelstad vardera utgjorde 5 procent av alla diagnoser (II) inte förekommer bland våra vanligaste diagnoser. För patientgruppen 75 år och äldre var 50 procent av alla diagnoser att hänföra till hjärt/kärlsjukdomar och/eller diabetes mellitus, motsvarande för hela patientgruppen var 25 procent.

Diagnoser/besök

Vid 397 besök ställdes 576 diagnoser eller symptom, det vill säga 1,75 diagnoser/besök. Detta är fortfarande ett bristfälligt mått på "sjukvårdsproduktionen", dock bättre än enbart besök då endast de diagnoser/problem som åtgärdas eller på annat sätt tas ställning till vid besöket registreras.

Vid varannat besök registrerades således mer än 1 diagnos. Detta att jämföra med till exempel Dalby och Tierp där antalet diagnoser/besök var 1,12 respektive 1,15. Möjligen är våra siffror "riktigare" i så måtto att vi under

den relativt korta registreringsperioden verkligen bemödat oss att registrera alla relevanta diagnoser och att siffrorna från de kontinuerliga registreringarna i Dalby respektive Tierp skulle vara uttryck för en underrapportering. Det är å andra sidan möjligt att våra siffror ger uttryck för en större vårdtyngd vilket patientgruppens höga ålder antyder. Detta blir än uppenbart då man studerar antalet diagnoser/besök för den äldsta åldersgruppen, det vill säga personer 75 år eller äldre, där det registrerades 1,78 diagnoser/besök. Det vill säga mer än 1 diagnos ställdes vid 4 av 5 besök.

Psykisk störning och psyko-social problematik

Vid 10 procent av besöken sattes psykiatrisk diagnos, 75 procent av dessa utgjordes av psykoneuros och/eller psyko-somatiska besvär. Detta är en något högre siffra än för Tierp där man noterade 6 procent psykiatriska diagnoser 1981 (3). För gruppen förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa sattes psykiatrisk diagnos i 16 procent.

Vid 57 besök hos läkare och kurator noterades förekomst av aktuell psyko-social problematik, totalt 78 problem. Vanligast var relationsproblem och en-

Tabell IV.
Psyko-social problematik.

	Antal
<u>Sociala problem</u>	
Ensamhet, social isolering	17
Arbetslöshet	9
Ekonomiska problem	2
Juridiska problem	2
Ospecificerade sociala problem	8
<u>Relationsproblem</u>	
Inkl sjukdom, misshandel hos anhörig samt misshandel	22
<u>Krisreaktion</u>	8
<u>Missbruksproblem</u>	
Troligt missbruk	2
Misstänkt missbruk	5
<u>Övrigt</u>	3

Tabell III.
De 15 vanligaste diagnoserna.

Diagnos	Diagnos-nr	Antal	% av totala antalet diagnoser
Hypertoni	401	43	7
Övre luftvägsinfektion	465	33	6
Diabetes mellitus	250	27	5
Symtomatisk hjärtsjukdom (inkompensation, block, flimmer)	427	27	5
Psykoneuros (inkl insufficiensreaktion, ångestreaktion, depressiv reaktion)	300	16	3
Urinvägsinfektion	599R	14	2
Psyko-somatiska besvär	305	13	2
Akut tonsillit	463	13	2
Muskelvärk	7179	13	2
Lumbago	7170	13	2
Kontrollundersökning utan sjukdom	Y 349	12	2
Bensår	454	11	2
Yrsel	7805	11	2
Angina pectoris	413	10	2
Vaxpropp i örat	3871	8	1

samhet. (Tabell IV). Kuratorn noterade psykosocial problematik i 16 av 18 besök, läkarna i 41 av 397 besök eller 10 procent. Spridningen mellan olika läkare var 5–17 procent. För personer 75 år eller äldre noterades psyko-social problematik i 6 procent av antalet besök.

Vid 65 av 397 besök bedömdes psykisk störning föreligga (genom att psykiatrisk diagnos sattes) eller noterades psyko-social problematik utan samtidig psykiatrisk diagnos. Detta motsvarar 16 procent av totala antalet besök. Motsvarande siffror för Tierpsundersökningen var 17 procent, således närmast identisk frekvens. I Tierpsundersökningen konstaterade man att huvuddelen av den psyko-sociala problematiken var koncentrerad till åldrarna 44–65 år. Detta motsägs inte av vår undersökning där den äldsta åldersgruppen (75 år eller äldre) hade mindre psyko-social problematik än gruppen som helhet.

Åtgärder

Rådgivning gavs vid 94 av 397 besök. Vanligast var kostråd och rådgivning om rökstopp.

Vid 40 procent av besöken togs laboratorieprover och/eller odlingar. Här inkluderas även "vanliga prover" som Hb och urinlaborationer. Drygt hälften (58 procent) av alla besök resulterade i receptföreskrivning. Denna har ej ytterligare analyserats avseende preparat. Sjukskrivningsfrekvensen var låg (8 procent). En naturlig förklaring här till är hög ålder hos patienterna.

Stödsamtal förekom i 5 procent, härmed avsågs samtal med viss psykoterapeutisk inriktning.

39 procent av patienterna bedömdes vara i behov av fortsatta läkarkontroller på vårdcentralen. 16 procent av besöken resulterade i en överenskomelse om uppföljning per telefon.

Remisser

4 procent av besöken resulterade i remiss till annan läkare. Här inkluderas ej röntgenremisser som utfärdades i 11 procent av besöken.

Personer 75 år eller äldre remitterades till annan läkare i mindre utsträckning (1 procent) samt kontrollerades aktivt med återbesök i större utsträckning (62 procent) än patientgruppen i sin helhet. Remiss till distriktssköterska förekom i 3 procent samt till socialbyrå/social hemtjänst, kurator respektive arbetsförmedling/försäkringskassa i vardera 1 procent.

I 5 procent förelåg remiss till distriktsläkarmottagningen från annan läkare.

Befolkningens "sjukvårdskonsumtion" och patienternas kontakter med andra vårdgivare

Mot bakgrund av totala antalet läkarbesök på vårdcentralen 1982 (10.725) samt det genomsnittliga antalet läkarbesök i offentlig öppen vård per Malmöbo 1982 (2,63) sker uppskattningsvis 12,5 procent av läkarbesöken i offentlig öppen sjukvård i primärvården. Nedbrutet på olika åldersgrupper så kan på motsvarande sätt beräknas att personer 0–15 år gör 8 procent och personer 65 år och äldre 16 procent av sina läkarbesök i offentlig öppen vård vid vårdcentralen.

En planerad utbyggnad av primärvården till och med 1985 innebär för Nordöstra primärvårdsdistriktets del en beräknad kapacitetsökning med 6.000 läkarbesök/år, vilket medför att 19 procent, det vill säga knappt 1/5 av läkarbesöken i offentlig öppen sjukvård äger rum i primärvården. Om hänsyn tas till volymen av den privata sjukvården sjunker primärvårdens andel av läkarbesöken i öppen vård ytterligare. 1980 gjordes cirka 1,2 läkarbesök/år av Malmöbor hos privatpraktiker, vilket var den högsta siffran i landet.

1/3 av patienterna uppgav regelbundna läkarbesök i offentlig sjukvård minst 1 gång/år. 1/5 av patienterna besökte privatläkare minst 1 gång/år. De patienter som regelbundet kontrollerades hos distriktsläkare hade kontakter med andra vårdgivare i lika stor utsträckning som hela patientgruppen. För de olika åldersgrupperna förelåg en relativt likartad fördelning av besöken i offentlig och privat sjukvård med två undantag. 53 procent av patienterna 75 år eller äldre sökte läkare i offentlig sjukvård minst 1 gång/år och inga barn eller ungdomar sökte privatpraktiserande läkare.

Diskussion

Denna nulägesbeskrivning av primärvården i Malmös Nordöstra primärvårdsdistrikt illustrerar dels svårigheten med kontinuitet i vården och en samlad bedömning av enskilda patienters totala sjukvårdskonsumtion. Den belyser i än högre utsträckning primärvårdens svårigheter att tillgodose befolkningens behov av sjukvård där 4/5 av besöken i öppen vård kommer att äga rum på sjukhusmottagningar även efter den hittills planerade utbyggnaden av primärvården.

Referenser

1. Områdesbeskrivning för Malmö 1983 stads- och delområden. Drätselkontoret, planeringsavdelningen.
2. Håkansson A: Distriktsläkarrapport från vårdcentralen i Ingelstad. Allmänmedicin 5/83.
3. Kebbon L, Swartling P G, Smedby, B: Psykisk störning och psyko-social problematik hos patienter i primärvården. Rapport 1981-12-15 socialmedicinska institutionen, Uppsala.

Författarpresentation:

Tomas Lindblad*, distriktsläkare.

*Postadress: Vårdcentralen, Grangatan 11, 212 14 Malmö

Tidigare utgivna HS 90-rapporter

HS 90-projektets första etapp resulterade i ett antal kunskapssammanställningar. De bakgrundsfakta som där presenteras är till stor del fortfarande aktuella.

Hälsorisker – en kunskapssammanställning
SOU 1981:1. 72:-

Ohälsa och vårdutnyttjande
SOU 1981:2. 72:-

Hälsa- och sjukvård i internationellt perspektiv
SOU 1981:3. Slut

Hälsa- och sjukvård inför 90-talet – utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet
SOU 1981:4. Slut

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft
SOU 1982:11. 36:-

Sjukdom – ett relativt begrepp
Socialstyrelsen redovisar 1980:5. 17:50

Sjukfrånvaron i Sverige
Socialstyrelsen redovisar 1981:6. 22:-

Fakta ur dessa kunskapssammanställningar finns samlade i boken *Vår hälsa – igår, idag och imorgon*.



Vår hälsa – igår, idag och imorgon
Fakta ur HS 90's underlagsstudier.
Liber Förlag, 98 s. 1982 41:-

Samband mellan självrapporterad hypertonihereditet, blodtrycksdistribution och riskfaktorer i en populationsstudie av medelålders män

ERIK TRELL · NELS-CHRISTIAN HENNINGSEN · INGRID MATTIASSON

Självrapporterad förstags-hereditet för hypertoni erhöles genom frågeformulärsmetod i två konsekutiva delmängder av medelålders manliga deltagare i en förebyggande medicinsk hälsoundersökning i Malmö; 2.739 män i lägre medelåldern (36–39 år) och 6.597 i övre (46–48 år). Rapporterad förstagshereditet för hypertoni var frekvent; cirka 26–27 procent inom båda dessa grupper, men omfattade huvudsakligen föräldragenerationen och var dubbelt så vanlig bland mödrarna som hos fäderna. Vidare uppvisade den rapporterade familjehistorien påtagliga interrelationer såtillvida att hypertoni hos en förälder mycket vanligare rapporterades när hypertoni var för handen hos den andra föräldern, än när hypertoni inte var känd hos denna. Distributionen av uppmätt blodtryck och andra riskfaktorer jämfördes i de olika kategorierna av den uppgivna blodtrycks-herediteten. Såväl medelvärden som frekvenser av borderline och hypertensiva nivåer av systoliskt och diastoliskt blodtryck var signifikant högre i grupper med uppgiven hereditet, speciellt biparental, än bland fallen utan uppgiven förekomst av hypertoni hos moder eller fader. Hypertoni hos fadern erinrade därvid mer om den biparentala herediteten än modersherediteten. En mångfald biokemiska och fysiologiska screeningvariabler jämfördes mellan de olika hereditetsgrupperna, men inga likartade skillnader kunde finnas beträffande sådana associerade riskfaktorer med undantag för ett något högre serumurat i den biparentala hereditetsgruppen jämfört med de andra.

Nyckelord: Enkätundersökning, hypertoni, ärftlighet, riskfaktorer.

Introduktion

En av de mest framträdande riskfaktorerna för arteriell hypertoni är ärftlighet för sjukdomen. Det finns ett flertal noggranna studier av familjer med hypertoni i många länder och populationer (1), men dessa material består huvudsakligen av föräldrar och/eller avkomma till grupper utvalda och identifierade från probandmedlemmar med antingen sjukhus- eller på annat sätt etablerad diagnos av hypertoni (1–5). Även om denna urvalsmetod, i likhet med adoptions- och tvillingstudier (5, 6), resulterar i en anrikning av individer med genuin ärftlig bakgrund för vidare analys av denna kategori och dess naturalhistoria (3, 4), återspeglar den inte förekomsten av kännedom/förmodande av hereditet för sjukdomen inom oselektade, totala populationsandelar. Endast ett fåtal undersökningar har bedömt sådana förhållanden (6–13), och fynden i dem utvärderades huvudsakligen i relation till uppföljningsresultat och andra ändpunkter. Mönster och interrelationer av familjehistorien i sig är fortfarande ofullständigt belysta. Det kan till exempel ej uteslutas att kännedom om hypertoni hos en familjemedlem kan påverka eller vara associerad med uppmärksamhet för hypertoni-förekomst också hos andra familjemedlemmar. Sålunda kan en deskriptiv redogörelse av självrapporterad hypertonihereditet i en oselektad och homogen befolkningsandel vara av intresse.

Hypertoni är vidare en viktig riskfaktor för cardiovascular sjukdom, och företer samband med andra riskfaktorer i den bemärkelsen att kombinationer av sådana och stegrat blodtryck har synergistisk effekt (14). Detta innebär att konstellationer av hypertoni och andra riskfaktorer ofta observeras i olika ändpunkts-situationer, till exempel hjärtinfarkt. Det innebär i sin tur inte nödvändigtvis att de är kausalt eller statistiskt interrelaterade i befolkningen. Gemensamma predisponerade

faktorer såsom övervikt kan vara associerade med stegring av såväl blodtryck- som blodfett-nivåer (15), medan andra faktorer såsom alkohol, kan ha olikartade effekter på dessa variabler (16–17).

Familjära faktorer är viktiga både vid coronarsjukdom och hypertoni (18), men kan vara av separat natur. En analys också av distributionen av blodtryck och andra kardiovaskulära riskindikatorer i relation till självrapporterad hypertonihereditet är därför av intresse.

Material och metoder

En avdelning för förebyggande medicin startades vid Medicinska kliniken i Malmö hösten 1974. Totala födelseårskohorter av invånare i Malmö är tillgängliga från befolkningsregistret, och möjliggör en årsklassvis inbjudan till screeningundersökningen i randomiserad ordning.

Screeningundersökningarna utföres av sköterskor under morgontid och fastetillstånd, och omfattar ett stort frågeformulär, mätningar av längd och vikt, lungfunktionstester, blodtrycks- och pulsmätning, electrocardiogram, oral glukostoleranstest och många andra laboratorievärden. Närmare detaljer om screeningundersökningen och avdelningen för förebyggande medicin har lämnats tidigare (19).

Alla demografiska, biometrisk och frågeformulärsresultat föres on line till en mini-computer för lagring, generering av fallprotokoll samt statistiska analyser (20).

För undersökning av den självrapporterade hypertoniherediteten utvaldes alla manliga screeningdeltagare födda mellan 1926–1931 (n= 6.597) och 1944–1946 och 1948 (n= 2.739). Dessa två åldersintervall kan anses motsvara övre respektive lägre medelåldern. Ett mindre antal (mindre än 100) exkluderades på grund av avsaknad av tillförlitliga/kompleta blodtrycksmätvärden eller frågeformulärsresultat.

För analys av blodtrycksdistribution och riskfaktor-fördelning i de olika he-

**Tre om dagen
brukar räcka**

4 g

Vi-Siblin®S
PARKE-DAVIS dosgranulat
annosrakeita

Inget socker. Inget krångel med pulver.
Tre påsar om dagen till mat och dryck,
eller bara i dryck normaliserar störd
tarmfunktion vid diarré eller obstipation.

Förpackningar: Dospåsar 4 g, 50 st, 250 st.

(testa ispaghula)
Vi-Siblin®S
Normaliserar tarmfunktionen

reditetsgrupperna användes data för födelseårskohorterna 1926-1931.

Frågorna angående familjehistoria beträffande hypertoni inkluderades i den vanliga screeningenkäten, och var utformade som direkta upprepade frågor om känt högt blodtryck eller komplikationer av eller behandling för detta hos förstagrads släktingar, det vill säga fader, moder, systrar, bröder samt barn.

Blodtrycksmätningarna utfördes i såväl liggande som stående ställning efter 0 och 10 minuters vila och uttrycktes i mm Hg. Kroppslängd och vikt mättes med rutinmetod, och den relativa kroppsvikten erhöles som kvoten aktuell (uppmätt) vikt över den ideala vikten för ålder, kön och kroppslängd. Idealvikten erhöles från tabeller utarbetade av Lindberg et al (21).

Blodfetter, serumurat och gamma-glutamyltransferas bestämdes genom standardiserade metoder vid Avdelningen för klinisk kemi, Malmö allmänna sjukhus (22).

I den orala glukostoleranstesten inmundigades 30 g glukos/m² kroppsyta inom 10 minuter och blodglukos (kappillärprov i de flesta fallen) bestämdes i duplikat vid 0, 20, 40, 60 och 120 minuter genom standardmetodik vid Avdelningen för klinisk kemi, Malmö allmänna sjukhus. 120 minutersvärdena användes för bedömning av screeningresultaten vid glukosbelastningen (23).

Statistisk signifikans av skillnader i frekvenser mellan grupperna bestämdes med CHI²-metoden och i medelvärden med student's t-test.

Resultat

Tabell I jämför den självrapporterade förstagrads herediteten för hypertoni mellan männen födda 1926-1931 (ålder vid screening 46-48 år) och 1940, 1942 och 1944 (ålder 36-39 år vid screening). Fynden är likartade; omkring 10 procent i båda åldersgrupperna rapporterade hereditet hos fadern och nästan 20 procent hos modern. Det är av intresse att fadershereditet relativt sett oftare angavs hos de yngre männen än hos de äldre, medan modershereditet oftare uppgavs hos de äldre männen än hos de yngre. Dessa tendenser är svaga, men kan återspegla en statistisk effekt (regression towards the mean) eller möjligen något mer genuina observationer i den yngre åldersgruppen.

Hereditet hos båda föräldrarna (biparental hereditet) var mer ovanlig; något över 2,5 procent i båda åldersgrupperna. Hypertoni hos syster eller broder var också ovanlig, men dubbelt så ofta förekommande i den äldre gruppen som hos den yngre, och utan några säkra inbördes könsskillnader. I allt uppvisade cirka 26 procent av de yngre männen och nära 27 procent av de äldre männen någon typ av självrapporterad förstagrads hereditet för hypertoni. Tabell I uppvisar också i vilken utsträckning den rapporterade probandherediteten var singulär, det

PROBAND	MÄN FÖDDA 1940,42,44 n = 2739				MÄN FÖDDA 1926-1931 n = 6957			
	TOTAL		SINGULÄR		TOTAL		SINGULÄR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
FADER	282	10.3	187	6.8	611	8.8	246	3.5
MODER	486	17.7	374	13.7	1324	19.0	971	14.0
FADER + MODER	80	2.9	73	2.7	173	2.5	150	2.2
SYSTER	40	1.5	12	0.4	217	3.2	35	0.5
BRODER	38	1.5	9	0.3	249	3.6	83	1.2
SYSTER+BRODER	5	0.2	0	0	61	0.9	10	0.1
NÅGON HEREDITET	711	26.0			1870	26.9		

Tabell I.

Självrapporterad hereditet bland de medelålders männen för hypertoni hos fader, moder, syster eller broder. Totalt antal av fall och antal fall hos vilka probandherediteten var den enda kända i familjen ("singulär") ges också. n = antal. % = frekvens (i relation till hela kohorten av medelålders män i de respektive åldersområdena).

PROBAND-HEREDITET	MÄN FÖDDA 1940,1942,1944				MÄN FÖDDA 1926-31			
	n	HEREDITET HOS MODER	HEREDITET HOS FADER	n	HEREDITET HOS MODER	HEREDITET HOS FADER	n	HEREDITET HOS FADER
		% av grupp	% av grupp		% av grupp	% av grupp		% av grupp
		n	n		n	n		n
FADER	282	80 28.2	80 16.4	611	173 28.3	173 13.1		
MODER	486	p <0.0005	p <0.0005	1324	p <0.0005	p <0.0005		
EJ FADER	2457	406 16.5	202 9	6346	1151 10.2	438 7.8		
EJ MODER	2253			5633				

P = signifikans av skillnader i frekvens

Tabell II.

Maternell/paternell hereditet för hypertoni i de två åldersgrupperna, i relation till förekomst eller avsaknad av hypertoni hos den andra föräldern.

	INGEN (0) n = 5087		MATERNAL (M) n = 1151		PATERNAL (P) n = 438		BIPARENTAL (B) n = 173	
	m	SD	m	SD	m	SD	m	SD
SYSTOLISKT	129.7	15.8	133.2	17.0	134.3	18.2	136.8	17.6
p	<0.0005 ²		<0.0005 ¹	<0.005 ²	<0.0005 ¹	NS ²		
DIASTOLISKT	87.3	10.1	89.7	11.0	90.9	11.8	91.8	11.8
p	<0.0005 ²		0.0005 ¹	<0.01 ²	<0.0005 ¹	NS ²		

p¹ = signifikansnivå av skillnad gentemot 0-gruppen.

p² = signifikansnivå av skillnad gentemot den biparentala gruppen

Tabell III.

Medelvärden (m) och standarddeviation (SD) av liggande systoliskt och diastoliskt blodtryck efter tio minuters vila i grupper utan respektive med moders-, faders- och biparental familjehistoria för hypertoni. n = antal. p = statistisk signifikansnivå.

vill säga den enda rapporterade herediteten.

Detta illustreras ytterligare i tabell II, där de olika probandhereditetsgrupperna jämförs i subgrupper som rapporterar även annan hereditet gentemot subgrupper utan sådan ytterligare ärftlighetskänedom. Det framgår att sannolikheten att rapportera modershereditet är nästan dubbelt så hög hos dem som rapporterar fadershereditet än hos dem som inte rapporterar fadershereditet. Detsamma gäller fa-

dershereditet i relation till rapporterad/icke rapporterad ärftlighet för hypertoni hos modern.

I tabell III jämföres medelvärden och standarddeviationer för systoliskt och diastoliskt screeningblodtryck bland männen födda 1926 i fyra kategorier av självrapporterad hypertonihereditet; biparental hypertoni (n = 173), faders- men ej modershypertoni (n = 611-174 = 438), moders- men ej fadershypertoni (n = 1324-173 = 1.151) och ingen familjehistoria för hy-

pertoni (n= 5.087). Det fanns en signifikant trend för stegrade blodtrycksnivåer med graden av familjehistoria i ordningen ingen hereditet, moders-, faders- och biparental hypertoniförekomst.

En liknande trend framkom beträffande frekvensdistributioner av borderline och definitiv hypertoni i samma grupper (tabell IV-V). Skillnaderna är statistiskt starkt signifikanta.

Tabell VI visar medelvärden och standarddeviationer av puls, relativ kroppsvikt, serumkolesterol, triglycerider, urat, gammaglutamyltransferas och blodglukos vid 120 minuter i den orala glukosbelastningen i samma grupper. Bortsett från urat visade ingen av dessa grupper signifikanta korrelationer med den självrapporterade familjehistorien för hypertoni.

Diskussion

Det är uppenbart att föreliggande utvärdering av frågeformulärsrapporterad förstegradshereditet för hypertoni måste betraktas med skepticism när det gäller i vad mån den återspeglar de sanna genetiska mönstren för sjukdomens utbredning i samhället. Emellertid återspeglar frågeformulärsresultaten den genuina kännedomen/förmodandet om hypertoniförekomst i familjen, på vilka också traditionella medicinska anamneser och slutsatser måste baseras. Otivelaktigt återspeglar fynden också effekten av samhällets hälsovårds- och övriga medicinska organ och deras distribution av såväl diagnos som behandling av hypertoni i moderna västerländska länder. Det är också av betydelse att den rapporterade familjehistorien i föreliggande undersökning härrör sig från oselektade grupper av friska individer och inte från redan identifierade släkträd med känd förekomst av hypertonisjukdom.

Eftersom hereditet för hypertoni utgör en av dess bäst etablerade riskfaktorer är dess i denna bemärkelse mer eller mindre spontant rapporterade förekomst och fördelning i den allmänna befolkningen av en betydande vikt att beskriva och känna.

Det är intressant att modershypertoni angavs mycket oftare än hos fadern. Detta är i överensstämmelse med tidigare observationer i Dalby (11-13). Vidare var förhållandet mest påtagligt hos de äldre screeningdeltagarna, och det är sålunda troligt att det till viss del kan återspegla en medicinsk diagnos och behandling av blodtryckssjukdom hos äldre kvinnor. Det är frestande att spekulera att i nuvarande situation av en hög medicinsk uppmärksamhet för arteriell hypertoni denna klassificering under stundom distribueras till befolkningen av hälso- och sjukvårdsinstanserna snarare än uppstår idiopatiskt i alla sådana fall.

En likartad slutsats kan understödjas av de markanta interrelationer som förelåg beträffande den självrapporterade familjehistorien. Det förefaller

SYSTOLISKT	O		M		P		B	
	% ≥ 160	% ≥ 170	% ≥ 160	% ≥ 170	% ≥ 160	% ≥ 170	% ≥ 160	% ≥ 170
	5.7	2.4	9	4.2	11.5	5.6	14.5	6.2
P	<.0005 ²	<.0005 ²	<.0025 ¹	<.0125 ¹	<.0005 ¹	<.0005 ¹		
			<.0005 ²	<.001 ²	<.05 ²	NS ²		

p¹ och p² som i tabell III

Tabell IV.

Frekvens av systoliskt blodtryck lika med eller mer än 160 mmHg (borderlinehypertoni) respektive lika med eller mer än 170 mmHg (definitiv hypertoni) i samma studiegrupper.

	O		M		P		B	
	% ≥ 95	% ≥ 105	% ≥ 95	% ≥ 105	% ≥ 95	% ≥ 105	% ≥ 95	% ≥ 105
	25	7.1	34.2	11.1	38.1	15	42.5	16.8
P	<.0005 ²	<.0005 ²	<.0005 ¹	<.005 ¹	<.0005 ¹	<.0005 ¹		
			<.0005 ²	<.01 ²	<.05 ²	NS ²		

p¹ och p² som i tabell III och IV

Tabell V.

Motsvarande frekvenser av diastoliskt blodtryck lika med eller överstigande 95 mmHg respektive 105 mmHg.

	O		M		P		B	
	m	SD	m	SD	m	SD	m	SD
A/I-VIKT	1.09	0.14	1.10	0.15	1.10	0.14	1.11*	0.15
PULS 10'	68.6	10.3	69.2	10.7	68.2	9.9	69.5	9.4
KOLESTEROL	5.80	1.07	5.80	1.05	5.74	0.96	5.75	1.09
TRIGLYCERIDER	1.61	0.90	1.61	0.88	1.59	0.85	1.68	0.92
URAT	316	63	322	65	320	66	333***	67
GGT	0.78	0.88	0.75	0.85	0.75	0.75	0.74	0.63
GLUC 120'	5.37	1.37	5.49	1.40	5.54	1.41	5.57*	1.5

* p < 0.05 i förhållande till 0-gruppen

*** p < 0.0005 i förhållande till 0-gruppen

Tabell VI.

Medelvärden och standarddeviation av relativ kroppsvikt (A/I-vikt, index), puls efter tio minuters vila (slag per minut), serumkolesterol (mmol/l), triglycerider (mmol/l), urat (μmol/l), gammaglutamyltransferas (GGT, μkat/l) och blodglukos vid 120 minuter i oral glukosbelastning (gluc 120', mmol/l) i samma grupper.

som om varseblivande av hypertoni hos en förstegradsfamiljemedlem ökar varseblivandet/rapporten av hypertoni hos andra förstegradssläktingar. Detta skulle kunna bero på gemensamma predisponerande miljöfaktorer för hypertoni i familjen, till exempel saltintag eller andra matvanor, psykosocial stress, socialgrupp etc. Spekulativt skulle man också kunna överväga konstitutionella urvalsfaktorer, till exempel till äktenskap etc. Mest sannolikt är emellertid att de iakttagna mönstren helt enkelt representerar ett ökat uppmärksammande, diagnos och behandling av hypertoni hos dessa familjer och en ömsesidig interrelation mellan familj och den medicinska apparaten och informationen.

En ytterligare belysning av dessa frågor kan ges av distributionerna av faktiska blodtrycksnivåer samt övriga riskfaktorer i samma populationsgrupper. Statistiskt högsignifikanta redistribu- tioner av de uppmätta blodtrycksnivåerna förelåg i relation till uppgiven

hypertonihereditet i samma ålders- och könsuniforma populationssample. De andra analyserade variablerna var emellertid likartade i alla grupper och föreföll sålunda oberoende av hypertoniherediteten. Enbart serumurat, som möjligen kan vara inblandad i en fraktion av fallen av så kallad essentiell hypertoni, uppvisade en signifikant trend till högre nivå med hereditetskategori, och då i den biparentala hypertoni- gruppen (tabell VI).

Det är vidare intressant att fadershypertoni rapporterades mer sällan än modershypertoni, men å andra sidan var starkare associerad med stegrade blodtrycksnivåer (tabell III-V). Detta kan innebära att äkta hypertoni mer ofta uppmärksammas hos äldre män än hos äldre kvinnor, och att de verkliga hereditära mönstren är överrepresenterade i faders- respektive de biparentala familjehistoriegrupperna i föreliggande populationssample.

En kännedom om förekomst av hypertoni bland familjemedlemmarna

kan återspegla både individens egen uppfattning och den ökade undersökningen, upptäckten och behandlingen av hypertoni under de senaste decennierna; men kan också åtminstone delvis återspegla den sanna hereditära förekomsten av sjukdomen själv. Denna synes emellertid inte vara starkt interrelaterad till andra konstitutionella eller exogena riskfaktorer som diskuteras i etiologin och patofysiologin för kardiovaskulära sjukdomar.

Referenser:

1. Henningsen N-C: Metabolic aspects in genetic hypertension. A study in younger relatives of families with a heavy accumulation of essential hypertension. Thesis, Malmö, 1980.
2. Wollheim E, Moeller J: Essentielle Hypertonie. Heredität. In: Hypertonie, Hypotonie. (Eds Wollheim E, Moeller J) Springer Verlag, Berlin, 1960.
3. Julius S, Ellis CN, Pascual AV: Home Blood pressure determination. Value in borderline ("labile") hypertension. JAMA 229, 663, 1974.
4. Julius S, Schork MA: Borderline Hypertension - a critical review. J Chron Dis, 23, 723, 1971.
5. Siervogal RM, Glueck CJ: Interrelationships between lipids, lipoproteins, and blood pressure in children from kindreds with essential hypertension. Prev Med, 9, 760, 1980.
6. O'Hare JP, Walker WG, Vickers MC: Heredity and hypertension. JAMA 83, 27, 1924.
7. Gearing FR, Clark EG, Pereira GA, Schweitzer A: Hypertensives among relatives of hypertensives. Progress report of a family study. Amer J Publ Health, 52, 2058, 1962.
8. Berglund G: Hypertoni och hypertensiva organskomplikationer hos 50-åriga män. En epidemiologisk fysiologisk studie. Thesis, Göteborg, 1974.
9. Johanson BC, Epstein FH, Kjelsberg MO: Distribution and familial studies of blood pressure and serum cholesterol levels in a total community - Tecumseh, Michigan. J Chron Dis, 18, 147, 1965.
10. Garrison RJ, Castelli WP, Feinleib M, Kannel WB, Havlik R, Padgett SJ, McNa-

mara PM: The association of total cholesterol, triglycerides and plasma lipoprotein levels in first degree relatives and spouse pairs. Amer J Epidemiol. 110, 313, 1979.

11. Thulin T: Blood pressure in a defined population. Studies of individuals and families. Thesis, Lund, 1977.
12. Lindholm L: Parental obesity combined with hypertension - an indicator of excess risk of hypertension in offspring. Acta Med Scand, in press, 1984.
13. Lindholm L: Hypertension and its risks. Epidemiological studies in Swedish primary health care. Thesis, Dalby, 1984.
14. Wilhelmsen L, Wedel H, Tibblin G: Multivariate analysis of risk factors for coronary heart disease. Circulation 48, 950, 1973.
15. Trell E, Henningsen N-C, Mattiasson I: Blood pressure and other risk factors in healthy middle-aged men in relation to self-reported first degree family history of hypertension. Scand J Prim Health Care, in print, 1984.
16. LaPorte RE, Cresanta JL, Kuler LH: The relationship of alcohol consumption to atherosclerotic heart disease. Prev Med 9, 22, 1980.
17. Mitchell PJ, Morgan MJ, Boaddle DJ: Role of alcohol in the aetiology of hypertension. Med J Aust ii, 198, 1980.
18. Trell E, Henningsen N-C, Mattiasson I: Self-reported family history of hypertension in healthy middle-aged men. Scand J Prim Health Care, 2, 63, 1984.
19. Kristenson H, Trell E, Fex G, Hood B: Serum gammaglutamyltransferase: Statistical distribution in a middle-aged male population and evaluation of alcohol habits in individuals with elevated levels. Prev Med 9, 108, 1980.
20. Trell E, Dahlberg N, Larsson C, Lazer A, Krantz J-O, Petersson BG: Interactive computer system for monitoring multiphasic health screening. Computer Programs in Biomedicine 12, 262, 1980.
21. Lindberg W, Natvig H, Rygh R: Höyde- og vektundersøkelser hos voksne men og kvinder. T Norsk Lægeforen 76, 361, 1956.
22. Petersson B, Trell E, Kristenson H, Fex G, Yettra N, Hood B: Comparison of gamma-glutamyltransferase and other health screening tests in average middle-aged males, heavy drinkers and alcohol non-users. Scand J Clin Lab Invest 43, 141, 1983.

23. Keen H, Jarret RJ, Alberti KGMM: Diabetes mellitus: A new look at diagnostic criteria. Diabetologia 16, 283, 1979.

Abstract

The self-reported first-degree family history of hypertension was obtained by questionnaire in two consecutive subsamples of middle-aged male attenders to a multiphasic health screening program in Malmö, corresponding to 2,739 men in lower (36-39 years) and 6,596 in upper (46-48 years) middle age. Reported first-degree hypertension was frequent, about 26-27 per cent in both groups, but predominantly concerned the parental generation and double as common in the mothers as in the fathers. Furthermore, the reported family history showed marked interrelations in terms of hypertension in one parent being much more frequently reported when hypertension was reported in the other than when hypertension was not recognized in this parent.

The blood pressure distributions and other risk factors were compared in the different heredity groups. Both mean values and frequencies of borderline and hypertensive levels of the systolic and diastolic blood pressures were significantly higher in the groups with a family history, in particular biparental than in the cases which did not report a parental hypertension history. Reported paternal hypertension reminded more of the biparental group in terms of the recorded blood pressure levels than the maternal heredity group.

Several biochemical and physiological variables were also compared between the heredity groups but there were no differences in associated risk factors, including blood lipids, except for higher serum urate in the biparental hypertension group than in the others.

Författarpresentation:

Erik Trell, är för närvarande tf klin lärare i allmänmedicin, Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Malmö.*

Nels-Christian Henningsen är tf bitr överläkare och Ingrid Mattiasson forskningsläkare vid Medicinska kliniken, Malmö allmänna sjukhus.

*Postadress: Inst för klinisk samhällsmedicin, Malmö Allmänna sjukhus 214 01 Malmö

Hjärt-kärlsjukdomar: Psykosociala orsaker

ANDERS ÖVERBY

Artikeln innehåller en översikt över amerikanska och svenska studier om relationen mellan hjärt-kärlsjukdomar och psykosociala faktorer. Särskilt typ A-beteende granskas. Fysiologiska mekanismer som kan förklara hur en persons beteende kan påverka uppkomsten av hjärt-kärlsjukdomar redovisas. Resultaten från ett preventivt projekt för att förhindra hjärtinfarkt hos typ A-individer tas också upp.

Nyckelord: Prevention, hjärt-kärlsjukdomar, hjärtinfarkt, hypertoni, angina pectoris, psykosociala faktorer, typ A-beteende.

Inledning

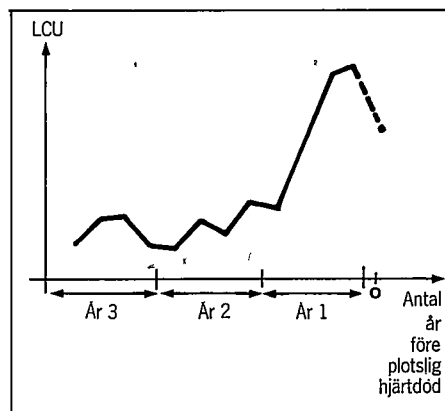
Etiologin till hjärt-kärlsjukdomar är multifaktoriell. Rökning, hyperlipämi, hypertoni, hyperglykämi osv förklarar bara hälften av sjukdomsfallen. Detta är en av orsakerna till varför en del epidemiologiska och preventiva undersökningar ibland gett motsägande resultat. I debatten kring dessa frågor har bland annat framförts åsikten att prevention mot en viss riskfaktor kanske gör att en annan, ej registrerad, riskfaktor påverkas. Detta har nyligen belysts i denna tidskrift (1). En sådan faktor skulle kunna vara det som kallas typ A-beteende, det vill säga en personlighet karakteriserad av bland annat otålighet, brådska, tävlingsinstinkt, fientlighet. I det följande redovisas de tankegångar som lett fram till detta påstående. Intressant är då att det finns undersökningar som kan tala för att typ A-beteende kan utlösa hyperlipämi, hypertoni och coronarscleros.

Redan 1892 beskrev sir William Osler hur "arteriell degeneration" uppträdde även i ung ålder hos människor som arbetade på sin maximala kapacitetsnivå. Töres Theorell i Sverige är också ett känt namn i detta sammanhang. Men framför allt förknippas undersökningar kring typ A-beteende med Meyer Friedman och Ray Rosenman som sedan 1950-talet studerat detta i USA.

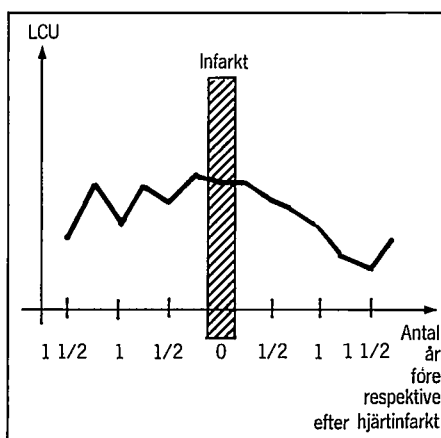
Hjärtinfarkt och plötslig död

Töres Theorell och Richard Rahe visade i början på 1970-talet att män i

Stockholm som haft hjärtinfarkt hade mer övertid i ett arbete som gav mindre tillfredsställelse jämfört med en kontrollgrupp (2). Infarktpatienterna hade också mer sällan en arbetsledande ställning eller något större ansvar i arbetet. När deras arbete blev förlångsamt genom andra människors påverkan uppvisade de mer fientlighet än kontrollgruppen. En annan pilotstudie, också den med Richard Rahe (som innehade en forskartjänst i US Navy!), utfördes på 67 svenskar med plötslig hjärtdöd (3). Man undersökte ändringen i levnadsförändringspoäng (life change units = LCU) under tre år före dödsfallet. Detta poängtal beror av olika skeenden i livet såsom arbetsbyte,



Figur 1. Stegning i levnadsförändringspoäng (LCU) under tiden före dödsfallet. Efter Rahe och Lind (3).



Figur 2. Ökning respektive minskning av levnadsförändringspoäng (LCU) före/efter hjärtinfarkt. Efter Rahe och Paasikivi (4).

giftermål, skilsmässa, flyttning, barn som flyttar hemifrån osv, sammanlagt 42 olika variabler. Ju högre poäng desto fler ändringar i levnadsförhållanden.

Man fann en signifikant stegring i levnadsförändringspoäng under de 6 månader som föregick dödsfallet, se figur 1.

En annan svensk studie visade en successiv ökning i levnadsförändringspoängen under 11/2 år före inträffad hjärtinfarkt (4). Efter infarkten skedde en minskning under det följande året, se figur 2.

Töres Theorell och Richard Rahe har i ett annat arbete visat att levnadsförändringarna nådde sitt maximum cirka ett år före hjärtdöd (5). De spekulerar i om olika fysiologiska mekanismer, vilka initierats av levnadsförändringarna, utövat sin negativa påverkan på hjärtat under flera månader varefter hjärtat definitivt sviktar (arytmi-benägenheten tenderade att öka med tiden). Nedgången i levnadsförändringarna månaderna före dödsfallet skulle kunna bero på att hjärt-kärlsjukdomen tvingat patienten att lugna ned sitt livsmönster.

I ett arbete från Helsingfors har man också visat att hos patienter med hjärtinfarkt eller akut hjärtdöd så föreligger en stegring av levnadsförändringspoängen under ett halvt år före sjukdomstillfället (6). Denna stegring var särskilt uttalad hos de med plötslig död. I denna undersökning finns en närmare beskrivning av hur levnadsförändringspoäng mätes.

Calle Bengtsson har i en studie från Göteborg visat att kvinnor med hjärtinfarkt hade upplevt mer stress under året före infarkten jämfört med en kontrollgrupp (7). Infarktpatienterna uppvisade också tecken till mer aggression än kontrollerna.

Ovanstående undersökningar är alla av retrospektiv karaktär.

Psykosociala faktorer och hjärt-kärlsjukdomar

1976 sammanfattade David Jenkins vad man då visste om de psykosociala faktorernas betydelse för utveckling av hjärt-kärlsjukdom (8). Mycket av detta är av intresse även idag. Jenkins gick igenom ett stort antal undersökningar.

Bland annat visade det sig att när urbaniseringen startade så ökade risken för hjärt-kärlsjukdom i de högre socialgrupperna. I det senare skedet av denna utveckling är risken större i de lägre socialgrupperna. Jenkins gick igenom 24 undersökningar om typ A-beteende och hjärt-kärlsjukdom. Alla utom en talade för att ett samband förelåg. Angina pectoris var associerad med ångest, depression och relationsproblem. Hjärtinfarkt var i stället kopplat till en tvångsmässig personlighet och en stark känslomässig behärskning. Jenkins konkluderar att psykosociala faktorer kan ge förändringar i det autonoma nervsystemet och i den endokrina aktiviteten vilket kan påverka cirkulationsorganen.

Typ A-beteende-karakteristika

Ovanstående undersökningar kan ge en del förklaringar till uppkomsten av hjärt-kärlsjukdom. Av mer praktisk nytta är för närvarande de studier som finns om typ A-beteende. Här finns nämligen också ett preventionsprogram som visat sig ha effekt.

Typ A-beteende karakteriseras bland annat av en kronisk och oupphörlig strävan att åstadkomma mer och mer på kortare tid (9, 10). Dessa människor lider ofta av tidsbrist och arbetar ständigt mot "deadlines". Ofta uppvisar de också en ohämmad fiendtlighet och ett otåligt beteende. De talar fort, explosivt, staccatoliknande, gärna med gester. Spänt ansiktsuttryck. Skramlar med nyckelknippan när någon annan talar eller "hummar" för att skynda på när motparten talar. Allmänt jäktade och med en fiendlig inställning till omgivningen (10). Vill gärna vinna tävlingar och lekar, även med små barn. På sin fritid har typ A-människor svårt att vila och ha det skönt, de vill gärna syssla med någon resultatgivande verksamhet, tex att reparera villan.

Typ A-beteende - diagnostik

Olika modeller finns för att undersöka om en person är typ A eller B.

JAS, Jenkins Activity Survey, är i princip ett frågeformulär som patienterna själva fyller i och ur vilket man sedan drar slutsatser om personligheten (8, 11).

Friedman och Rosenman använder sig av en strukturerad intervju, SI (12, 10). I sin senaste version tar denna intervju 15 minuter. Patienten videofilmas medan han inför intervjuaren får besvara 28 frågor. En del av frågorna ställs på ett utmanande och provokativt sätt, andra på ett mycket stapplande och långsamt sätt. Testen är främst inriktad på att värdera dels individens upplevelse av tidsbrist dels den ohämmade fiendligheten och det otåliga beteendet som är de två huvudkomponenterna i typ A-beteendet. Film och svar poängsättes. Exempel på frågor finns i tabell 1 och på värderingsnormer i tabell 2.

- Hur ofta blir Ni otålig över den långsamhet och omständlighet med vilken en person talar med er med?
- Hur irriterad blir Ni under bilkörning när någon kör alldeles efter Er en lång stund?
- Hur ofta har Ni märkt att Ni gör att Edra vänner, barn, släktingar börjar tävla/konkurrera med varandra eller Er själv?

Tabell 1.

Exempel på frågor för test av typ A-beteende. Efter Thoresen, Friedman, Gill och Ulmer (10).

Tidsbrist

Spänt ansiktsuttryck
Trummar med fingrarna
Skyndar på frågorna
Svårt att sitta och inte göra någonting
Alltid komma i tid i alla lägen
Polyfasisk aktivitet (läser under rakning, tänker på andra ämnen under en konversation)

Tävlingsinstinkt och fiendtlighet

Spelar alla spel för att vinna, även med små barn
Explosivt, staccatoliknande tal, ofta otrevlig röst
Misstror andra människors motiv (tex altruism)
Åsikter om politik, kvinnor, raser, konkurrenter. Blir personen arg och reagerar med tvärsäkra generaliseringar?

Tabell 2.

Exempel på värderingsnormer vid test av typ A-beteende. Efter Friedman, Thoresen, Gill et al (12).

Typ A-beteende - epidemiologi

1959 publicerade Meyer Friedman och Ray Rosenman sin första större undersökning om typ A-beteende och hjärt-kärlsjukdom (13). Typ A-människan hade ökad förekomst av hjärt-kärlsjukdom, arcus senilis och högre kolesterolvärden än typ B-människan som hade motsatt personlighet. Året dessförinnan hade de visat att skatterevisornas kolesterolvärden stegrades när myndigheternas deadline för skatte-transaktioner inträffade i april. Diet, vikt och motion hade då inte ändrats (14). Friedman och Rosenman föreslog att en persons beteende påverkar bland annat kolesterolvärdet.

Framingham-studien är en prospektiv amerikansk undersökning om hjärt-kärlsjukdomars epidemiologi. Både hos män och kvinnor fann man här efter åtta års uppföljning att typ A-beteende var kopplat till ischämisk hjärtsjukdom (15). De som bedömdes som typ A hade dubbelt så stor risk att utveckla symptom på ischämisk hjärtsjukdom som de som hade det motsatta beteendet, typ B. I olika undergrupper var risken ännu större. Där emot kunde man inte verifiera teorin att kvinnor som får arbete utanför hemmet löper ökad risk att utveckla symptom på ischämisk hjärtsjukdom.

Western Collaborative Group Study (WCGS) är en annan prospektiv studie

avseende ischämisk hjärtsjukdom (11, 16). I undersökningen medverkade både Rosenman, Friedman och Jenkins. Även här var förekomsten av symptom på ischämisk hjärtsjukdom kopplat till typ A-beteende efter 8 ½ års uppföljning. En typ A-personlighet löpte dubbelt så stor risk som en typ B att få hjärtinfarkt eller angina pectoris. Friedman uppger i ett annat sammanhang att åtminstone 80 procent av infarktpatienterna är typ A-individer (17). Undersökningen visade också att ju lägre utbildning individen hade desto större blev risken att få ischämisk hjärtsjukdom. Jenkins har förklarat detta med att en viss utbildning krävs för att förstå och på ett riktigt sätt reagera på de krav som livet ställer (18). En låg utbildning ökar risken för att en person ofta reagerar med intensiva och långvariga alarmreaktioner. Det vill säga, det autonoma nervsystemet arbetar för fullt vilket kan ge patofysiologiska förändringar i hjärtat.

I Framingham- och WCGS-studierna var typ A beteende associerat med ischämisk hjärtsjukdom oberoende av de traditionella riskfaktorerna rökning, hypertoni, arvet förhållanden och så vidare.

North Carolina-studien: 156 personer som skulle coronarangiografieras på grund av ischämisk hjärtsjukdom bedömdes som antingen typ A- eller typ B-personer (19). Bland de med måttlig till kraftig coronarscleros var typ A-personer överrepresenterade även när man tog hänsyn till fördelningen av övriga riskfaktorer. Även om det skulle vara så att typ A-personligheter genom sitt beteende fått läkarna att skriva fler angiografiremisser så anser författarna att detta inte kan förklara bort undersökningens resultat. Man uppger också att det finns andra studier som visat att vid obduktion har typ A-människor mer coronarscleros än typ B.

Typ A-beteende och hjärtsjukdom - patofysiologi

Friedman anser att typ A-beteende via autonoma nervsystemet höjer serumkolesterol, triglycerider och noradrenalin (17). Blodets koagulationsförmåga ökar också. Katekolaminerna är bland annat involverade i styrningen av lipidnivån och trombocyttaggregationen (20). En tillfällig topp i katekolaminnivån kan öka arytmiibenenheten. Det senare har nyligen fått sin förklaring i att adrenalin sänker serumkalium via påverkan av beta-2-receptorer (och därmed natriumkalium-ATP-as) i skelettmuskulatur (21, 22). Betablockarnas infarktskyddande effekt har föreslagits bero på detta. Typ A-personer har höjda katekolaminnivåer vid stress jämfört med typ B (19). I vila föreligger ingen skillnad.

Typ A-beteende - prevention

I början av denna artikel nämndes att bara hälften av förekomsten av hjärt-

kärlsjukdomar kan förklaras av de traditionella riskfaktorerna. De som studerat typ A-beteende anser ofta att det är detta personlighetsdrag som är det primära och att de traditionella riskfaktorerna (rökning, hyperlipämi, hypertoni och så vidare) är sekundära till personlighetstypen (9). För att citera Meyer Friedman: "Oförmågan att inse det primära i typ A-beteendet som faktor för utveckling av dessa abnormiteter (vilka betraktas som riskfaktorer) skapar följaktligen en nästan absurd situation där försök görs att förhindra ischämisk hjärtsjukdom genom att koncentrera sig på sekundära biofysiska och biokemiska abnormiteter eller dåliga vanor" (17).

Recurrent Coronary Prevention Project (RCPP) är en prospektiv fem-årig studie av personer som haft hjärtinfarkt och där man försöker ändra typ A-beteendet för att minska risken för hjärtinfarkt och kardiovaskulär död (10, 12). Man jämför bland annat typ A-individer som enbart sköts av en cardiolog med sådana som både behandlas för sin hjärt-kärlsjukdom och för sitt typ A-beteende. Ettårsresultaten visade att den grupp där man även behandlade personligheten fick färre recidiv. Detta kunde också iakttagas i resultaten efter 2 ½ år. Femårsresultaten föreligger ännu ej.

Vid behandlingen är det några grundläggande faktorer hos typ A-människan man utgår från:

1. Man måste ständigt visa sin styrka: man är värd respekt, uppmärksamhet och uppskattning.
2. Ingen allmän moralisk princip finns, altruism existerar inte. Man måste därför straffa andra människor eftersom konsekvenserna av deras negativa beteende inte kommer av sig självt.
3. Alla resurser är begränsade. Därför konkurrerar, tävlar, man alltid. Tidsbrist föreligger.

Typ A-människor är i grunden osäkra och känner sig otillräckliga. De har en grundläggande inställning om att världen är orättvis vilket ger deras fientliga inställning till människor. I tabell 3 ges exempel på behandlingsmetodikerna.

Patienterna får olika uppgifter att utföra olika dagar, till exempel:

Tisdag: Öva att upphöra med grimager.
Torsdag: Ät långsammare.
Lördag: Dröj kvar vid matbordet.

Ett problem är att den enskilde individen ofta anser att hans/hennes framgång i livet beror just på typ A-egenskaperna. Det gäller att få patienten att förstå att det ofta är trots typ A-beteendet som det gått bra. Många läkare är typ A-personligheter vilket kan försvåra behandlingen. I USA var cardiologer på kurs "super A:s" (23). De höga målen en A-läkare sätter upp kan vara svåra att uppnå för patienten och därmed omintetgöra hela behandlingen.

Slutsatser

Under de senaste åren har både i Sve-

rige och utomlands utfallet av olika epidemiologiska och preventiva projekt diskuterats. En del studier har varit föremål för motsägande tolkningar. Om bara en eller några riskfaktorer har åtgärdats har resultatet inte alltid varit entydigt. Det är då frestande att ta till exempel psykologiska mekanismer, inklusive typ A-beteende, som en bakomliggande förklaring till både biokemiska/fysiologiska förändringar respektive dåliga vanor. En del talar för att psykosociala faktorer har betydelse för utveckling av hjärt-kärlsjukdomar men det är än så länge för tidigt att bara peka på detta. Den medicinska vetenskapen (och kanske även folkhälsan) skulle inte må bra av en liknande debatt som den som ägde rum för ett tiotal år sedan om kolesterol då man i massmedia och annorstädes varnade för fet mat generellt. Senare har delar av detta fått tas tillbaka. Det finns emellertid all anledning att idag göra hjärt-kärlpatienterna mer uppmärksamma på att just deras beteende kan ha stor betydelse för hur deras sjukdom utvecklas. Slutligen må nämnas att Friedman och Rosenmans bok "Type A behavior and your heart" efter central sökning i Sverige har visats finnas tillgänglig på - Riksdagsbiblioteket! (24). Den ser sliten ut - det inger förhoppning inför framtiden!

Litteratur

1. Överby A: Hjärt-kärlsjukdomars epidemiologi och prevention. *AllmänMedicin*. 1984; 5:15-18.
2. Theorell T, Rahe RH: Behavior and life satisfactions characteristics of swedish

Beteende

Tal: tala långsammare, avbryt mindre.
Lyssna: ge hela uppmärksamheten till den som talar.
Väntan: öva väntan i bank, restaurang, affär, trafiken. Använd väntan till livsreflexion.

Miljö

Slappna av fysiskt 20 minuter per dag.
Regelbunden diskussion/samtal med livspartnern.
Minska stressande TV-tittande: fotboll, våldsfilm.
Kör bil sakta.

Kognitiv

Vad förnekar jag mig?
Se inte händelser som ett hot mot den egna personen.
Tänk dagligen på att hur jag upplever händelser är problemet som skall lösas, ej händelsen i sig.

Fysiologiskt

Undvik stora måltider eller måltider med mycket fett.
Jogga ej (infarktpatienter i detta material)
Dela upp måltiderna på flera stycken tillfällen.

Tabell 3.

Exempel på metoder för att förändra typ A-beteende. Efter Thoresen, Friedman, Gill och Ulmer (10).

subjects with myocardial infarction. *J Chron Dis*. 1972; 25:139-147.

3. Rahe RH, Lind E: Psychosocial factors and sudden cardiac death: a pilot study. *J of Psychosom Res*. 1971; 15:19-24.
4. Rahe RH, Paasikivi J: Psychosocial factors and myocardial infarction - II. An outpatient study in Sweden. *J of Psychosom Res*. 1971; 15:33-39.
5. Theorell T, Rahe RH: Life change events, ballistocardiography and coronary death. *J of Human Stress*. 1975; 1:18-24.
6. Rahe RH, Romo M, Bennet L, Siltanen P: Recent life changes, myocardial infarction and abrupt coronary death: Studies in Helsinki. *Arch Intern Med*. 1974; 133:221-228.
7. Bengtsson C, Hällström T, Tibblin G: Social Factors, stress experience and personality traits in women with ischaemic heart disease, compared to a population sample of women. *Acta Med Scand*. 1973; Suppl 549:82-92.
8. Jenkins D: Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary heart disease. *New Engl Journ of Med*. 1976; 294:987-994 and 1033-1038.
9. Thoresen CE, Telch MJ, Eagleston JR: Approaches to altering the type A behavior pattern. *Psychosomatics*. 1981; 22:472-482.
10. Thoresen CE, Friedman M, Gill JK, Ulmer DK: The recurrent coronary prevention project. Some preliminary findings. *Acta Med Scand*. 1982; Suppl 660:172-192.
11. Matthews KA, Glass DC, Rosenman RH, Bortner RW: Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: a further analysis of some data from the western collaborative group study. *J Chron Dis*. 1977; 30:489-498.
12. Friedman M, Thoresen CE, Gill JJ et al: Feasibility of altering type A behavior pattern after myocardial infarction. *Circulation*. 1982; 66:83-92.
13. Friedman M, Rosenman RH: Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA*. 1959; 169:1286-1296.
14. Friedman M, Rosenman RH, Carroll V: Changes in serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cyclic variation of occupational stress. *Circulation*. 1958; 17:852-861.
15. Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB: The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. *Am J of Epidemiol*. 1980; 111:37-58.
16. Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins D et al: Coronary heart disease in the western collaborative group study. *JAMA*. 1975; 233:872-877.
17. Friedman M: The modification of type A behavior in postinfarction patients. *Am Heart J*. 1979; 97:551-560.
18. Jenkins D: Low education: a risk factor for death. *New Engl J of Med*. 1978; 299:95-97.
19. Blumenthal JA, Williams RB, Kong Y, Schanberg SM, Thompson LW: Type A behavior pattern and coronary atherosclerosis. *Circulation*. 1978; 58:634-639.
20. Review Panel: Coronary-prone behavior and coronary heart disease: a critical review. (National Heart Lung and Blood Institute.) *Circulation*. 1981; 63:1199-1215.
21. Editorial: Adrenaline and potassium: everything in flux. *Lancet*. 1983; II:1401-1403.

Primärvård med arbetsplatsanknuten verksamhetsplanering – försök vid Björknäs vårdcentral i Boden

KENNETH WIDÄNG

Primärvården har under de sista decennierna genomgått en mängd förändringar. Nya verksamhetskrav för inriktning mot förebyggande vård, ändrade metoder och ändrad inre organisation ger och kommer även framöver att ge behov av nästan ständiga verksamhetsförändringar. I en sådan verklighet blir det allt för trögt att genomföra förändringar i projektform. Istället behöver man bygga upp en organisation som i sin struktur innehåller beredskap för en rullande verksamhetsförändring.

Verksamhetsförändringen kan antingen initieras utanför eller inifrån vårdcentralen. Enligt mitt sätt att se är det önskvärt att förändringarna avseende arbetsformer i största möjliga utsträckning initieras inifrån vårdcentralen medan frågor om övergripande mål för verksamheten kommer från den politiska ledningen.

Jag vill nu skildra ett försök till sådan rullande verksamhetsplanering som vi har gjort vid Björknäs vårdcentral i Boden. Inför vårdcentralens öppnande i maj 1982 hade all personal en gemensam planeringsvecka. Denna har följts upp med planeringsdagar för all personal en gång per halvår och med kontinuerliga personalmöten varje vecka. Planeringsveckan och planeringsdagarna har haft som främsta målsättning att dels göra målfrågor levande för all personal vid vårdcentralen och dels att utgöra detaljplanering av verksamheten. För att genomföra detta har vi hela tiden arbetat med smågruppsmetodik. Detta därför att smågruppsmetodik är lämplig för bearbetning av värderingsfrågor och dessutom har vi

sat sig mest tjänlig för att få fram åsikter och synpunkter från hela personalen.

Den yttre formen har varit enkel. Aktuella frågeställningar har kort introducerats i början på dagen varefter det huvudsakliga arbetet har skett i smågrupper. Dagens sista en och en halv timma har därefter ägnats åt gemensam avrapportering och eventuella beslut om framtida handlingslinjer. Som exempel på frågor som behandlats kan nämnas telefonrådgivning, patientbokningssystem, barnavårdcentralens och mödravårdscentralens organisation, förebyggande hälsovård, planering av gruppsammankomster för ensamma åldringar och genomgång av Norrbottens nya sjukvårdsplan HSBD 90. Med lite annorlunda metodik har servicefrågor tacklats. Vi har då använt oss av rollspel.

Vårdcentralsledningens insatser vid dessa planeringsdagar har dels varit att lyfta fram vilka frågor som skall behandlas och dels göra en genomtänkt gruppindelning. Vi har vid gruppindelningen funnit det angeläget att det i samtliga grupper har funnits representanter för vårdcentralens olika delverksamheter, detta för att ge en mångfasetterad syn på frågorna och för att stärka sammanhållningen inom vårdcentralen. Gruppstorleken har varit mellan fem och åtta personer. Endast vid ett tillfälle har utifrån kommande resurspersoner använts och detta var vid början av planeringsveckan då en psykolog från personalavdelningen gick igenom villkoren för att arbeta i smågrupp.

Mellan planeringsdagarna har vi vid vårdcentralen haft entimmeslånga personalmöten varje vecka, varannan gång med all personal samlad hela tiden, varannan gång med all personal samlad de första 10–15 minuterna sedan personal från distriktssköterskemottagningen för sig och läkarmottagningen för sig. Personalmötena har visat sig fungera bäst som rapportstund från vårdcentralsledningen. Frågor, som har tagits upp och behövt bearbetning, har ofta fått bearbetas av enskilda medlemmar vid vårdcentralen eller smågrupper varefter beslut om nya ar-

betsrutiner och småjusteringar i de gamla har kunnat fattas vid ett nytt personalmöte.

Detta sätt att arbeta har enligt min uppfattning gett en stark medvetenhet på vårdcentralen om verksamhetens mål och en stor möjlighet att fånga upp hela personalens utvecklingspotential. Vidare har man fått ett stort personligt ansvar från de enskilda medlemmarna på vårdcentralen för vårdcentralen och dess verksamhet.

De allra flesta befattningshavare vid vårdcentralen har på ett eller annat sätt i olika skeden varit idégivare för att utveckla denna verksamheten.

Författarpresentation:

Kenneth Widäng, distriktsläkare.*

*Postadress: Björknäs vårdcentral,
Box 511, 961 28 Boden

22. Epstein FH, Rosa RM: Adrenergic control of serum potassium. *New Engl J of Med.* 1983; 309:1450–1451.

23. Blankenhorn DH, Jenkins D, Insull W, Weiss L: Type A physicians and coronary risk education. *Ann Intern Med.* 1974; 81:700–701.

24. Friedman M, Rosenman RH: Type A behavior and your heart. 1st ed. New York. Alfred A Knopf. 1974.

Författarpresentation:

Anders Överby, distriktsläkare.*

Läkarstationen, 670 41 Kopppom. 0571/105 40.

Distriktsläkaren's uppgång och fall(?)

I läkartidningen nr 18/84 diskuterar distriktsläkaren Lars Agréus och FV-läkaren i allmänmedicin, Gudmund Eriksson innehållet i allmänläkarutbildningen. Man menar kort och gott att man måste ha baskunskaper inom rätt många discipliner för att rätt kunna tolka symtombild och inte missa tidiga symptom på svåra åkommor i det allmänna sjukvårdsbruset. Detta får man enligt deras mening bäst på de ställen där sjukdomarna är som frekventast, det vill säga på specialistklinikerna. Debattinlägg med liknande innehåll har förekommit tidigare i läkartidningen.

Problemet är egentligen allvarigare än så, för frågan är om vi i en framtid som färdigutbildade distrläkare överhuvudtaget har möjlighet att upprätthålla vår medicinska kompetens. Detta problem har varit alldeles för lite belyst i den offentliga debatten.

Svenska distriktsläkarföreningen har givit ut en mall för planering för totalbemanning vid en hälsocentral. Den goda tanken är förstås att se till att det finns tillräckligt med distriktsläkartjänster för den mängd av olika delsysslor som helhetssyn och totalansvar medför. Räknat efter denna mall så skulle Storvik's hälsocentral behöva cirka fem distriktsläkare för ett befolkningsunderlag på cirka 7500 människor. Räknar man så med förslaget ett läkarbesök per innevånare och år så skulle varje distriktsläkare endast ägna sig åt ren patientmottagning cirka 12 å 13 timmar per vecka. Det är med dessa fjuttiga timmar som vi skall erbjuda befolkningen kontinuitet och tillgänglighet och för vår egen del upprätthålla vår medicinska kompetens även vad gäller mer eller mindre allvarliga sjukdomstillstånd. Ju färre patienter man möter desto mer sällan ser man självklart symptom på allvarliga sjukdomar. Precis som kirurgen måste operera ett visst antal "gallor" för att upprätthålla sin kirurgiska färdighet så måste även vi ha ett antal patienter för att upprätthålla en diagnostisk skicklighet. För patienten är det ju i det enskilda fallet ytterst viktigt att vi i det allmänna symtombruset kan urskilja ett tillstånd som kräver ett medicinskt ingripande. Endast träning ger färdighet.

Jag är rädd att den dagen kommer då vi är så splittrade på olika aktiviteter i den heliga helhetssynens namn att vi inte längre är duktiga nog på något område och vi tappar vår identitet som distriktsläkare. Det vi ytterst måste vär-

na om är ju kunnandet i att diagnostisera eller misstänka sjukdomstillstånd av olika slag. Utan detta kunnande tappar vi snart befolkningens förtroende och även övriga viktiga sysslor av hälsovårdande karaktär faller platt till marken.

Till råga på allt skall vi dessutom handla våra blivande distriktsläkare i upp till två års tid på vårdcentralen i primärvårdssomatiken när vi knappt själva ser några patienter i traditionell mening.

Hur man än vrider och vänder på begreppet helhetssyn, så kan detta inte stå oanfrätt i detta sammanhang. Distriktsläkaren kan inte "omfamna" sin befolkning på cirka 1500 personer till 100%. För att komma upp i en vettig patientmottagningsverksamhet på åtminstone 20 timmar per vecka får vi antingen subspecialisera oss inom vårdcentralen och därmed mister vi en del av kontinuiteten (och brett kunnande) eller så får vi skala av en del av vår verksamhet och mister så totalansvaret.

Således måste vi kräva en förändring av allmänläkarutbildningen med mer slutenvårdsutbildning för att sedan kunna bli goda analyserare av primärvårdens symtombrus samt tackla begreppet helhetssyn ånyo för att kunna få plats för möjligheten att upprätthålla vårt medicinska kunnande.

Bertil Hagström

200 5989

Öppet brev till distriktsläkare Margareta Strand-Jonsson

Bästa vän.

Jag har erhållit brev från dig via läkemedelsbolaget Bristol-Myers AB. I ditt brev hänvisar du till SFAM:s vårmöte i Uppsala och man kan rentav tro att det där upplevdes som angeläget att börja med mer omfattande screeningundersökningar efter förhöjda blodfetter.

De slutsatserna kunde åtminstone inte jag dra efter att ha åhört Göran Walldius, Bengt-Göran Hansson och Hans Lithells sypunkter och därefter följt den allmänna diskussionen.

Jag uppskattar inte att SFAM's vetenskapliga möten utnyttjas på detta sätt och inte heller uppskattar jag att i denna förtäckta form uppmanas bidra till en ökad försäljning av det icke biverkningsfria medlet Kolestyramin.

Det är väl ingen slump att Bristol-

Meyers AB har det enda inregistrerade läkemedlet med kolestyramin?

Med vänlig hälsning

Kennet Widäng

Distriktsläkare, Björknäs vårdcentral, Boden

200 5989

Svar till Kenneth Widäng

Tack för Ditt brev!

Efter publicering i januari i år av den omfattande USA-studien rörande fördelen med att behandla höga blodfetter, uppkom i Sverige ett förnyat intresse av att överväga behandling av patienter med höga blodfettvärden.

Vid SFAM's vårmöte efterlystes normer för behandling: Du som jag eftersträvar säkert att undvika överbehandling.

För att ge en så god vägledning som möjligt till primärvården, bad Bristol-Myers professor Anders Olsson i Linköping att utarbeta ett behandlingsschema just avsett för oss primärvårdsläkare.

Jag ansåg – och gör det fortfarande inte minst tack vare alla positiva reaktioner som jag har erhållit efter utskicket av behandlingsschemat – att det var värdefullt att få medverka till distributionen av detta behandlingsschema.

Du bör observera att behandlingsgränsen för USA-studien ligger efter diet vid 6,8 mmol/l. I det schema som jag har medverkat till att distribuerades ligger behandlingsgränsen vid 7,8 mmol/l efter diet.

Vad gäller kolestyramin är så enkelt att Bristol-Myers är det företag som tillhandahåller det i Sverige. Till bilden hör att detta preparat är identiskt med det som användes i USA-studien och som ansetts ge så goda behandlingsresultat.

Med vänlig hälsning

Margareta Strand-Jonsson

ÖPPNA VÄGEN TILL ETT 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 tabletter 40 mg, 80 mg och 120 mg, samt som injektionsvätska 2,5 mg/ml. Indikationer: Angina pectoris. Förkastakyarytmier och AV - nodala takyarytmier. 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

Ortopedisk primärvård

Bjarne Lindén och Bengt Hagstedt,
Ortopediska kliniken, Eksjö
MSD 1984

Författarna har skrivit en bra manual om ortopediska vardagsproblem, som för oss distriktsläkare är mycket vanliga och enligt olika undersökningar utgör cirka 15–20% av det allmänmedicinska mottagningsklientelet.

Ämnet "ortopedisk kirurgi" omfattar ansvarstagande för patienter med besvär i stödje- och rörelseapparaten vad gäller utredning och behandling. Mycket av detta ansvar faller även på allmänläkarna, vilket också författarna framhåller. På ett bra sätt visas en modell för arbetsfördelning mellan våra två specialiteter. Författarna anser att två områden enbart ligger på sjukhusspecialiteten, nämligen den kirurgiska delen samt den del som gäller ortopedtekniska åtgärder i form av hjälpmedelsförskrivning. Min uppfattning är att även den kunnige distriktsläkaren bör ha möjlighet att remittera patienten till ortopedteknisk avdelning, såsom nu redan sker på flera ställen i landet.

Boken är uppdelad i olika topografiska avsnitt, där de olika kroppsdelarna går igenom vad det gäller de vanliga åkommornas patologi, diagnostik och behandling. Dessutom finns ett antal kapitel där arthrosproblematik, osteoporos, cirkulationsstörningar samt extrimitetstraumata behandlas. Boken avslutas med ett avsnitt som kort behandlar arbets- och sjukgymnastisk terapi.

I några kapitel finns faktarutor för snabbrepetition, något som man kanske kunde haft i flera kapitel, eftersom de är utmärkta.

Några marginella anmärkningar:

Man talar om den laterala humerus-epicondyliten ("tennisarmbågen") men ej alls om den mediala humerus-epicondyliten ("golfarmbågen") som alls inte är sällsynt. Jag saknar här också rehabiliteringsträning och profylaktisk rörelsebehandling för dessa tillstånd.

De patellofemorala smärttillstånden är mycket vanliga speciellt i yngre åldrar, och påtagligt ofta tycks det finnas ett samband mellan dessa tillstånd och dåligt tränad M. vastus medialis. Detta kunde ha nämnts eftersom slentrianrådet quadricepstärning ofta får till följd en ökad styrka i de laterala portionerna av muskeln men ej de mediala eftersom träningen ofta utgörs felaktigt. De sista 10–15 graderna av knästräck-

ningen är de viktiga i muskelträningen, något som många kollegor inte tycks ha kunskap om.

Mjukdelsskadorna som fysiskt aktiva människor allt mer söker för, kanske hade varit värt ett eget kapitel. Här rekommenderar jag Pettersson/Renströms bok: Skador inom idrotten, som på ett utmärkt sätt kompletterar Lindén/Hagstedts bok, även på andra områden.

Denna manual rekommenderas varmt. Den är bra för allmänläkaren som vill vidmakthålla och förbättra sina ortopediska kunskaper.

Bengt Linder
Hälsövrårdsöverläkare,
Hälsövrårdsenheten, Skövde

Starka samband mellan fysisk aktivitet och hälsa

Fysisk passivitet leder till nedsatt funktion i flera organ. Regelbunden aktivitet och motion förbättrar däremot hälsa och välbefinnande. För en tid sedan arrangerade socialstyrelsen i samarbete med försäkringsbolaget Trygg-Hansa ett symposium med temat: Vad vet vi om motion och hälsa? Vid symposiet beskrevs en hel rad positiva effekter av fysisk aktivitet och motion. Den kunskap som kom fram vid symposiet presenteras nu i socialstyrelsens rapport "Vad vet vi om motion och hälsa?" (h-rapport 21). Några exempel:

- Fysisk aktivitet och motion förbättrar andnings- och cirkulationsapparatens funktion. Det gäller inte bara unga människor utan också för 60–80-åringar. Vid viss aktivitet sjunker såväl hjärtfrekvens som blodtryck vilket bidrar till att minska påfrestningarna på hjärtat.

- Fettsammansättningen förbättras av fysisk aktivitet och motion genom att det "goda" kolesterolet (HDL) ökar medan det "dåliga" LDL minskar. Med ökad aktivitet förbättras också möjligheterna att hålla en normal vikt, vilket i sin tur ofta leder till att rörligheten blir bättre över lag.

- Fysisk aktivitet och motion leder också till ökad muskelkraft och bättre hållfasthet hos skelettet liksom till mer styrka i senor och ligament. Detta betyder bättre arbetsförmåga och motståndskraft vid olika former av fysisk påfrestning.

Även om det ännu är för tidigt att tala om bevis så finns det idag många indicier på att fysisk aktivitet förbättrar hälsan. Vi vet också att de allra flesta känner välbefinnande vid motion. Det finns därför all anledning att fortsätta

samhällets satsning på att förbättra svenska folkets motionsvanor.

"Vad vet vi om motion och hälsa"
h-rapport 21/LIC Förlag
Pris: 20 kr

Information: Avdelningsdirektör
Ingrid Lindvall eller byrådirektör
Anna Thille, byrån för hälsoupplýsning, tel 08/14 06 00.

Ju mer vårdresurser desto mer psykvård

Sjukligheten av underordnad betydelse för antalet patient inom psykiatri

Dimensioneringen av den psykiatriska vården inom ett sjukvårdsområde samt den prioritet vården ges påverkar vårdkonsumtionen inom andra medicinska specialiteter samt klientbelastningen inom socialtjänsten. Det visar socialstyrelsens nyutkomna rapport "Vårdorganisation och vårdutnyttjande inom psykiatri" som analyserar den psykiatriska vården inom Västmanlands och Uppsala län.

I en tidigare studie över sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande konstaterade socialstyrelsen stora skillnader i vårdutnyttjande, resurser och diagnosfördelning – inte minst inom psykiatri – mellan olika sjukvårdsområden. Sålunda till exempel registrerades i mars 1979 fem gånger fler inlagda demenspatienter per 100 000 invånare i Uppsala än i Västmanlands län. Antalet utskrivningar under samma diagnos var det året tre gånger högre i Uppsala län. För patienter med alkohol-diagnos var antalet mer än dubbelt så högt för inlagda och dubbelt så högt för utskrivna patienter i Uppsala jämfört med i Västmanlands län.

I den nya rapporten konstateras att det knappast är skillnader i vårdbehov och/eller vårdefterfrågan mellan de aktuella sjukvårdsområdena som orsakar skillnaderna i vårdutnyttjandet. Snarare beror olikheterna på skillnader i tillgången på psykiatriska vårdresurser: antalet vårdplatser och vårdpersonal är betydligt större inom psykiatri i Uppsala län jämfört med i Västmanland.

En annan intressant aspekt som tas upp i boken är att det höga utnyttjandet av demensvården inom psykiatri i Uppsala län motsvaras av ett högt utnyttjande av demensvården inom den somatiska långtidsvården i Västmanland. På samma sätt motsvaras det höga utnyttjandet av psykiatri i Uppsala

län för alkoholistvård av en mer omfattande alkoholistvård inom kroppssjukvården i Västmanland liksom av betydligt högre anspråk på socialtjänsten för alkoholproblematiker. Rapporten visar med andra ord att den psykiatriska vården, kroppssjukvården samt socialtjänsten utgör kommuniserande system inom vårdsektorn, där en satsning inom ett område kan leda till en minskad belastning inom ett annat.

"Vårdorganisation och vårdutnyttjande inom psykiatri"

Socialstyrelsen redovisar 1984:6

Pris: 26 kr

Information: Förste byråsekreterare Bengt Wennermark, byrån för psykiatrisk vård, tel 08/14 06 00.

"Klockaregården i Löt"

Dagvård som ger de äldre möjlighet att bo kvar hemma

Att flytta till institution är för många en påfrestning som kan försämra deras förmåga att klara det dagliga livet. Stöd och hjälp med att bo kvar i den egna bostaden är därför ett måste för att undvika onödiga flyttningar.

Ett särskild dagvård i kombination med hemhjälp och annat stöd kan i många fall göra det möjligt för äldre att bo kvar hemma. I början av 1983 publicerade socialstyrelsen en rapport som beskrev ett projekt med dagvård för äldre på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm "Att bo kvar hemma – en rättighet" (Socialstyrelsen redovisar 1983:1). Rapporten visade att dagvård för åldersdementa kan ge bra resultat i en storstad.

I samverkan mellan Borgholms kommun och Kalmar läns landsting har nu en liknande dagverksamhet dragits igång på Öland. Projektledare Stina Clara Hjulström har utarbetat en rapport om verksamheten, "Klockaregården i Löt", som visar att det går bra att ordna dagvård för äldre även på små orter ute i landet.

Rapporten säger bland annat att man "med enkla medel även i en glesbygd kan hjälpa våra förvirrade äldre och ge dem en meningsfull dag, bibehålla och förbättra minnesfunktionerna, stärka självkänslan, skapa nya vänskapsband, underlätta situationen för anhöriga, förhindra – fördröja institutionsvård och låta alla behövas". Inom Kalmar läns landsting har man som ett resultat av denna insikt börjat genomföra liknande verksamheter i varje kommun i länet – i Hultsfred och

Emmaboda har verksamheten redan startat.

För att möta det växande kravet på äldreomsorgen är det angeläget att dagvård för äldre kommer igång i hela landet. Socialstyrelsen har därför låtit trycka en stor upplaga av "Klockaregården i Löt" med förhoppning att rapporten ska stimulera till nya "Klockar-

gårdar". Rapporten kan i enstaka exemplar kostnadsfritt rekvireras från Socialstyrelsen, distributionscentralen, 10630 Stockholm, telefon 08/14 06 00.

Information: Byråchef Eivor Näslund, långvårdsbyrån, telefon 08/14 06 00.

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄNMEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄNMEDICIN

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

ALLMÄNMEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distriktssköterskemottagning.

ALLMÄNMEDICIN

kostar 250 kronor för år 1985. Avgiften insättes på postgiro 375440-5.

Ange prenumeration för 1985 på talongen.

ALLMÄNMEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

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. 1 depotkapsel innehåller: Furosemid. 30 mg aut 60 mg, constit. et color (järnoxid, indigokarmin, titandioxid) q. s.

Egenskaper. LASIX RETARD depotkapslar innehåller furosemiddäckta granula överdragna med ett mag-saftresistent 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 manifest 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  i FASS Tiazider, tiazidliknande diuretika och loop-diuretika kan passera över till fostret och ge upphov till elektrolytrubbningar. 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 , 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 nefrotoksisk 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 plasmalektrolyter, särskilt kalium, natrium, klorid och bikarbonat utföras.

Vid njursufficiens 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**

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

HS 90-projektet har letts av en arbetsgrupp för långsiktig planering, som tillsatts av socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning (tidigare sjukvårdsdelegationen). I denna har ingått representanter från social-, finans- och utbildningsdepartementen, landstingsförbundet, SPRI, socialstyrelsen och berörda fackliga organisationer. Socialstyrelsen har svarat för själva utredningsarbetet.

Ett 30-tal experter från hela landet har medverkat i arbetet med att ta fram huvudrapporten, underlagsstudier och expertrapporter. Det har varit ett tvärvetenskapligt samarbete mellan bland annat medicin och samhällsvetenskap.

I tolv SOU-skrifter presenterar HS 90-projektet underlag och förslag till hur man på central, regional och lokal nivå kan utforma en offensiv hälso- och sjukvård under nästa årtionde, 1990-2000. En hälso- och sjukvård där hälso- och sjukvårdslagens mål "En god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor" uppfylls bättre än idag.

Vi återkommer med utförligare presentationer av "Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet". Vi kommer också att publicera SFAM:s remissvar på HS 90-materialet.

Bo Haglund

SOU 1984:39 Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90).

Huvudrapport, 244 s. Pris 70:-

□ I huvudrapporten sammanfattas HS 90-projektets hela underlagsmaterial. Där presenteras också förslag till förändringar av hälso- och sjukvården inför 90-talet. Förslagen har en renodlat hälso- och sjukvårdspolitisk inriktning. Avsikten är att huvudrapporten – liksom underlagsstudierna – ska ge sjukvårdshuvudmännen underlag till deras långsiktiga planering samt för hälso- och sjukvårdspolitiska överväganden på nationell nivå.

I de elva kapitlen behandlas bland annat:

- Hälsoproblem och hälsorisker i Sverige,
- de samhällsekonomiska villkoren för hälsopolitiken inför 90-talet,
- hälso- och sjukvårdens, särskilt primärvårdens, medverkan i det förebyggande arbetet,

- hälsopolitiken och samhällsplaneringen,
- möjligheterna att skapa en "vård på lika villkor",
- kraven på en utbyggd primärvård,
- länssjukvårdens framtida innehåll och inriktning,
- behoven av forsknings- och utvecklingsinsatser, samt
- behoven av att utveckla hälso- och sjukvårdsstatistiken och dess informationssystem.

Huvudrapporten kommer att remissbehandlas under hösten 1984. ■

SOU 1984:40 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering.

Underlagsstudie, 194 s. Pris 65:-

□ En uppgift i hälso- och sjukvårdens offensiva hälsopolitiska arbete är att delge andra samhällssektorer kunskaper om hälsorisker och ohälsa inom befolkningen. I denna underlagsstudie diskuteras möjligheter och svårigheter att i praktiken utnyttja hälsodata (fakta om hälsorisker och hälsoförhållanden i statistik och register) som underlag för hälso- och sjukvårdens planering. Utredarna försöker också klarlägga vilka ytterligare förbättringar av hälsodata som krävs för att man utifrån behoven ska kunna planera förebyggande, behandlande, rehabiliterande och omvårdande insatser. Många viktiga kvaliteter i vården som betonas i hälso- och sjukvårdslagen, till exempel trygghet, integritet och självbestämmande, är mycket svåra att mäta med hjälp av vanliga statistik- och informationssystem. Här behövs en direkt dialog med befolkningen.

Tre bilagor till rapporten publiceras separat i SOU 1984:41. ■

SOU 1984:41 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering.

Huvudbilaga 1-3, 182 s. Pris 60:-

1. Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige.
2. Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av slutenvård. En registerstudie.
3. Den jämlika sjukvården? En studie av demokratiska, socioekonomiska och geografiska faktors betydelse för utnyttjandet av slutenvård som somatisk korttidsvård.

SOU 1984:44 Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost.

Underlagsstudie, 168 s. Pris 60:-

□ Hälso- och sjukvården måste dela med sig av sina kunskaper om hälsorisker och ohälsa inom befolkningen till andra samhällssektorer och till medborgarna. Rapporten inleds med en kommentar om hälsoutveckling och

hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen. I övriga kapitlen behandlas hälsorisker och hälsoproblem som har samband med boendemiljön; arbetslivets hälsoproblem och möjligheterna till samverkan mellan den landstingskommunala hälso- och sjukvården och företagshälsovården; arbetslöshetens betydelse för hälsan samt slutligen hälsopolitiska aspekter på kost- och livsmedelspolitiken. ■

Två hälsopolitiska handlingsprogram

□ För att underlätta det konkreta arbetet inom området hälsopolitik – förebyggande insatser har HS 90 tagit fram underlag till två hälsopolitiska handlingsprogram. Ett om insatser mot skador genom yttre våld och ett om att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar. Detta arbete bör fortsätta så att det på sikt finns handlingsprogram mot flertalet större hälsoproblem.

SOU 1984:42 Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram.

Underlagsstudie, 84 s. Pris 50:-

Rapporten redovisar översiktligt grundläggande fakta om skadors förekomst och hälsomässiga konsekvenser samt vilka principer som mer allmänt kan tillämpas i det skadeförebyggande arbetet. De avslutande avsnitten belyser hur hälso- och sjukvården på sikt kan medverka till att utveckla det skadeförebyggande arbetet i samverkan med andra samhällsorgan på lokal, regional och nationell nivå.

SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram.

Underlagsstudie, 200 s. Pris 65:-

Hjärt- och kärlsjukdomar orsakar drygt hälften av alla dödsfall i Sverige. Rapporten inleds med en översiktlig beskrivning av hjärt- och kärlsjukdomars förekomst och betydelse för den svenska befolkningen och vad man vet om orsakerna bakom dessa sjukdomar, till exempel rökningens och kostens betydelse. Förslag till förebyggande åtgärder som kan rekommenderas för att på sikt minska omfattningen av detta hälsoproblem redovisas också.

Rapporten innehåller vidare två kunskapsöversikter om prevention av hjärt- och kärlsjukdomar respektive psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdomar, skrivna av experter. Avslutningsvis presenteras experternas förslag till förebyggande åtgärder. ■

SOU 1984:45 Invandrarna i hälso- och sjukvården.

Underlagsstudie, 116 s. Pris 55:-

□ Sverige har på bara några decennier förvandlats från ett land med en ganska homogen befolkning till ett mångkulturellt samhälle. I dag är antalet personer med invandrarbakgrund omkring en miljon. Hälso- och sjukvårdslagen anger att en vård på lika villkor ska erbjudas oberoende språk, religion och kultur. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen måste därför försöka anpassa vården till olika invandrargruppers behov.

Underlagsstudien inleds med en översikt av invandringens omfattning och karaktär. I en probleminventering redovisas fakta om invandrarernas levnadsförhållanden och hälsa samt deras kontakter med hälso- och sjukvården. Rapporten avslutas med överväganden och förslag som kan bidra till en mer likvärdig vård för invandrarna.

Många av de problem som behandlas i rapporten, när det gäller invandrarernas levnadsvillkor och hälsa, delar de med lågutbildade och socioekonomiskt svaga grupper i samhället. ■

SOU 1984:46 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet.

Underlagsstudie, 136 s. Pris 55:-

□ I denna skrift anges färdriktningen för ett offensivt hälsoarbete förankrat i primärvården. Rapporten riktar sig till såväl politiker och administratörer som olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården.

Primärvårdens sjukvårdande uppgifter behandlas inte. Syftet är att öka kunskaperna om möjligheterna att inom primärvården företa individ- och miljöinriktade insatser för att förbättra befolkningens hälsotillstånd och förebygga olycksfall och sjukdomar.

I rapporten föreslås dels konkreta förebyggande åtgärder som redan nu bedrivs inom primärvården, till exempel inom mödra- och barnhälsovården, dels nya verksamheter som inte kan vara fullt utbyggda förrän i mitten av 90-talet. Hittills hör till exempel primärvårdens epidemiologiska arbete och en systematisk medverkan i samhällsplaneringen. ■

SOU 1984:48 Länssjukvården - möjligheter till förändring.

Underlagsstudie, 184 s. Pris 60:-

□ Den nya vårdorganisationen primärvård, länssjukvård och regionssjukvård infördes i mitten av 1970-talet. Stora förväntningar knys i dag rill primärvården, som föreslås överta betydande delar av sjukhusens nuvarande vårduppgifter. Ett grundläggande motiv till detta är den växande oron för sjukhusens kostnadsökningar och de nya krav som det stora antalet äldre för med sig. Ett annat motiv är att

”sjukhussängen” i åtskilliga fall inte är något bra botemedel eller att sjukhusen inte är den enda vägen till förbättrad folkhälsa.

Rapporten beskriver länssjukvårdens innehåll, omfattning och organisation samt möjligheterna till förändringar. Förslag till nya strukturella lösningar presenteras. Verksamheten vid sjukhusen bör koncentreras till sådan vård och behandling som kräver tillgång till vårdplats för observation, övervakning och särskilt resurskrävande diagnostik och behandling eller om särskilt specialistkunnande behövs. ■

SOU 1984:47 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet.

Huvudbilaga: Hälsoupplysning, 108 s. Pris 50:-

□ Hälsoupplysning väntas bli ett viktigt inslag i primärvårdens förebyggande verksamheter. En utbyggd primärvård bör ha goda förutsättningar att bedriva ett aktivt hälsoupplysningsarbete, eftersom man

- når merparten av befolkningen
- når människor i olika situationer,
- har praktisk erfarenhet av människors levnadsvillkor och förhållanden, samt
- har naturliga möjligheter att ta upp, diskutera och ställa förslag i hälsofrågor.

I rapporten ges synpunkter och förslag till hur hälsoupplysning kan bedrivas i praktiken, till exempel på mottagningen, genom rådgivning och gruppverksamhet, genom studieverksamhet och utbildning eller i samarbete med andra organisationer. ■

SOU 1984:49 Hälsa - vård. Samhälls-ekonomi, sysselsättning, ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder.

(Utkommer november 1984.)

□ Hälso- och sjukvårdssektorn är i dag så stor att man inte kan bromsa dess tillväxttakt utan stora återverkningar på sysselsättning, regionalpolitik, byggpolitik och samhällsekonomi i stort. Omvänt påverkas vårdsektorns framtida utveckling av till exempel arbetstidens längd, boendestruktur och kommunikationer. Utifrån bland annat långtidsutredningens bedömningar har HS 90 försökt väga samman och analysera denna växelverkan mellan vården och samhälls ekonomin.

I uppsatsen ”Vården och sysselsättningen” redovisas lokala sysselsättnings effekter av hälso- och sjukvårdens utbyggnad i fem landsting. För att undvika negativa följder när till exempel ett sjukhus läggs ner bör man ha en nära samverkan mellan vård- och regionalpolitiken. Neddragningen av sysselsättningen inom länssjukvården kan till exempel kompenseras av en kratig utbyggnad av primärvården.

I rapportens tredje uppsats har man tittat på de ekonomiska konsekvenser-

na av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Olika begrepp, angreppssätt och analysmetoder med mera diskuteras. En slutsats av studien är att ekonomiska analyser kan vara värdefulla för beslutsfattare på olika nivåer, men att de måste omges av betydande reservationer. ■

SOU 1984: 50 Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. (Utkommer november 1984.)

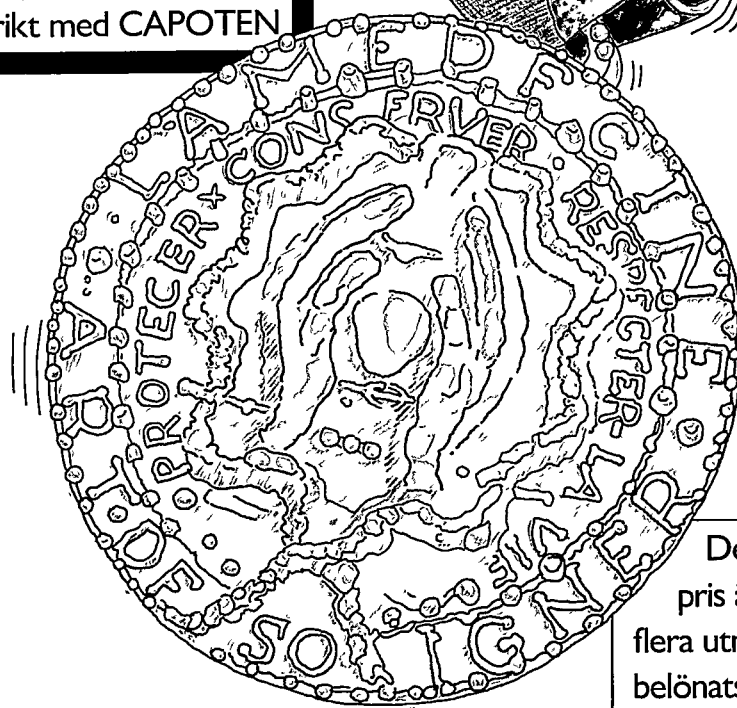
□ Personalen är hälso- och sjukvårdens nyckelresurser. Den kvantitativa tillgången på erforderlig personal, kvaliteten i form av personalens kunskaper och färdigheter och deras förhållningssätt och attityder till vårdarbetet är av avgörande betydelse för möjligheterna att förverkliga de hälso- och sjukvårdspolitiska intentionerna.

I rapporten betonas bland annat behovet av nya kunskapsområden, en bättre samordning av vissa utbildningsgrenar och en mer primärvårdsförankrad praktik. Kraftfulla satsningar på efter- och fortbildning måste göras för att stärka personalens kompetens och öka beredskapen för nya förändrade arbetsuppgifter. ■

CAPTOPRIL CAPOTEN®

Tabletter 25 och 50 mg

PRIX GALIEN tilldelades
SQUIBB 1983 för utvecklingen
av CAPOTEN - den 1:a ACE
hämmaren. Idag behandlas
över 1,5 miljoner patienter
framgångsrikt med CAPOTEN

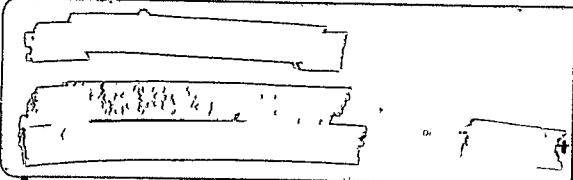


Detta franska medicin-
pris är bara en av
flera utmärkelser SQUIBB
belönats med för sin mål-
medvetna originalforskning
som resulterat i CAPOTEN.

A.C.E.-hämmaren vid hypertoni och hjärtsvikt



SQUIBB AB · BOX 925 · 181 09 LIDINGÖ · TEL 08-767 02 00



Selexidin[®]

Uptin[®]

Hur man än vrider och vänder
på UVI-problemet -- *Selexidin*
--penicillinet vid urinvägsinfektioner

Vid förskrivning, se FASS

Lövens Läkemedel



Box 404 20124 Malmö