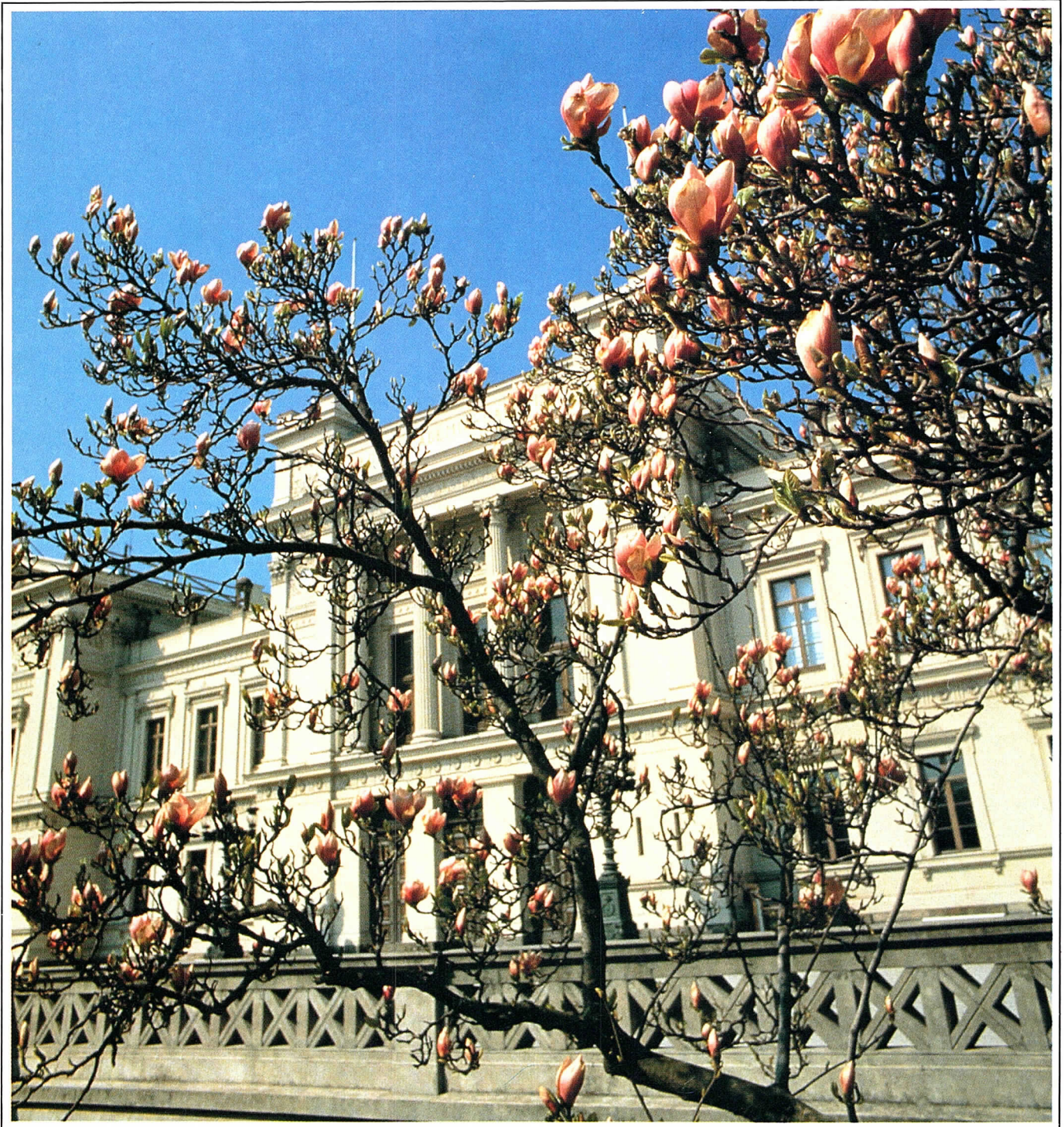


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



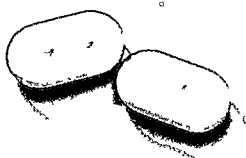
Medicinen
i Allmänmedicinen

3
1985

Samhällsmedicinen
i praktiken

Vad innehåller en dos Distalgesic?

Dextropropoxifen/paracetamol



Bred klinisk erfarenhet,
låg behandlingstkostnad
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, avlånga, märkta DG): tryckpack 20 st, tryckpack 50 st, tryckpack 100 st.

DISTALGESIC[®]

*Stillar smärtan,
snällt mot magen.*

Ledare:

Medicinen i allmänmedicin:
Bo Haglund 102

Föreningsnytt:

Ny blodtrycksmätare – en uppfinning
som kan medföra stora folkhälsovinster. 105

Nya medlemmar i Svensk förening i
allmänmedicin. 105

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Hälsoprofil i Skaraborg 1977 – en
presentation av Bo Haglunds avhandling:
Johan Hallqvist 106

Debatt:

Svar till Gösta Brydolf och
Carl Edward Rudebeck.
Gustav Haglund 108

Hur rekrytera den akademiska allmän-
medicinens pionjärer.
*Ingvar Krakau, Lars Lindholm,
Lennart Råstam* 108

Några reflexioner kring artikeln
om läkemedelskonsumtion på ett
servicehus:
Jerker Löfgren 108

Ledarkommentar:

Funktionella magbesvär, en redaktionell
kommentar.
Carl Edward Rudebeck 109

**Malmöhus län – allmänmedicin-
kongressens säte:**

Centrum för samhällsmedicin:
Bengt Scherstén 110

Inventering av FoU-arbete vid vård-
centraler inom Malmöhus läns
landsting:
Kjeld West 112

Miljömedicinska funktionen i MLL:
Thor Lithman 114

Samverkan med studieförbunden – ett
projektarbete i Malmöhus läns
landsting:
Anders Ek 114

Hemsjukvårdens arbetsmiljö:
Margareta Andrén-Sandberg 115

Patient- och befolkningsenkäter –
erfarenheter från Sjöbo.
*Bobby Hultberg, Thor Lithman,
Bengt Åhgren* 118

Barn i bil. Barnavårdscentralens roll:
Thor Lithman, Eva Andersson. 120

Vårdlagsutvecklingen i Malmöhus läns
landstingsområden hösten 1984.
Enkätundersökning.
Mogens Hey 122

Fallbeskrivning:

Bedömning av sena höftledsluxationer
hos barn.
Håkan Unnegård 127

Psykosomatik:

Psykotterapi och medicinsk behandling
vid irritabel kolon och kronisk magsårs-
sjukdom:
Ingemar Sjödin, Jan Svedlund. 128

Diagnostik:

Blodtrycksmätning av aneroidmano-
metertyp – tillförlitliga eller ej?
George Larsson 136

Hög sänka hos patienter i primärvården:
Dick Kjellström 137

Prevention:

Knäsmärtor bland högstadiel elever –
försök med primärprevention i skolan:
*Birgitta Nilsson-Berggren,
Sven Bremberg, Margareta Helin* 138

Samhällsmedicin:

Lokalsamhällets medverkan i det
primära hälsovårdsarbetet – ett
exempel från USA.
Leif Svanström 139

Kurser och konferenser:

SFAM:s höstmöte 1985.
Välkommen till Södertälje. 143

Balintmöte i Östersund.
Hans Beijer 144

Recensioner:

Recension av AB Videomedicas video-
band om Chlamydia trachomatis: 146

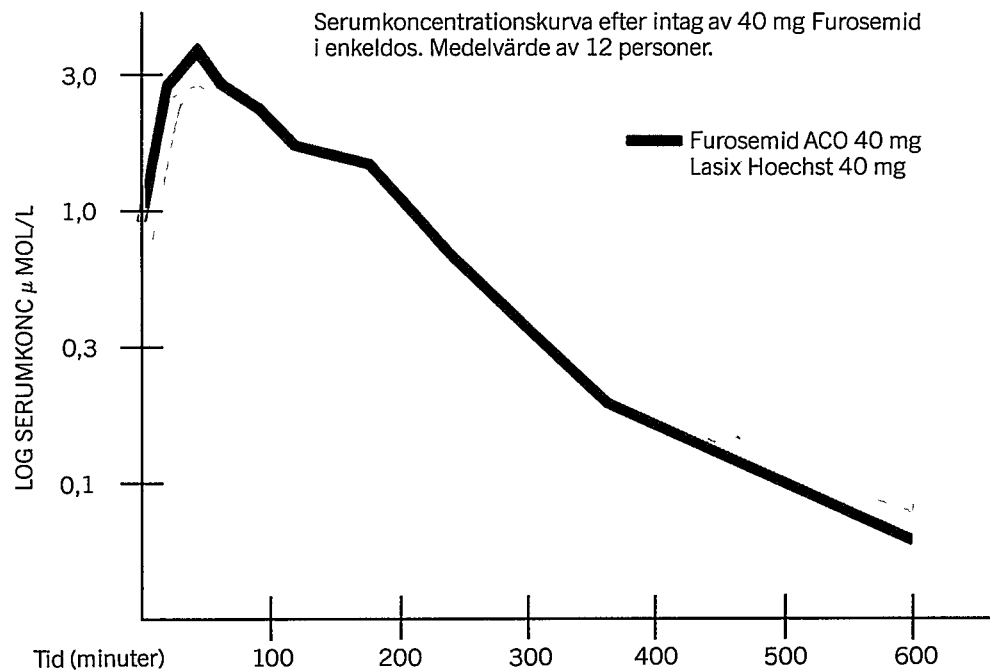
Vidareutbildning för allmänläkare
på video. 146

Alkoholism – en behandlingsbar
familjesjukdom. 148

Distriktsläkarhandboken. 150

Äldre människor storkonsument av
läkemedel. 150

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.

38:10



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.



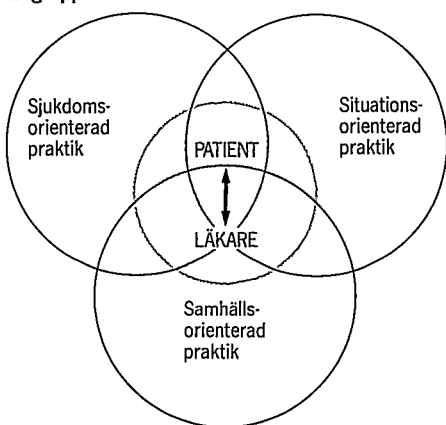
Teori och praktik

Vad är allmänmedicinens kärna? Diskussionerna i vår tidning och även i Läkartidningen har varit intensiv under det senaste året. Dessa har kanske framför allt formats runt utbildningen men även när det gäller avgränsningar mot andra specialiteter. När det gäller utbildning i allmänmedicin har man å ena sidan hävdat att vi har alldeles för lite sjukhusutbildning och därför krävt en förändring med mera utbildning på sjukhus under grundutbildningen. Å andra sidan har andra hävdat att allmänmedicin har en egen identitet som man bäst lär känna genom en förlängd utbildning på vårdcentraler.

Teorier bygger på modeller som avser att ge en större förståelse av verkligheten. Det finns emellertid olika vetenskapliga traditioner och i diskussionerna kring allmänmedicinens egentliga innehåll bryts dessa traditioner. Vi har å ena sidan en empirisk, beskrivande forskningstradition där sökandet efter sanning utgör grundfrågeställningen. Den biologiskt naturvetenskapliga delen av utbildningen är fast förankrad i denna tradition. Det finns emellertid också en annan vetenskaplig tradition, en föreskrivande normativ vetenskap, där den viktiga frågeställningen är att klarlägga regler för handlande. Värderingar, människosyn och moral är avgörande i denna tradition.

I Danmark har förgrundsgestalter inom dansk allmänmedicin som Paul Krogh-Jensen och Paul Backer tillsammans med vetenskapsteoretikern Uffe Juul-Jensen under många år diskuterat vad som ur vetenskapsteoretisk synpunkt kan utgöra allmänmedicinens kärna (1). I dessa diskussioner har det framkommit att det i medicinen inte finns någon entydig beskrivande vetenskapsteoretisk tradition däremot finns en mycket välutvecklad praktik som faller inom ramen för den föreskrivande vetenskaps traditionen. Från detta har Uffe Juul-Jensen utvecklat "praktikbegreppet". Detta sön-

Figur 1. Analytisk modell för patient-läkarrelationen utgående från Uffe Juul-Jensens praktikbegrepp.



derfaller i tre huvudinriktningar: 1) sjukdomsorienterad praktik, 2) situationsorienterad praktik, 3) samhällsorienterad praktik.

Den sjukdomsorienterade praktiken besvarar i första hand frågan Hur skall man behandla? och Vad skall behandlas? Denna del av praktiken finns huvudsakligen utvecklad på sjukhus och har mycket väl utvecklade regler för handlandet. Denna del av medicinen har hundraåriga traditioner. En av huvudtraditionerna i denna praktikform är att reducera sjukdomar till delfenomen i kroppen, med beskrivning av "ögonblicksbilder av sjukdom".

Den situationsorienterade praktiken besvarar huvudfrågeställningen Vem skall behandlas? i viss mån också Varför patient? Sjukdomar är i den här praktiken dynamiska vilka varierar med historiens utveckling. För svensk del har ingen formulerat denna praktikform så väl som Carl-Edward Rudebeck i "Allmänläkaren som visste för mycket" (2). Rudebeck diskuterar där hur den situationsorienterade praktiken växer fram utifrån mötet med patienter. *Allmänläkarens huvuduppgift i detta möte är att underlätta för människor att träffa val som gör att de stärker sin hälsa.* Symptom som framträdde i ett oselektat patientflöde som allmänläkaren står inför "bräcker murarna mellan kropp, själ och samhälle". En förankring i denna praktikform ger utrymme för kritiska frågeställningar om varför människan framför mig anger en viss symptom-bild.

Ett exempel från vardagspraktiken kan vara skador till följd av lösningsmedelsexposition hos tonåriga modellbyggare. Dessa modellbyggarpojkar blev av läkare alltför djupt förankrade i den sjukdomsorienterade praktiken utsatta för en rad utredningar med frågeställningen hjärntumörer. När detta kunde uteslutas uppstod förvirring hos de sjukdomsorienterade praktikerna. Som svar på frågan, varför sjuk, framkom att modellbyggarpojkarna under lång tidsperiod utsatts för en lösningsmedelsexposition som låg långt över vad målare har på sina arbetsplatser. Om man klarlägger sådana samband, utifrån den situationsorienterade praktiken, blir självklart åtgärderna helt annorlunda än för den sjukdomsorienterade praktikerna. Helhetssynen som är en viktig ingrediens i den situationsorienterade praktiken gör det möjligt att förstå sjukdomsorsaker, där biologiska orsaker kompletteras med sociala mekanismer.

Den tredje praktikformen - samhällsorienterad praktik svarar till grundfrågeställningen vad skall förebyggas? I viss mån också hur skall vi förebygga? Denna praktikform riktar sig mot grupper och ej individer. Om den situationsorienterade praktiken inom svensk allmänmedicin och pri-

märvård är dåligt utvecklad så är den samhällsorienterade praktiken det i än högra grad. I denna praktikform handlar det om att klarlägga hur hälsoriskmönstret ser ut i lokalsamhället där man arbetar, men kanske framför allt att fråga sig varför det ser ut som det gör och vilka möjligheter till förändring som föreligger. Så fort man tar med förändringsperspektivet krävs ett helt nytt förhållningssätt gentemot andra grupper, organisationer och myndigheter i lokalsamhället. En förändringsprocess i lokalsamhället kräver ett fördjupat deltagande av många individer (3). Demokratibegreppet är centralt i diskussionen av denna praktikform. Rudolf Virchow förfäktade att medicinen i verkligheten är en samhällsvetenskap och formulerade denna idé i en fyndig slogan: "Medicin är en samhällsvetenskap, och politik är inget annat än medicin i stor skala" (1:237). Erfarenheter inom det här området finns framför allt hos dem som i den samhällsorienterade praktiken arbetat med samhällsdiagnoser och dess konsekvenser. Inom socialtjänsten finns motsvarande tradition i teori och praktik för socialt arbete (4).

I beskrivningen har jag försökt renodla tre linjer och ställt dessa mot varandra. I det dagliga arbetet som distriktsläkare är det dock så att förtroendet med alla tre formerna av praktik är nödvändig (figur 1). Den svenske vetenskapsteoretikern Björn Söderfeldt har utvecklat detta i sin diskussion av praktikens triangel (5). Praktiken formas utifrån ett samspel mellan den teoretiska vetenskapstraditionen och den föreskrivande traditionen speglad i verkligheten.

Jag hoppas att diskussionerna om allmänmedicinens kärna växer fram under de följande åren. Utifrån en sådan teoretisk diskussion kan vi också få en ökad förståelse för vad som krävs för att vår dagliga gärning som allmänläkare/distriktsläkare skall förbättras. Juul-Jensen har på ett epokgörande sätt givit oss kunskap om teoretiska modeller som är användbara i sådana diskussioner.

Bo Haglund

Referenser:

1. Juul-Jensen U. Sjukdomsbegrepp i praktiken. Stockholm. Esselte Studium. 1984.
2. Rudebeck C-E. Allmänläkaren som visste för mycket. AllmänMedicin 1984;5: 188-9.
3. Haglund BJA. Community diagnosis and prevention. A cross sectional study as a tool for the community diagnosis with special reference to cardiovascular riskfactors. Stockholm: Almqvist & Wiksell International 1985.
4. Swedner H. Socialt arbete. En tankeram. Lund: Liber förlag. 1983.
5. Elander I, Jonasdottir A, Norstedt S-A, Söderfeldt B. Medvetande och handlande i ekonomisk kris. Forskningsrådsnämnden. Högskolan i Örebro 1984.

Glaxo

Glaxo Läkemedel AB,
Box 263, 431 23 Mölndal
Tel. 031-870150

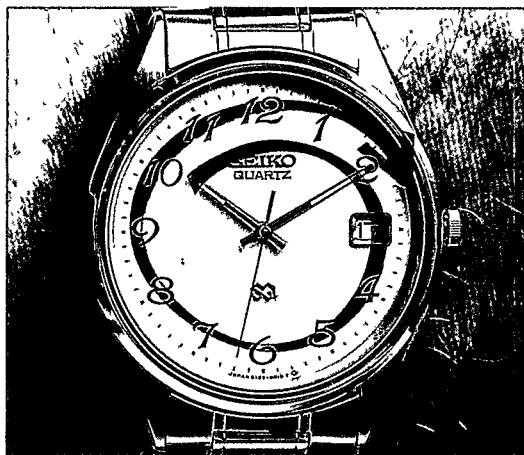
NATT- VAKTEN.

ZANTAC ENDOS VID DUODENALSÅR

Syrasekretion nattetid ger hos patienter med duodenalsår ofta upphov till uttalad smärta.

Zantac* 300 mg till natten hämmar effektivt syrasekretionen under 16 timmar (1) och ger påtaglig smärtlindring.

Zantac tabletter kan nu ges som endos vid duodenalsår. Kliniska arbeten (2-3) visar lika effektiv läkning och smärtlindring vid endos som vid tvådos (150 mg × 2).



Duration Zantac

*H₂-receptorblockerare

Referenser:

- 1) Damman HG (1983) Lancet 2:1078
- 2) Ireland A (1984) Lancet 2:274
- 3) Lee FI (1984) In press

Zantac[®] (Ranitidin)

- enkel och effektiv behandling av magsår.

Manus-stopp

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 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, korrekturläsa, rättas och korrekturläsa på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdag.

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
4	10/ 6-85	37
5	31/ 8-85	41
6	15/10-85	48

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, 90237 Umeå.
Tel 090/1245 09

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

Annonser:
Mj Annonserförmedling
Ahlströmergatan 18, n b 11247 Stockholm.
tel. 08/51 21 13, 51 67 60

Prenumerationsavgift:
250 kr per år, för studerande 75 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlems-
avgiften till Svensk Förening för Allmän
Medicin).

Tidningen utkommer med 4-6 nummer
per år. Prenumerationsavgiften inbetalas
till postgiro 37 5440-5 till AllmänMedicin.
Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde,
1985.

ISSN 0281-3513

VIKTIGA DATUM FÖR SVERIGES ALLMÄNLÄKARE 1985

MAJ 17: DLF:s föreningsmöte,
Göteborg. Tema: Distrikts-
läkaren inför HS 90.

SEPT 19-21: 4:e Balintmötet
i Östersund.
21-16: 34 International Congress
on General Practice (SIMG),
KLAGENFURT, Österrike.
Information: Secretariat, A-9020
Klagenfurt, Bahnhofstrasse 22,
Österrike.

25-28 SFAM:s höstmöte, Södertälje.

JUNI 5-7: Nordisk kongress i Social-
medicin, Finland.

4-16: Internationaler Kongress für
Allgemeinmedizin, MANNHEIM/
HEIDELBERG, Västtyskland.
Information: Prof Dr Hans Damm,
Alter Postweg 20, D-2100 Hamburg
90, Västtyskland.

12-15: Nordisk kongress i Allmän-
medicin, Lund.

OKT

JULI

NOV 27-29
Riksstämman, Stockholm

AUG

DEC

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 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.
Särtryck beställs direkt från
Kurt Nilsson, Sätterian, Box 93083,
541 03 Skövde, tel 0500/867 70.

Ny blodtrycksmätare – en uppfinning som kan medföra stora folkhälsovinster

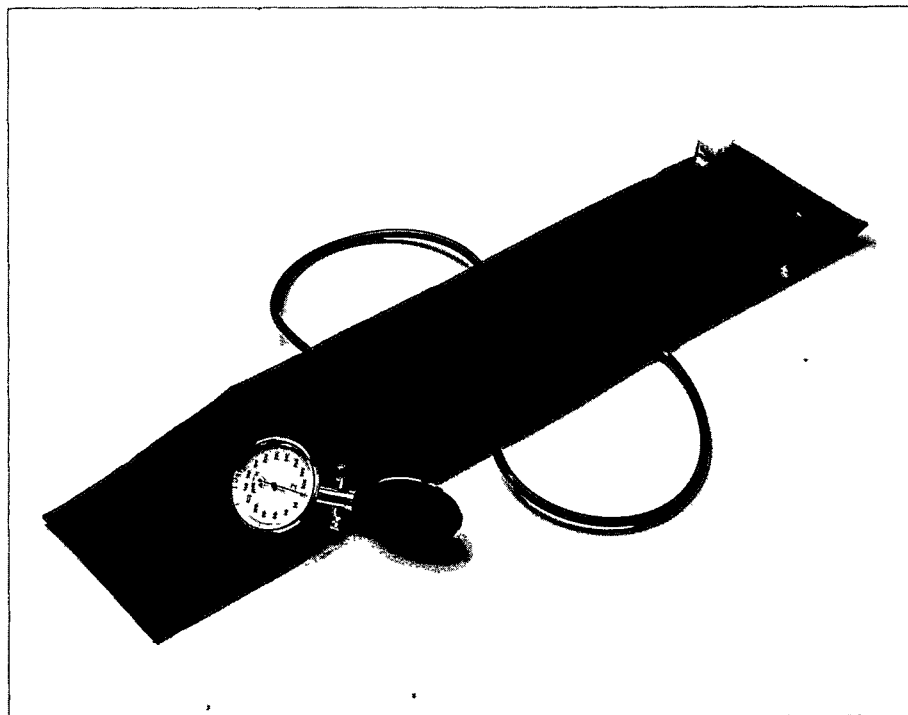
Göran Sjönell och Lennart Råstam, två svenska distriktsläkare har uppfunnit en ny blodtrycksmanschett. Denna uppfinning kan komma att revolutionera blodtrycksvården. Göran Sjönell framhåller att med en förbättrad metod vid diagnosställandet kan som ytterlighet upp emot 100.000 svenskar friskförklarar och befrias från de biverkningar som kontinuerlig blodtrycksmedicinering medför.

Nyckelord: Medicinsk teknologi, högt blodtryck, diagnostik.

För närvarande har mellan 12 och 15 procent av den vuxna svenska befolkningen ett högt blodtryck som behandlas med medicinsk terapi. Internationella studier pekar på att ungefär en sjättedel av dessa patienter till följd av felaktig metodik i samband med blodtrycksmätning fått ett falskt förhöjt blodtrycksvärde. Detta innebär cirka 2–3 procent av den vuxna befolkningen, det vill säga 100.000 människor.

Bakgrunden till dessa siffror är att blodtrycksmanschettens bredd egentligen skall väljas i förhållande till omkretsen av armen vid mätningen. Utgående från detta finns rekommendationer för svensk del om att manschetterna skall ha en bredd på 10 cm om armarna är mindre än 22 cm, 12 cm för omkrets mellan 22 och 32 cm samt 15 cm om armomkretsen är större än 32 cm. En stor del av befolkningen har dock grövre armar än 32 cm men mäts ändå med normal manschettbredd. Detta medför en felmätning i storleksordningen 3–10 mm för diastoliskt blodtrycksvärde och 5–20 mm när det gäller systoliskt värde. De framräknade exemplen ovan utgår ifrån att ungefär 90 procent av samtliga blodtrycksmätningar baserar sig på mätning med "normalbredd" på blodtrycksmanschetten.

Mot denna bakgrund är självklart en bättre diagnostisk metod önskvärd. Framför allt ur allmänläkarens synpunkt är det viktigt att ställa sig frågan om hur vi tidigare kunnat acceptera en metodik som sjukförklarar så många människor. En del av förklaringen till detta är att blodtrycksmanschetten i ett historiskt perspektiv inte utvecklats som ett screeninginstrument utan som ett praktiskt arbetsinstrument i



samband med akutfallsbehandling på sjukhus. I den situationen har det alltid skett en favorisering av metoder med hög sensitivitet, det vill säga hellre fånga upp en frisk för mycket än en sjuk för lite i samband med diagnostiken. När högt blodtryck också började inräknas som riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar fick mätmetoden en helt ny betydelse, som egentligen aldrig ifrågasatts fram till det att uppfinnarna Göran Sjönell och Lennart Råstam nu presenterat sin nya blodtrycksmanschett.

En annan är att kunskapen om manschettbreddens betydelse för mätvär-

det inte nått ut till det stora flertalet läkare som arbetar med diagnos och behandling av hypertoni i öppen vård.

Genom den nya blodtrycksmanschetten mätes blodtrycksnivån oberoende av armbredden. Gummiblåsan i manschetten har de rekommenderade bredderna 8, 12 och 15 cm som automatiskt kopplas beroende på armens omkrets.

Svensk förening för allmänmedicin gratulerar våra allmänmedicinska uppfinnare och hoppas att den nya blodtrycksmanschetten håller vad den lovar vid en kritisk utvärdering.

Bo Haglund

Nya medlemmar i Svensk förening för allmänmedicin

Lars Lannsjö, Göran Wedin, Lennart Persson, Sven-Erik Lorentzson, Birgitta Persson, Gunnar Dahlberg, Per Magnusson, Malte Brännström, Birgit Breitholtz, Hjördis Ericson, Karin Emdin, Robert Svartholm, Lars Seligman, Bror Olof Månsson, Christer Flygt, Liise Siltala, Hans Jörgenssen, Kjell Nyman, Ingrid Wallner, Eva-Lena Gannedahl, Marianne Ramström, Jan Åsbjörk och Lennart Mossberg.

Inför Allmänmedicinska kongressen presenteras i detta nummer en rad artiklar från Malmöhus län för att ge en ram åt mötet.

Red.



Hälsoprofil Skaraborg 1977

– en presentation av Bo Haglunds avhandling

JOHAN HALLQVIST

Nyckelord: Samhällsdiagnos, samhällsmedicin, doktorsavhandling.

Grönt, gult, rött!

Lydande denna signal, var vi många som fredagen den 22 mars 1985 stannade upp, bänkade oss på Karolinska Institutet i Stockholm och avsmakade de vetenskapliga frukterna av Bo Haglunds snart 10-åriga arbete med kommundiagnostik. Avhandlingen "A cross-sectional study as a tool for the community diagnosis process with special reference to cardiovascular risk factors" skulle försvaras.

Grönt står för omslagsfärgen på den första slutrapporten från projektet "Hälsoprofil Skaraborg 1977" (HPS 77) som 1980 sattes i händerna på uppdragsgivarna, Skaraborgs läns landstings politiker. Gult var omslaget då erfarenheterna ställdes samman till en metodbok för den kommundiagnostiska processen, publicerade som en SPRI-rapport, 1982. Röda blev pärmarerna på avhandlingen i vilken den vetenskapliga analysen fullföljts. Redan innan dessa slutrapporter kommit från trycket spreds emellertid resultaten från HPS 77 till den på fältet verkansamma primärvårdspersonalen genom stencilupplagor och enklare så kallade kommunböcker. Aktionsansatsen har hela tiden prioriterats.

Bakgrund

I modern tid har kommundiagnosbegreppet utvecklats först i u-landsmiljö vilket är lättförståeligt mot bakgrund av de stora behoven av hälso- och sjukvårdsinsatser och de samtidigt knappa resurserna i dessa delar av världen. Kommundiagnostik har emellertid också svenska rötter som framgår av exempelvis Collegium Medicum's anvisningar 1755 till de svenska provinssiälläkarna om att utföra "kliniskt topografiska beskrivningar" av sina upptagningsområden. Under senare tid har nödvändigheten av en behovsorienterad och målinriktad planering slagits fast i Hälso- och sjukvårdslagen från 1983 och kommundiagnosbegreppet har getts stort utrymme i utredningen "Hälso- och sjukvården inför 1990-talet".

HPS 77 genomfördes i Skaraborgs län där landstinget var först i Sverige med en sjukvårdsplan på 60-talet och även först med en hälso- och sjukvårdsplan på 70-talet. Den framsynta politiken har bland annat resulterat i



Bo Haglund begrundar ett svar. (Foto: Göran Nordström.)

en medveten omstrukturering av sjukvårdsorganisationen och en konsekvent omstrukturering av sjukvårdsorganisationen och en konsekvent satsning på en väl utbyggd primärvård i länets alla 16 kommuner. Bo Haglunds arbete påbörjades vid en primärvårdsförankrad FoU-institution i Skaraborg och den avslutande bearbetningen har gjorts på Institutionen för socialmedicin, vårdcentralen Kronan i Sundbyberg, parallellt med ett engagemang i likartade projekt i Stockholms läns landsting.

Kommundiagnostik erbjuder hälso- och sjukvården flera utmaningar. För det första innebär den en befolkningsansats. Hälso problemen i hela befolkningen studeras. Det räcker inte att bara ta hänsyn till dem som av olika skäl väljer att söka sjukvård. Implicit finns en förväntan på ett mera aktivt

arbetssätt också i den medicinska praktiken. För det andra medför nya hälsodata att en bättre grund skapas för rationella överväganden om vad som är viktiga och vad som är oviktiga sjukvårdsinsatser. Grupper som tidigare enbart behövt luta sig mot sin auktoritet tvingas till nya förhållningssätt i besvärliga prioriteringsdiskussioner. För det tredje förskjuts perspektivet mot preventionens, och då framför allt primärpreventionens möjligheter. Inte bara sjukdomarnas prevalens och incidens studeras utan även sjukdomsorsakernas förekomst.

Syfte

Huvudsyftet med Bo Haglunds avhandling var att studera om en tvärsnittsstudie kan ge ett fruktbart bidrag till den kommundiagnostiska processen. Frågeställningen avgränsades till

Tabell 1. Andel av befolkningen 20–65 år i Skaraborg, uppdelat på män och kvinnor, som var utsatt för olika riskfaktorer. Procent.

Risikfaktor	Män %	Kvinnor %
Daglig rökare	37	25
Övervikt (BMI>30)	9	5
Högt systoliskt och/eller diastoliskt blodtryck	9	6
Borderline blodtryck	18	13
Fysisk inaktivitet under arbete	48	77
Fysisk inaktivitet under fritid	80	92

att gälla möjligheterna för prevention av hjärt- kärlsjukdom. De två huvudhypoteserna handlade om att undersöka skillnader i förekomst av vissa definierade hälsorisker mellan geografiska områden och mellan olika socioekonomiska grupper. Studiepopulationen i avhandlingen omfattade åldrarna 25-65 år. Det befolkningsrepresentativa urvalet stratifierades för kön, ålder (i nio åldersgrupper) och kommundittillhörighet. Sammanlagt 3.267 män och lika många kvinnor i yrkesverksam ålder inbjöds att delta i den hälsokontroll som våren 1977 genomfördes för HPS 77's räkning. Bortfallet var 28 procent för män och 27 procent för kvinnor. Med kallelsen följde en enkät med frågor om social bakgrund, riskfaktorförekomst och vårdkonsumtion. Vid hälsokontrollen två veckor senare kompletterades enkätformulären och mättes blodtryck, vikt och längd av en sköterska och en undersköterska.

Sex olika delarbeten ingår i sammanläggningsavhandlingen. Först presenteras kommundiagnosbegreppet som en teoretisk modell för prevention i primärvården. Sedan beskrivs HPS 77-projektet i detalj och bortfallets likom validitetsproblemens betydelse analyseras. De fyra avslutande artiklarna ägnas i tur och ordning fysisk inaktivitet, rökvanor, övervikt och högt blodtryck. Dessa riskfaktorer geografiska och socioekonomiska fördelning studeras och eventuella samband med sjuklighet exploreras.

Resultat

Kommundiagnosen har tre nivåer, deskription, analys och åtgärd. Bo Haglund diskuterar i avhandlingen vilken information som är nödvändig för de beskrivande samhälls- och hälsoprofilerna samt vilka datakällor som finns tillgängliga. Han utvecklar också betydelsen av ett aktörsparadigm, att lokalsamhället engageras i ett brett deltagande.

De andelar av den yrkesverksamma befolkningen i Skaraborg som var utsatta för de studerande kardiiovaskulära riskfaktorerna framgår av tabell I. Åldersgradienter, liksom andelen ex-

ponerade för multipla riskfaktorer, återfinns i avhandlingen.

Olika socioekonomiska grupper visade sig vara utsatta för olika stora kardiiovaskulära hälsorisker. Mönstret var stabilt för flera av riskfaktorerna och avtecknade sig än tydligare om multipel exponering studerades. Huvudtendensen var att bland arbetare var en högre andel utsatt för riskfaktorerna än bland tjänstemän. Av män med minst 14 års skolutbildning rökte 22 procent dagligen jämfört med 36 procent av män med mindre än 6 års skolgång. Motsvarande siffror för kvinnor var 11 respektive 23 procent. Övervikt var vanligare bland arbetare, jordbrukare och egenföretagare samt bland dem med kort utbildning. Ett högt viktindex återfanns däremot hos tjänstemän och högt utbildade. Även högt blodtryck, och i än högre grad borderline-tryck, varierade med socioekonomiska förhållanden. Arbetare, speciellt män och korttidsutbildade hade högt medelblodtryck. Denna skillnad mellan socioekonomiska grupper kvarstod efter korrigering för ålder, kön, viktindex, rökning och hypertonibehandling.

Tydliga skillnader mellan länets 16 kommuner påvisas i avhandlingen. I industrikommunen Götene rökte exempelvis 60-70 procent av männen i åldrarna 25 till 40 år jämfört med 20 procent i motsvarande åldersgrupp i jordbrukskommunen Vara. I landsbygdskommunerna är det i stället vanligare med fysiskt krävande arbete och övervikt. Också blodtrycksnivåernas variation kan till en del förklaras av kommunernas varierande sociala struktur. De uppmätta skillnaderna mellan kommunerna i riskfaktortyngd försvann om man kontrollerade för kön, ålder och socioekonomiska faktorer.

Bo Haglund koncentrerar sig i avhandlingen på den deskriptiva fasen av kommundiagnosprocessen. Nyhetsvärdet ligger, som opponenten Per Bjurulf sa, i den konsekvent genomförda geografiska analysen som ansluter till dagens hälso- och sjukvårdspolitiska ambitioner. I avhandlingen ges också flera exempel på hur deskriptiva data



Respondenten Bo Haglund diskuterar med opponenten, professor Per Bjurulf. (Foto: Göran Nordström.)

kan omsättas i hälsovårdsprogram. Antiröckkampanjen i Götene utformades följaktligen i samarbete med företagshälsovården i syfte att få industriarbetarna att sluta röka. Motsvarande kampanj i Vara hade skolan som primär bas då syftet blev att i första hand försöka bibehålla den låga rökfrekvensen genom påverkan på skolbarnen. Att känna till riskförhållanden för lokala subpopulationer har stort strategiskt värde vid planering av lokala preventiva program.

Diskussion

I den ovanligt livliga diskussionen, där en stor del av forskningspotentialen inom allmänmedicin och socialmedicin deltog, framfördes flera synpunkter på hur frågeställningarna skulle kunna utvecklas ytterligare. Behöver inte den analytiska nivån utvecklas? Skulle detta kunna ge nya deskriptiva begrepp som gör det möjligt att elegant sammanfatta kommundiagnosen? Om kommundiagnostik framför allt är en förändringsstrategi, finns alternativa metoder som kan användas i stället för en tvärsnittsstudie? Påskyndar eller hämmar ett projekt som HPS 77 den politiskt bestämda förändringsprocessen? Behöver olika aktörer i utvecklingsarbetet olika typer av diagnoser - olika sorts information - för att bli mer handlingsbenägna? Kommundiagnos för vem?

Disputationskvällen avslutades stil enligt hemma i Bo Haglunds nya kommundel, Rissne, där kyrkan visade sig stå mitt i byn. Att den nybyggda, mångomtalade, sundbybergiska mönsterstadsdelen, där inflyttning som bäst pågår, förstått att uppskatta sin nu lagerbeksansade kommundiagnostiker framgick av stora skyltar, allerstädes närvarande: BO I RISSNE, BO I RISSNE... Kanske kommer även Rissne att så småningom få sin diagnos, som led i en invånarstyrd förändringsprocess. För som opponenten Per Bjurulf avslutade: "Det har varit glädjande och givande att följa ditt 10-åriga arbete. Den utvecklingslinje som du dragit upp måste med varsam hand fullföljas."



"Var vi många som samlats..." (Foto: Göran Nordström.)

Svar till Gösta Brydolf och Carl Edvard Rudebeck

Kära Vänner,
ni har i en debattartikel i AllmänMedicin nr 2 riktat kritik mot professorerna i allmän medicin för deras tystnad under angreppen mot allmänläkarna, och kritiserat meritvärderingen till professorer i allmän medicin. Det finns anledning att bemöta den kritiken.

Allmänläkarna har under ett par års tid varit måltavla för en osedvanligt ilasinnad och dåligt underbyggd kritik. Angriparna har sökt dölja sina skräntressen bakom osakliga angrepp på allmänläkarnas kompetens och på kvaliteten i deras arbete överlag. Det är inte ovanligt sätt att försöka hävda sig själv och sina intressen genom att trampa på andra.

Det förhållandet att angreppen kom från några kolleger i ett par specialistföreningar gör dem inte till angelägenheter för specialiteten allmän medicin. Denna strid som ytterst handlar om fackliga intressen och revir är rimligtvis en utmaning mot distriktsläkareföreningen. Den har också enligt min mening visat en saklig återhållsamhet och inte låtit sig dragas in i ett ovärdigt meningsutbyte. Det har skapat respekt även utanför distriktsläkarnas led. Därmed faller ett av skälen till er kritik mot professorerna i allmän medicin. De har ingen anledning att i sin egenkap av akademiska lärare blanda sig i fackliga konflikter. Tvärtom gör de klokt i att avhålla sig från detta. Jag tror inte heller att någon akademisk lärare framträdde i led med gynekologernas eller barnläkarnas militanta företrädare. Men kanske har jag fel. Det vore naturligtvis en fördel om vårt förbund kunde göra bättre boskillnad mellan specialistföreningars uppgifter att förvärva och förvalta kunskaper till sjukvårdens gagn och våra yrkesföreningars uppgift att hävda legitima fackliga intressen.

Ni tycker inte heller att våra tre professorer äger tillräcklig erfarenhet av primärvårdens vardag. Nu tror jag nog att professorerna kan svara för sig själva, och vad som skall anses vara "tillräcklig erfarenhet" kan ju många gånger diskuteras. Men jag vill erinra om att om de nuvarande professorernas vetenskapliga meritering för ämnesområdet allmän medicin, och deras praktiska erfarenhet inte ansetts tillräcklig, hade vi ännu inte haft, och vi hade fått vänta länge, innan vi fått de nuvarande och ytterligare ett par lärostolar besatta. Jag tror inte allmänmedicinen och primärvården hade råd betala det pri-

set. Jag tycker inte heller att kompromissen var svår att acceptera för våra nuvarande innehavare av professorerna. Kanske rent av allmän medicin på detta sätt tillförts invärtesmedicinskt, epidemiologiskt och socialmedicinskt kunnande som vi är i trängande behov av så länge grundutbildningen ser ut som den gör. Detta konstaterande gör jag utan avkall på kravet att SFAM tillsammans med nuvarande och framtida professorer bygger upp allmänmedicinens kunskapsinnehåll och dess vetenskapliga metod och teori. Ni är själva två av våra mest framträdande företrädare för den utvecklingen, men den vinner inte på att vi låter yttre fejder tränga in i våra egna led.

Gustav Haglund

1206038

Hur rekrytera den akademiska allmänmedicinens pionjärer?

Under de senaste åren har bla Wallheden (1) och nu senast Brydolf och Rudebeck (2) tagit upp en fråga av stor betydelse för allmänmedicinen. De har kritiserat de principer som tillämpats vid meritvärdering av sökande till professorer i ämnet. Debattörerna synes ha velat tillmäta praktisk erfarenhet som allmänläkare (förtjänst) större betydelse än vetenskaplig kompetens (skicklighet). Vi vill här invända mot denna uppfattning och hävdar att en nedprioritering av kraven på vetenskaplig kompetens äventyrar allmänmedicinens fortsatta utveckling. En hög vetenskaplig kompetens bland ämnesföreträdarna stärker ämnets ställning och befrämjar forskarrekrutering av praktiskt verksamma allmänläkare. Det torde också vara lättare för en etablerad forskare att få fram resurser för undervisning och forskning än för en som befinner sig i utkanten av det akademiska etablissemånet. Det ter sig då naturligt att man i ett uppbyggnadsskede hämtar kompetenta forskare från närliggande specialiteter, om det är där de bästa krafterna finns bland de sökande som skaffat sig en allmänmedicinsk profil. På så sätt skapas också förutsättningar för att *nästa* generation av allmänmedicinska professorer (och andra forskare) utgår från de allmänmedicinska institutionerna. Så har andra specialiteter som anesthesiologi, urologi, cardiologi, barnpsykiatri och socialmedicin utvecklats.

Brydolf och Rudebeck kritiserar vidare i sitt inlägg de nuvarande ämnes-

företrädarnas agerande i den nyligen aktuella debatten om den öppna gynekologiska vården. Det är här viktigt att skilja mellan vetenskaplig och facklig verksamhet. Vi kan inte finna att det är de allmänmedicinska institutionernas uppgift att ägna sig åt fackliga revirstrider. Här är det främst distriktsläkareföreningen som bör agera, vilket man också gjort på ett kraftfullt sätt.

Avslutningsvis vill vi framhålla att den framtida utvecklingen av ämnesområdet allmänmedicin måste bygga på en solid vetenskaplig grund och att det därvid är nödvändigt att dra nytta av och utveckla vetenskapligt kunnande även från andra discipliner. Framför allt behövs det dock att allt fler med rötter i den allmänmedicinska vardagen genom eget vetenskapligt arbete bidrager till sitt ämnes utveckling. Alla goda krafter behövs, Gösta, Kalle och Börje.

Referenser

1. Wallheden B: Tillsättning av professor i allmänmedicin. Läkartidningen 1982; 78: 503.
2. Brydolf G, Rudebeck CE: Vad bör man kräva av en professor i allmänmedicin? 1985; 6: 47-48.

Författare (samtliga med dr och allmänläkare): *Ingvar Krakau, Lars Lindholm, Lennart Råstam.*

1206039

Några reflexioner kring artikeln om läkemedelskonsumtion på ett servicehus

Efter att i mer än 10 år varit av kommunen arvoderad läkare för ålderdomshem funderar man efter denna artikel om man gjort en mindre god insats och till och med inducerat iatrogena skador. Författaren visar ju i ett flertal vackra diagram och tabeller på ett övertygande sätt hur läkemedelskonsumtionen kunnat minskas. Genom att avskaffa nämnda arvoderade läkare och sprida patienterna till vårdcentralen och lasarettets olika doktorer skulle han lika gärna kunnat visa på hur dödligheten per tidsenhét minskat, hur förbrukningen av blöjor och andra hjälpmedel kunnat reduceras, hur frekvensen av urinvägsinfektioner, pneumonier, liggsår minskat i antal. Gästerna har blivit mentalt klarare, kunnat sköta sig själva bland annat med sin medicinering och så vidare. Parallellt med detta minskade även sjukfrånvaron från personalens sida på

Ledarkommentar

Funktionella magbesvär, en redaktionell kommentar

grund av ryggbesvär, traumiterativa exsam och så vidare.

Men är inte detta bra? frågar sig den okritiske iakttagaren. Naturligtvis.

Var ligger då felslutet? Jo, patienter/gästpopulationen i undersökningen - 81 är definitivt inte densamma som - 83. Sannolikt har vårdtyngden på ett helt avgörande sätt minskats. Tunga vårdfall har avlidit eller överflyttats till långvården och ersatts av lättare fall. Ålderdomshemmets karaktär av lättare sjukhem har försvunnit. Personals vilja att handha terminal vård eller tyngre fall har sannolikt minskat. Besöksfrekvensen på vårdcentralen har åtminstone under en tid ökat, liksom överföring och inläggning på andra institutioner. Gästernas rätt att sluta sina dagar i en lugn, invand miljö har beskurits.

En intresserad och kritisk arvodesanställd läkare kan med sin grundliga kännedom om hemmets innevånare och arbetssätt bedriva en billig och ändå optimal vård på en rimlig nivå. Forskning inom primärvården skall uppmontras men ett flertal av slutsatserna i artikeln kan man inte skriva under på. Handledning är nödvändig.

Jerker Löfgren
Distriktsläkare
Vänersborg

Ingemar Sjödin och Jan Svedlund presenterar i detta nummer av Allmän-Medicin på redaktionens uppmaning sin forskning kring funktionella mag-tarmbesvär och psykoterapi.

Forskningsmetodologiska aspekter får i den här presentationen träda i bakgrunden till förmån för de problem och idéer som inspirerat till studierna. Vidare ger författarna ett aktuellt perspektiv på psykosomatiska symtom och sjukdomar samt har till artikeln fogat två längre fallbeskrivningar.

Vår förhoppning med den här upplägningen är, att det klart skall framgå, att Sjödens och Svedlunds forskning i högsta grad angår allmänläkarna. Psykoterapi låter för många öron som någonting alltför sofistikerat för allmänläkare. Om man i stället beskriver arbetet med magbesvärspatienten som ett projekt i flera etapper från fokusering på symtom och eventuella utredning till besvärens plats i patientens livssituation och tänkbara vägar till förändring, känner nog många allmänläkare igen sig. Den psykoterapi som Sjödin och Svedlund förespråkar tillämpas redan av många allmänläka-

re som en självklar del i det kliniska arbetet. Emellertid kan säkert mycket bli bättre, och då kan vetenskapliga resultat som dessa tjäna som inspiration och också till att ge arbetet större stringens.

Grunden för allmänläkarens relation till sina patienter, kontinuiteten och tillgängligheten under lång tid, gör naturligtvis att själva modellen för korttidspsykoterapi inte går att tillämpa. Det finns dock alla möjligheter för allmänläkaren att i sitt förhållningssätt understödja självständighet och utveckling hos patienten. Vidare ger kontinuiteten med kontakter för andra symtom flera inkörsportar till de grundproblem, som vållar patienterna deras psykosomatiska symtom.

Särskilt betydelsefullt är, att Sjödin och Svedlund kan visa på en förbättring som blir mera uttalad, ju längre tiden går. Det terapeutiska målet - en ökad kompetens att tackla livets problem - är inte sällan inom räckhåll. Allmänläkarna får här en utmaning, som det vore ovetenskapligt att inte anta.

CE Rudebeck

Community Diagnosis and Prevention

A cross-sectional study as a tool for the community diagnosis process with special reference to cardiovascular risk factors

Bo J.A. Haglund

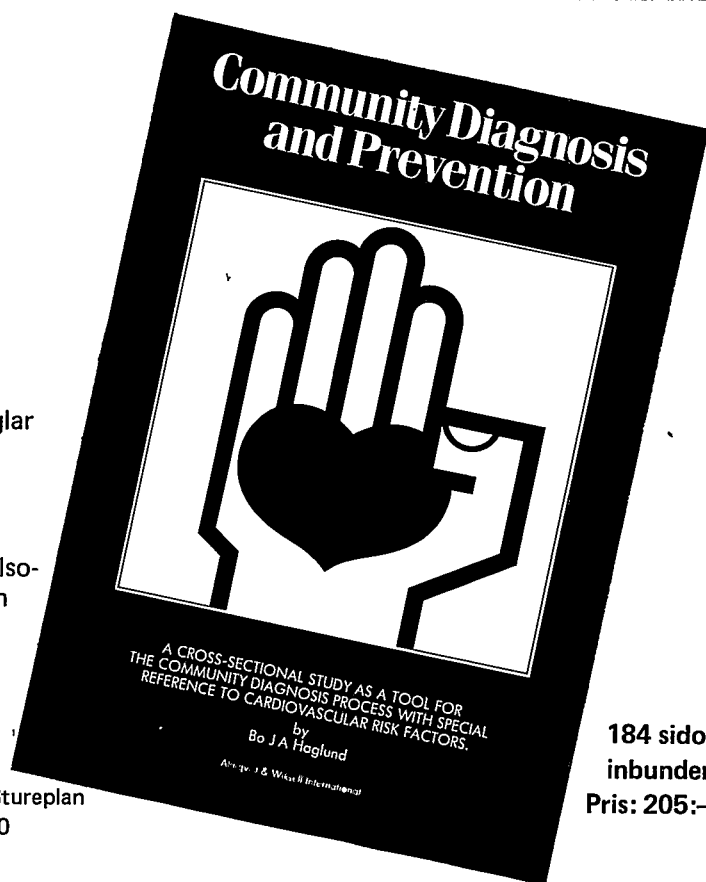
En doktorsavhandling i samhällsmedicin, som speglar delar av ett nytt arbetssätt, som växer fram i den svenska primärvården.

Boken ska sättas in i den pågående internationella diskussionen om behovsorienterad planering av hälso- och sjukvård. Den är ett bidrag till användbarheten av hälsoundersökningar vid diskussion och genomförande av lokalt hälsopolitiskt programarbete.

Boken finns hos:

NORDISKA BOKHANDELN, Kungsgatan 4 → vid Stureplan
Postadress: Box 7, 101 20 Stockholm • Tel. 08-22 73 80

- ett Esselte-företag



184 sidor
inbunden
Pris: 205:-

Centrum för samhällsmedicin

BENGT SCHERSTÉN

Forskning och utbildning i primärvård har bedrivits i Dalby sedan 1968. Centrum för samhällsmedicin tillskapades 1981. Institutionerna för allmänmedicin, långvårdsmedicin och socialmedicin tillsammans med enheten för forskning inom primärvård och angränsande områden av socialtjänsten utgör kärnan. I artikeln ges en översiktlig beskrivning av verksamheten vid Centrum för samhällsmedicin.

Nyckelord: Samhällsmedicin, allmänmedicin, primärvård, Dalby.

Forskning och utbildning inom primärvården och angränsande områden av socialtjänsten har sedan 1968 bedrivits vid vårdcentralen i Dalby, där staten (Socialstyrelsen) svarat för driften av forskningen och Malmöhus läns landsting för driften av vårdcentralen.

År 1981 bildade Lunds universitet institutioner för klinisk samhällsmedicin genom att slå samman ämnesområdena allmänmedicin, långvårdsmedicin och socialmedicin. Den ena institutionen kopplades till verksamheten i Dalby, den andra till socialmedicinska verksamheten i Malmö.

Centrum för samhällsmedicin vid Lunds universitet har bildats genom en sammanslagning av den särskilda enheten för forskning inom primärvård och angränsande områden av socialtjänsten med institutionen för klinisk samhällsmedicin, vilka båda är lokaliserade till Dalby.

Centrum för samhällsmedicin i Dalby har också tillförts en professur i klinisk farmakologi särskilt inom primärvård samt en professur i socialt arbete. Dessa båda professurer har ett organisatoriskt konnex med sina moderdiscipliner.

Vid Centrum för samhällsmedicin finns för närvarande fyra professurer, en klinisk lärartjänst samt tre kliniska ammanuelltjänster på stat. Dessutom finns nio tjänster som forskare/forskningsassistenter respektive forskarasistenter kopplade till forskningsprojekt.

Forskningen vid Centrum för samhällsmedicin har ända sedan starten 1968 färgats av hälsopolitiska mål det vill säga att utveckla och värdera resurser som byggs upp i patientens närmil-

jö. Ett tvärvetenskapligt angreppssätt på denna problematik har varit nödvändigt. Forskningen inom primärvård har tagit befolkningens sjukdoms-panorama som utgångspunkt för att utveckla diagnostiska tekniker och behandlingsmetoder samt att utvärdera dessa insatser förutom i ett individperspektiv även i ett befolknings- och samhällsperspektiv.

DE STORA SJUKDOMARNA I PRIMÄRVÅRDEN

Diabetes

Förutsättningarna att i Dalby studera en total diabetespopulation är goda. Enheten har haft intresse av diabetesproblem sedan dess start 1968.

Forskningsresultaten kommer att ge möjlighet att definiera de krav som måste ställas på primärvården om den enligt nuvarande riktlinjer skall kunna ta det primära ansvaret för vården av patienter med typ II-diabetes, såväl vad gäller screening, diagnostik, behandling och kontroll som rent preventiva åtgärder. Koststudierna förväntas kunna ge kunskap för primärpreventiva åtgärder mot diabetes, kardiovaskulär sjukdom och obesitas.

Hypertoni

Forskningen inom blodtrycks- och hypertoniområdet har i Dalby inriktats på att undersöka om epidemiologiska forskningsmodeller för riskbedömning kan användas på primärvårdsdistriktets begränsade patientmaterial och ändå ge solida resultat.

Reumatoid artrit

Reumatoid artrit är en folksjukdom med prevalens på 1,5 procent. Den är en invalidiserande sjukdom med stora psykosociala och funktionella konsekvenser. En förutsättning för att kunna behandla sjukdomen framgångsrikt är att patienten kommer till behandling i tid. Modeller för tidig upptäckt av reumatoid artrit och former för dess behandling inom primärvården studeras.

Ögonsjukdomar

Ögonsjukdomar eller synnedsättning- ar uppträder vanligen hos barn (skelning, närsynthet) eller gamla (åldersförändringar i gula fläcken, grå eller grön starr). Synen på dessa åkommors uppkomstmekanism och därmed på deras tillgänglighet för olika slags åtgärder har nyligen börjat förändras. Olika metoder för att minska förekomsten, bromsa förloppet eller lindra kon-

sekvenserna av dem håller på att utvecklas, tas i bruk, värderas eller omvärderas. Behovet av epidemiologisk oftalmologi har i motsvarande grad ökat samtidigt som förutsättningarna för dylika undersökningar förbättrats.

Infektionssjukdomar

Infektioner är en kvantitativt sett stor sjukdomsgrupp inom primärvården och upptar upp mot 30-40 procent av alla besök.

Syftet med undersökningarna inom infektionsprojektets ram är att finna lämpliga rutiner för diagnostik, behandling och kontroll av infektioner som handläggs av allmänläkare eller distriktssköterska. Avsikten är också att kartlägga etiologin vid dessa infektioner. Inom projektet studeras vidare preventiva åtgärder vid luftvägsinfektioner.

Rökning - skador och prevention

Studier görs för att utforma program för primärpreventivt arbete bland ungdom med riskindikatorer för rökdebut samt för omhändertagande i primärvården av olika grupper i befolkningen med önskemål om rökstopp. En koppling sker här till patientgrupper och personer med önskemål om viktning.

Livsstilssjukdomar

Det förebyggande arbetet i primärvården måste vara såväl individinriktat som befolknings- och samhällsinriktat. Speciell uppmärksamhet ägnas sambandet mellan olika befolkningsgruppers livsvillkor och livsstil samt deras hälsoförhållanden. Riskindikatorer kan här vara såväl kemiska, fysikaliska och biologiska som ekonomiska och sociala. Primärvården har ett ansvar att upppå dessa hälsorisker och att tillsammans med andra organ i samhället försöka reducera eller eliminera dessa riskförhållanden.

Följande projekt är aktuella:

Omhändertagande av missbrukare i primärvården

Syftet med studierna är att utveckla former för vård av missbrukare som gör det möjligt för honom eller henne att bibehålla sitt arbete, att inte förlora sin familj, inte förlora bostaden och med detta värna om hans eller hennes människovärde i egna och andras ögon.

Sociala miljöfaktorerers påverkan på hälsan

Långtidsexponering av sociala miljöfaktorer står i intressefokus. Av denna anledning har man utgått ifrån hälsotillståndet manifesterat hos äldre personer födda 1902–1903, vilka har kontinuerligt följts sedan 1968 i Dalby. De orsaksfaktorer som studeras är framför allt miljöförhållningens betydelse, det vill säga rörlighet mellan ortstyper, socialklasser, yrkesmiljöer, arbetslöshet, familjeförhållande, ekonomiskt status, uppväxtmiljö, skolutbildning med mera. Beroende variabler är mortalitet/överlevnad, vårdkonsumtion, sjukskrivningsfrekvens, förtidspensionering, funktionell kapacitet, somatiskt status och mental hälsa.

BRUK OCH MISSBRUK

AVLÄKEMEDEL I PRIMÄRVÅRDEN
Mer än 80 procent av alla läkemedelsförskrivningar sker i öppen vård, och farmakoterapi är primärvårdens främsta behandlingsinstrument. Samtidigt skall primärvården aktivt motverka läkemedelsmissbruk, vilket till allra största delen är ett öppenvårdsproblem. En optimal läkemedelsanvändning kräver därför forskning initierad av och baserad i primärvården.

Inom projektets ram studeras bland annat hur typ II-diabetes kan behandlas och eventuellt förhindras medelst adekvat farmakoterapi. En kartläggning göres av olika antiinflammatoriska smärtstillande medels fördelning i kroppen för att kunna göra ett korrekt läkemedelsval och få en objektiv bas före adekvat dosering av dessa medel vid artros och artrit.

Studier bedrivs också av läkemedelsmissbruk.

OMVÅRDNADS- OCH OMSORGSFORSKNING

Denna forskning har i landet hittills framför allt koncentrerats till omvårdnadsproblem inom den slutna vården. Omvårdnaden har emellertid ofta en avgörande betydelse för om en person kommer att omhändertagas i öppen eller slutna vård. Det synes angeläget att starta projekt också inom primärvården.

Omhändertagande av de långvarigt sjuka barnen inom primärvården

I Dalbys primärvårdsdistrikt bor cirka 5.000 barn under 15 års ålder. Cirka 8 procent av dessa – 400 barn – har långvariga sjukdomar och andra handikappande tillstånd. Vem tar hand om dessa barn? Vårdansvaret läggs i första hand på föräldrarna. Mycket få barn vårdas på institution eller sjukhus, eftersom sådan vård anses psykiskt skadlig. Alltmer kvalificerade vårdinsatser krävs av föräldrarna. Primärvårdens läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och övrig personal har viss kontakt med dessa barn, men sjukvårdsinsatserna och övervakningen sker framför allt från läns- och regionssjukvården genom

barnkliniker, habiliteringsverksamhet, omsorgsstyrelsen, hörselvård och så vidare.

Primärvården och de äldre

Olika modeller för att tillgodose behovet av öppen och slutna äldreomsorg i framtiden testas. Vi diskuterar omfånget och konsekvenserna av kvällspatrull- och nattpatrullverksamhet och diskuterar olika sjukhemsalternativ, från inget sjukhem alls och istället avlastnings/sjukhemsplatser integrerat med ålderdomshemmen/servicehusen ("rörlig sjukhemsfunktion") till modellen i den andra ändan av skalan med ett konventionellt sjukhem.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFORSKNING

Studier av sociala nätverk

I projektet studeras om sådana faktorer som tillgänglighet till vårdgivaren och struktur och funktion hos de sociala nätverken inom lokala boendemiljöer har betydelse för invånarnas efterfrågan och konsumtion av offentlig vård.

Vårdlagstiftningen som styrmedel

I projektet undersöks med i huvudsak rättsociologisk metod huruvida förändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen medför förändringar i förhållandet mellan sjukvårdsapparaten och allmänheten.

I anslutning till utveckling av former för omhändertagande av alkoholmissbrukare i primärvården undersöks vilken roll rättsliga regler och andra normer spelar för utformningen av vården, det vill säga vilken effekt sociala och socialpolitiska reformer har på det sociala fält som regleras och vilka mekanismer som medverkar i denna reglering.

Attityder till vård och vårdarbete

Arbetet avser att belysa sjukvårdsfrågor som angränsar till socialvård, socialpolitik och till primärvårdens organisation genom utveckling av kognitivt psykologiska och socialpsykologiska instrument för studier av attityder till vård och vårdarbete samt utvärdering av vårdorganisationsförändringar.

FÖREBYGGANDE VERKSAMHET

Hälsa för alla

WHO fick 1977 i uppdrag att utarbeta en global hälsostrategi som fick namnet Hälsa för alla år 2000. För Europa har denna strategi formulerats i en bok Health Crisis 2000 av den engelske författaren Peter O'Neill. Man hävdar att vårdapparaten arbetar fel, sjukdomsinriktat i stället för hälsoinriktat, behandlande i stället för förebyggande. Detta medför svårigheter att angripa "de nya" sjukdomarna miljöbetingad cancer, missbruk, övermedikamentering, stress och trafikskador. Lösningen måste utformas via en ökad hälso-medvetenhet, ökad omsorg om varandra och en utvecklad primärvård.

I samverkan med landstinget och studieförbunden genomföres studiecirklar i alla kommuner i landstingsområdet där WHO-strategin tillämpas på den egna kommunen. Verksamheten i varje cirkel avslutas med att man avger ett förslag om hur hälsan i den egna kommunen skall förbättras.

Hälsofostran

Arbetet syftar till att utveckla och utvärdera primärpreventivt arbete bland barn och ungdom. I projektet utvecklas program och pedagogiska metoder som avser påverka målgruppens normer, deras inställning till droger, samvaro och relationer till den omgivande miljön. Verksamheten utvärderas mot faktorer som skadegörelse i skola och andra institutioner, drogmissbruk och utslagning.

Författarpresentation:

Bengt Scherstén, professor i allmänmedicin, Vårdcentralen, 240 10 Dalby

Inventering av FoU-arbete vid vårdcentraler inom Malmöhus läns landsting

KJELD WEST

Under våren 1984 gjordes en inventering av inom en 12-månadersperiod avslutade, pågående och inom en 12-månadersperiod planerade FoU-arbeten inom primärvården vid samtliga vårdcentraler i Malmöhus läns landsting. Svar kom in till 100 procent och vittnar om en livlig FoU-aktivitet vid länets vårdcentraler. Två av tre enheter redovisade någon form av FoU-verksamhet.

Nyckelord: FoU-arbete, primärvård, enkätundersökning, Malmöhus län.

Bakgrund

Som deltagare i provinsialläkarfondens kurs om FoU-arbete i allmän medicin förlagd till Lundsbrunn i Götene under två sessioner, januari och april 1984, blev undertecknad ålagd att delta i ett projektarbete som syftade till att identifiera de mest betydelsefulla hindren att bedriva FoU-arbeten i allmän medicin inom den egna regionen. Därefter skulle man utveckla tänkbara metoder att användas för att eliminera dessa hinder. Redovisningen skulle omfatta en plan för det närmaste året och närmaste fem åren. Som led i detta projektarbete angående FoU-arbete inom primärvården i södra regionen, utsändes en enkät till alla distriktsöverläkarna inom primärvården i Malmöhus läns landsting under våren 1984, i syfte att inventera FoU-läget vid länets vårdcentraler. I enkäten frågades efter avslutade, pågående eller planerade arbeten och samtidigt försökte man pejla inställningen till FoU-arbeten, speciellt i relation till Dalbycentret. Äntligen försökte man kartlägga FV-läkarnas spridning på vårdcentralerna samt FV-läkarens eventuella deltagande i projektarbete enligt tjänstgöringsprogrammet för specialistutbildning i allmän medicin.

Metod

Brevenkät skickades till distriktsöverläkarna i slutet av april månad med två stycken påminnelser, den sista skickades den 9/5 1984. Det förelåg inget krav på identifikation av vårdcentra-

len men cirka hälften av svaren är underskrivna. Som resultat av brevenkäten utan påminnelse kom cirka 50 procent svar, efter första påminnelsen uppgick svarsprocenten till cirka 75 och efter andra påminnelsen inkom resterande svar. Bortfallsfrekvensen blir alltså 0.

Resultat

Vid 9 av 26 vårdcentraler pågår inget FoU-arbete, vid resterande 17 pågick, pågår eller planerades FoU-arbete, det vill säga att vid 2/3 av länets vårdcentraler redovisas någon form av FoU-aktivitet. Av svaren framgår inte exakt vilka projekt som är avslutade eller pågående men man kan utläsa att sex av nedan uppräknade projekt är under planering.

Projekt i primärvården inom Malmöhus läns landsting

Omhändertagande av typ II-diabetes i primärvården
Hypertonistudier
Infektionsstudier
Prevention
Reumatikervårdens utformning i primärvården.

Eslövsprojektet

Diagnosregistrering - lokal anpassning, journalrevidering
Snabbtympanometri - otosalpingit - remiss specialist
Enuresbehandling
Enkät patientattityder
Attityder hos patienter
Uppsökande verksamhet för nedsatt glucostolerans
Kommunikation primärvård - länsdelssjukvård
Öppet hus-mottagning
Uppsökande verksamhet RA

Kuloprojektet -82, -83

Sjöbo 3 projektet pågår
UVI i primärvården
Vaginit i öppen vård

Genomgång av statistik för "kroniska bronkiter" ML
Planerat projekt om konsekvenser och uppföljning vid "utsättning av läkemedel"

FV-läkarprojekt under handledning "80 år och äldre"
Enkätundersökning om servicekrav i befolkning
Sjukvårdspersonalens syn på servicekrav, en jämförelse med övrig befolkning

Hösten -83 ett projekt om zoterapi

Insamling av registerdata (kommunala basdata och hälsodata)
Attitydundersökning
Äldreundersökning i samarbete med vårdcentralens läkare och den kommunala äldreomsorgen
Ett projekt av FV-läkarna som syftar till att skapa en samhälls- och hälsoprofil av kommunen

Patientattitydundersökning i enkätform
Projektarbete om FoU-arbete i primärvård/allmän mediciner

Februari -84 "Attitydundersökning våren -84 vid Nöbbelövs vårdcentral"

Vårdprogram ländryggsbesvär
Vårdprogram hypertoni
Vårdprogram hypertoni just färdigt - tält i samarbete med Medicinska kliniken i Ystad
Fortsatt utveckling av program för blodtrycksscreening planeras
Utbildningssystem temamånader igångsatt sedan januari -84
Internutbildning för FV-AT-läkare
Utbildning inom primärvården för medicine kandidater från kurs 6 och 10
Planerar att göra färdigt äldrevårdsprojektet - uppsökande kontakt med pensionärer

Diskussion

Om arbeten typ enkät, vårdprogram, utbildningsprogram, FV-läkarens projekt räknas som utvecklingsarbete framkommer resultatet att 1/3 av länets vårdcentraler inte har någon verksamhet alls, 1/3 har någon form av utvecklingsverksamhet och 1/3 arbetar med forskning i vedertagen form.

Eftersom antalet arbetstitlar (40 st) överskrider antalet tillfrågade vårdcentraler (26 st) framgår det med hänsyn tagen till att 9 vårdcentraler inte

redovisar någon FoU-aktivitet alls, att resterande vårdcentraler i genomsnitt står för minst 2 arbetstitlar var.

På fråga om FoU-arbete uteslutande ska koncentreras till centra typ Dalby är svaren helt entydiga, 25 av 26 anser att forskning också ska bedrivas utanför sådana forskningscentra och det kan tilläggas att det ensamma svaret ej representeras av Dalby. Om man sedan frågar de 25 vårdcentraler som anser att FoU-arbete ska bedrivas spritt över alla vårdcentralerna, vilka hinder som finns för sådant arbete svarar endast 3 av 25 att inget hinder finns, däremot anger 22 vårdcentraler betydande hinder i form av framför allt tidsbrist, som nästan alla anger, men bortser man från den parametern är det huvudsakligen bristande bemanning, resursbrist och brist på handledare som gör sig gällande. Jämför man med ovan nämnda siffra framgår det att 17-3= 14 vårdcentraler bedriver FoU-arbete trots att man ser betydande hinder härför. Det kan också utläsas att 8 av 9 stationer, vilka inte utför något FoU-arbete, har viljan och lusten till detta om de mest väsentliga hindren kunde elimineras.

Slutligen tillfrågades om FV-läkare finns på vårdcentralen vilket var fallet i 21 utav 26 svar, alltså är vårdcentralerna till 80 procent bemannade med FV-läkare men av denna bemanning var det endast 11 av 21, cirka 50 procent, som utförde något projektarbete trots att detta ingår i tjänstgöringsprogrammet.

Konklusion

Sammanfattningsvis kan konstateras att vid 2/3 av länets vårdcentraler pågår, pågick eller planeras inom en 12-månadersperiod någon form för aktivitet trots betydande hinder att i det dagliga arbetet få möjlighet till FoU-arbete. Även om man bortser från planerade arbeten samt mindre forskningsbetonade projekt ligger Malmöhus läns landsting över det riksgenomsnitt som presenterades av Boström och andra 1983. Om man jämför med aktiviteter i det egna landstinget presenterat i nämnda undersökning finner man att antalet vårdcentraler i Malmöhus läns landsting, som har ett eller flera projekt på gång våren 1984, med god marginal överskrider resultatet från hösten 1982. Det kan konkluderas att om resurser sätts in för att eliminera framtagna hinder skulle FoU-aktiviteter pågå vid så gott som alla länets vårdcentraler.

Kjeld West

Distriktsöverläkare
Primärvården i Hörby

Litteraturhänvisning

Boström G, Haglund B, Svanström L: FoU-arbeten vid vårdcentraler i Sverige. AllmänMedicin 1983; 1.

FRÅGEFORMULÄR

	JA	NEJ
BEDRIVS FoU-ARBETE VID DIN VÅRDCENTRAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OM JA PÅGICK INOM SENASTE 12 MÅN	<input type="checkbox"/>	
PÅGÅR	<input type="checkbox"/>	
PLANERAS INOM DE NÄRMSTA 12 MÅN	<input type="checkbox"/>	
VILKA(T)/NÄR.....		
.....		
.....		
EV KOMMENTARER.....		
.....		
.....		
ANSER DU ATT FoU-ARBETE I ALLMÄN MEDICIN OCH INOM PRIMÄRVÅRD UTESLUTANDE SKALL KONCENTRERAS TILL UTVECKLINGSCENTRA TYP DALBY?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OM NEJ, VILKA HINDER FÖR FoU-ARBETE FINNS PÅ DIN VÅRDCENTRAL?		
TIDSBRIST	<input type="checkbox"/>	INGET HINDER <input type="checkbox"/>
BRISTANDE BEMANNING	<input type="checkbox"/>	
RESURSBRIST	<input type="checkbox"/>	
BRIST PÅ HANDLEDARE	<input type="checkbox"/>	
BRIST PÅ DRIVHUSMILJÖ	<input type="checkbox"/>	
ÖVRIGT.....		
.....		
EV KOMMENTARER.....		
.....		
.....		
HAR DU FV-LÄKARE PÅ DIN VÅRDCENTRAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OM JA, GÖR FV-LÄKAREN EGET PROJEKTARBETE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EV KOMMENTARER.....		
.....		
.....		

SVAR PÅ FRÅGEFORMULÄRET SKICKAS SENAST 1984-04-30
TILL DÖL KJELD WEST, VÅRDCENTRALEN, FACK, 242 00 HÖRBY
SVARSKUVERT BIFOGAS.

Abstract

SURVEY ON RESEARCH AND DEVELOPING ACTIVITIES AT PRIMARY HEALTH CARE CENTERS IN MALMÖHUS LÄNS LANDSTING SPRING 1984.

Two thirds of the units show research and developing activities in spite of significant obstructions and lack of resources. Even if one excludes minor projects, M.L.L. is well above the average of the country as a whole and the number of stations showing one or more titles is higher than that regarding M.L.L. published autumn 1982. The attitude towards research and developing activities is highly positive and if obstacles named in the article are eliminated research and developing activities would grow up in almost everyone of the regions primary health care centers.

120 6473

Miljömedicinska funktionen i MLL

Nyckelord: Samhällsmedicin, primärvård, Malmöhus län.

Arbetet vid funktionen är av utvecklingskaraktär och bedrivs i nära samarbete med primärvården, med Centrum för samhällsmedicin i Dalby, med yrkesmedicinska kliniken vid Lunds universitet och med andra instanser, till exempel länsstyrelsen. Verksamheten stödjer primärvården i dess miljömedicinska utvecklings- och uppbyggnadsarbete. Ett flertal projekt bedrivs därför i samverkan med primärvården. I andra projekt ger funktionen stöd eller medverkar med expertkunskap.

I samarbete med Centrum för samhällsmedicin i Dalby läggs upp ett projektregister över pågående forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården samt inom det miljömedicinska området. Kontakter har etablerats med vårdcentralen Kronan i Sundbyberg för att få en kommunikation till nationella register.

Denna sammanställning är avsedd att komplettera den inventering av FoU-arbete i primärvården som genomfördes 1984 men där ej rapporterat utvecklingsarbete.

Projekt inom miljömedicinska funktionen

Demografiska och socioekonomiska register bearbetas och görs mer åtkomliga för primärvården. Stöd lämnas i *enkätundersökning* om sjukvårdsorganisation och hälsosituation. I samverkan med studieförbunden drivs cirkelverksamhet kring WHO:s program "Hälsa för alla".

Sjukvårdens register i öppen och slutet vård utvecklas och bearbetas för epidemiologisk användning. Samverkan sker med *regionala tumörregistret* i samma syfte. Utveckling pågår för att registren ska kunna fungera på vårdlagsnivå.

I samverkan med bland andra yrkesmedicinska kliniken pågår ett projekt för att undersöka *effekter i de små luftvägarna* av luftföroreningar. I ett annat arbete förbereds underlag för studiecirkel om *yttre miljöfaktors påverkan på hälsan*. Hög nitrat halt i eget dricksvatten studeras i relation till magcancer.

Studier av *förskrivningsmönster av lugnande medel/sömnmedel* pågår i första hand i MLL:s storstadsområde i Helsingborg.

Dataprogram utvecklas för att beräkna *geografisk spridning* av utsläpp av olika ämnen.

Samverkan med studieförbunden – ett projektarbete i Malmöhus läns landsting

ANDERS EK

Nyckelord: Samverkan, Community Participation, Malmöhus län.

Hälsa- och sjukvårdsavdelningen vill på detta sätt informera om pågående arbete i projektet "Hälsa för alla i vår kommun".

1977 gav Förenta nationerna Världshälsoorganisationen i uppdrag att utarbeta en global hälsostrategi, som fick namnet Hälsa för alla år 2000.

Arbetet med strategin delegerades i första varvet till WHO:s olika regioner. Europaregionens strategi har utformats i ett hundratal punkter, som skrivits samman till en bok av den engelske författaren Peter O'Neill och kallats Health Crisis 2000. På svenska heter boken Hälsa för alla.

Boken lanserar den nya strategin efter en uppgörelse med vårt nuvarande sätt att organisera sjukvården. Man påstår helt framt att vårdapparaten arbetar fel: sjukdomsriktat i stället för hälsoinriktat, behandlande i stället för förebyggande, vilket ger svårigheter att attackera de "nya sjukdomarna": miljöbetingad cancer, missbruk, övermedikalisering, stress, trafikskador och så vidare. Dessa sjukdomar menar man inte kan attackeras via "sjukdomspals" utan måste lösas via en ökad hälsomedvetenhet, ökad omsorg och om varandra och en utvecklad primärvård.

I Sverige har samma tankegångar framförts i den nya hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 januari 1983. Där understryks också

starkt behovet av förebyggande insatser.

Landstinget ska enligt den nya lagen inte bara sörja för de som blir sjuka inom landstingsområdet utan också sträva efter att förebygga att sjukdom uppstår hos dess invånare. För att åstadkomma detta måste hälsomedvetenheten öka, det vill säga var och en måste bli mer medveten om vad hon/han kan göra för sin egen hälsa och för andras. Den medvetenheten kan åstadkommas till exempel genom ett engagemang i studiecirkel, där hälsofrågorna debatteras utifrån WHO-strategin. Hälsofrågorna kommer därmed in i en folkrörelse.

Landstinget ser därför ett samarbete med folkrörelsernas bildningsverksamhet som naturligt liksom kontakten med utbildningsradion. I studiecirkelna ska WHO-strategin tillämpas på den egna kommunen. Studiecirkelna har därför fått namnet Hälsa för alla i vår kommun. Förutom WHO-boken, ingår i kursmaterialet en del hälsostatistik rörande den egna kommunen och en studieanvisning. Man räknar med tio sammankomster och verksamheten ska avslutas med att cirkeln avger ett förslag om hur hälsan i den egna kommunen ska förbättras. Utbildningsradion har gjort ett antal radioprogram, som kan inleda sammankomsterna.

Författarpresentation:

Anders Ek är avdelningschef för hälso- och sjukvårdsavdelningen Central förvaltning, Malmöhus läns landsting, Box 1003, 221 02 Lund.

Projekt i primärvården eller av miljömedicinsk karaktär

I Vellinge undersöks prevalensen *reumatoid artrit och diabetes*. Studier av graviditetsutfall relaterat till arbets- och allmänna miljöförhållanden i syfte att identifiera eventuella riskgrupper planeras i Helsingborg/Landskrona. Riskgrupper för *tonårsaborter* studeras i Helsingborg. *Clamydiaförekomst* hos 16-23-åriga kvinnor vid en vårdcentral undersöks i Skurup. Patient-sammansättning och omfattning av *sjukgymnastisk behandling* kartläggs i Vellinge. I Sjöbo studeras omfattning och handläggning av *psykosocial problematik* på en vårdcentral utan social expertis.

För en del av projekten ovan har personal i primärvården erhållit bidrag av förvaltningsutskottet för utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvård. Totalt disponeras 1.200.000 kronor 1984 för projekt inom landstingets samtliga verksamhetsområden.

Thor Lithman

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

Hemsjukvårdens arbetsmiljö

MARGARETA ANDRÉN-SANDBERG

Hemsjukvårdens arbetsmiljö har studerats av en projektgrupp i Lund, varvid man funnit problem av inte bara medicinsk utan även administrativ, teknisk, psykologisk och juridisk karaktär. En del problem har åtgärdats under hand under gruppens arbete. För framtiden har utarbetats en handbok för hemsjukvårdspersonal: "Primärvård i hemmet - praktiska råd."

Nyckelord: Arbetsmiljö, hemsjukvård, organisationsutveckling, Lund.

BAKGRUND

Hemsjukvård i Lund har sedan länge bedrivits på ett traditionellt sätt, med tyngdpunkten förlagd till distriktssköterskors och undersköterskors verksamhet. Sedan 1978 finns i Lunds tätort en mera resurskrävande hemsjukvård, där även distriktsläkare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster engagerats aktivt i vården, för närvarande organiserad med vårdplaneringsgrupper vid vårdcentralerna i Lunds tätort.

I takt med att ett ökat antal patienter och ett mera vårdtungt klientel erhöles i Lunds hemsjukvård har arbetsmiljöproblemen där krävt mera uppmärksamhet. Sedan företagshälsovården funnit ett stort antal hemsjukvårdsanställda med ryggbesvär bildades en arbetsgrupp med representanter för företagshälsovård och primärvård för att bearbeta arbetsmiljöproblemen inom hemsjukvården i Lunds tätort.

Arbetsgruppen fann snart att vård av sjuka i hemmen innebär problem, inte bara av medicinsk utan också av administrativ, teknisk, psykologisk och juridisk karaktär, vilka är av stor betydelse för hemsjukvårdens arbetsmiljö men som tidigare föga uppmärksammats.

Hösten 1981 gjordes en framställning till Centrala arbetsmiljökommittén (CAMK) vid M-landstinget om anslag till en mera omfattande inventering och bearbetning av problemen. Ett PM med redovisning av det arbete som gruppen utfört under åren 1980-1981 bifogades därvid (PM 1981). Efter anslag från CAMK fortsatte arbetsgruppen sitt arbete som en projektgrupp, som under 1984 slutredovisat sina resultat till CAMK. Projektgrup-

pen vill i denna artikel för intresserade redovisa en del av vad som framkommit under projektgruppens arbete.

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR HEMSJUKVÅRD

Hemsjukvård är en prioriterad vårdform i dagens läge. Det är därför viktigt att konstatera att vissa förutsättningar måste finnas för att en hemsjukvård skall kunna bedrivas på ett fullgott sätt:

1. Patient och anhöriga måste vara positiva till vården.
2. Hemmet skall vara lämpligt för vården.
3. Hemsjukvårdspersonal i tillräckligt antal och med tillräcklig kompetens måste finnas för att bedriva hemsjukvård.

HEMSJUKVÅRDSPROBLEM ENLIGT PM 1981

1. Formella problem

Arbetsmiljölagen gäller även inom hemsjukvården. Arbetarskyddsstyrelsen har under 1984 utkommit med råd beträffande vård i hemmet. Projektgruppens arbete ligger helt i linje med dessa råd. Särskilda svårigheter uppkommer på en rad punkter inom hemsjukvården:

1.1 Hemsjukvården utövas i patientens hem, vilket kräver särskilda hänsyn. Arbetsgivaren är ansvarig för arbetsmiljön på en arbetsplats, som han ej förfogar över på sätt som annars är vanligt.

1.2 Miljön i hemmet är vanligen ej anpassad för vårdändamål. Den är ofta ergonomiskt otillfredsställande för vårdpersonalen.

1.3 Hänsyn till arbetstagarens liv och hälsa kan i hemsjukvården komma i konflikt med det vårdansvar sjukvårdshuvudmannen har för den i hemmet vårdade patienten.

1.4 Skyddsombud får inte kallas till hemmet/arbetsplatsen utan medgivande från den sjuke.

1.5 Ett annat problem är att hemsjukvården ofta bedrivs tillsammans med anställda inom lokala hemtjänsten, vilket skapar särskilda problem när det gäller avgränsning av arbetsuppgifter och samordning av skyddsansvar.

2. Psykosociala aspekter vid vård i hemmet

2.1 "Ett hem det är det fäste vi byggt med murar trygga, vår egen värld, den enda vi mitt i världen bygga." För patienten kan det kännas som ett intrång i hemmiljön när sjukvårdspersonalen måste finnas där på olika tider av dygnet. Många patienter vill ej heller ha några ingrepp i hemmiljön och motsätter sig därför installation av behövliga tekniska hjälpmedel. Å andra sidan kan patientens ofta starka motivation för vård i hemmet vara en positiv faktor.

2.2 Det har visat sig att åtgärder för att förbättra arbetsmiljön bör insättas snarast, till exempel beträffande erforderliga tekniska hjälpmedel. Om man accepterar obekväma arbetsställningar i ett hem under en tid kan det vara svårt att senare få igenom förändringar.

2.3 För personalen innebär arbete i hemsjukvård ofta ensamarbete, vilket kan vara förenat med stort ansvarstagande. Speciellt vid vård i livets slutskede ställs mycket stora krav på hemsjukvårdspersonalen.

3. Ergonomiska problem

Förutom psykologiskt motstånd från patienter och anhöriga mot tekniska hjälpmedel kan bostadens beskaffenhet vara ett hinder. Det kan vara trångt eller omöjligt att få in lämpliga tekniska hjälpmedel. Oklara bestämmelser har också funnits beträffande vårdhjälpmedel (som underlättar vården för personalen), till exempel lämpliga vårdsängar. Transporter av skrymmande tekniska hjälpmedel, till exempel sängar, har varit ett problem. Eventuell bostadsanpassning har ofta tagit alltför lång tid.

4. Information och utbildning

4.1 *Information till patienterna* är av avgörande betydelse. Den muntliga informationen kan kompletteras med skriftlig information, till exempel för att uppnå bättre förståelse för tekniska hjälpmedel (projektgruppen har utarbetat en sådan blankett).

4.2 *Extern information* är viktig, särskilt beträffande kontaktvägarna mellan sjukhus och hemsjukvård. Här har funnits stora brister, inte minst genom att man från sjukhushåll ibland skickat hem patienter utan att remisshandlingar sänts till primärvården.

4.3 *Utbildning av hemsjukvårds-personal*, inte minst i ergonomi, är betydelsefull. Speciella arbetsförhållanden föreligger till exempel när man skall lasta arbetsmaterial ur och i bilar och vid trånga arbetsförhållanden i hemmet.

5. Transportproblem

5.1 Transportproblemen har stor betydelse inom hemsjukvården. Under 1980 gjordes i Lunds tätort cirka 40.000 hembesök. Antalet körda kilometer var cirka 10.000. Restiden för de i hemsjukvården anställda kunde beräknas uppgå till mellan en tredjedel och hälften av den sammanlagda arbetstiden. Bilen är därför att betrakta som en väsentlig del av hemsjukvårdens arbetsplats.

5.2 Inom hemsjukvården i Lund sker transporter huvudsakligen med "egna" bilar. Därmed är den anställde själv huvudansvarig för bilen, dess utrustning, körsäkerhet etc. I den mån sjukvårdsdistriktet kommer att ställa leasingbilar till förfogande för transporter i framtiden innebär det ett ansvar för arbetsgivaren beträffande bilens egenskaper ur arbetsmiljösynpunkt.

5.3 Då hemsjukvårdspersonalen ofta medför förbandsmaterial, mindre tekniska hjälpmedel etc är det, liksom ur tidssynpunkt, viktigt att parkeringstillstånd erhålles för parkering i närheten av den sjukes bostad. Här har vissa brister funnits i Lunds tätort.

PROJEKTGRUPPENS ARBETE

1. Enkät till personalen

Samtlig hemsjukvårdspersonal i Lunds tätort har besvarat frågor i en omfattande enkät. Av denna framgår först och främst som ett glädjande faktum att man till 100 procent trivs med sitt arbete! Att själv få ta ansvar upplevs som stimulerande – samtidigt som det i någon mån uppfattas som pressande. Inte sällan förekom dock stress på grund av tidspress i arbetet. Bristande information ansågs ofta föreligga; man hade ibland svårt att nå kontakt med ansvarig arbetsledare.

Ensamarbetet upplevdes särskilt påfrestande i vissa situationer, till exempel vård i livets slutskede. Man ansåg sig behöva åtskilligt mera utbildning beträffande sådan vård liksom på andra områden.

Belastningssymtom förekom ofta: Flertalet hade under det senaste året haft besvär från ländryggen, medan cirka hälften haft besvär från halsrygg och axlar under samma tid.

2. Åtgärder som vidtagits under hand i gruppens arbete

2.1 Under medverkan av hjälpmedelscentralerna i Lund och Helsingborg har en lämplig vårdssäng för hemsjukvård utprovats. Sängen är en modifierad "Osby-säng".

2.2 Efter hemställan till Samrådsorganet för hjälpverksamheten i M-län har ordinationsrätt för vårdssäng tilldelats primärvårdens vårdlag (distriktslä-

kare, arbetsterapeut, sjukgymnast). Närmare specifikation av vårdssängen finns i tillämpningsföreskrift från Samrådsorganet för hjälpverksamheten (oktober 1983).

2.3 Efter hemställan till Lunds sjukvårdsdistrikt har klarlagts att transport av vårdssäng för hemsjukvårdens räkning skall ombesörjas av Yttre transport i sjukvårdsdistriktet. Rengöring av vårdssäng (vid förflyttning till annan patient), underhåll och service skall ske från hjälpmedelscentralen.

2.4 Efter hänvändelse till chefsläkaren har under 1983 utgått skrivelse till samtliga klinikchefer att respektive klinik har ansvaret för patienten, tills remiss erhållits och accepterats av primärvården.

2.5 Efter hemställan till berörd myndighet har ett tillräckligt antal parkeringstillstånd beviljats för hemsjukvårdspersonal.

3. Åtgärder beträffande ergonomi och utbildning

3.1 Ergonomiutbildning i form av bland annat ryggskola har påbörjats för hemsjukvårdspersonalen (och planeras fortgå fortlöpande). Frekvensen ryggsbesvär har därvid minskat.

3.2 Ett antal förhöjningskuddar som är lätttransportabla och hygieniska har framtagits för att underlätta arbetet i hemmiljö. Demonstration av kuddarnas användning liksom arbetsplatsbesök i hemmen har företagits av företagsgymnast.

4. Handbok för hemsjukvårdspersonal "Primärvård i hemmet – praktiska råd"

Medlemmar i projektgruppen har utarbetat en handbok för primärvård i hemmen. Denna handbok skall kunna användas av all hemsjukvårdspersonal och har ett sådant format att den kan medföras vid hembesök. Handboken ger råd i vanliga praktiska frågor inom hemsjukvården samt beträffande ergonomiska problem. Den har aktuell telefonlista och lösbladssystem för att lätt kunna kompletteras vid behov.

Handboken innehåller bland annat kapitel om hemsjukvårdspersonalens åtgärder vid allergi, medvetlöshet, dödsfall i hemmet. Ett betydande avsnitt, som ägnas ergonomi, är försett med illustrationer för att underlätta förståelsen. Dessutom finns avsnitt om hygien, om arbetsskador och försäkringar, syrgas i hemmet med mera. Handboken har av hemsjukvårdspersonal i Lund bedömts som mycket värdefull i det löpande arbetet.

5. Samarbete med kommunen

Samråd med kommunens hemtjänstpersonal och representanter för Lunds Socialförvaltning har skett fortlöpande under projektgruppens arbete. Genom detta samarbete har bland annat en speciell bostadsanpassningsblankett utarbetats, vilken underlättar samverkan när det gäller bostadsanpassning.

6. Kontakt med landstingspolitiker

Ibland uppstår det, trots alla ansträngningar, svårösta situationer inom hemsjukvården. Det kan bli stora påfrestningar för hemsjukvårdspersonal såväl psykiskt som fysiskt med till exempel ryggsbesvär och sjukskrivningar som följd. Vårdpersonalen kan i sådana fall behöva utökas eller patienten erbjudas alternativ vårdform (till exempel långvård). Projektgruppen har försökt er hålla klarläggande besked av ledande landstingspolitiker, hur sådana situationer skall hanteras, men ännu ej fått några konkreta svar. Fortlöpande kontakter behövs därför.

Avslutning

Avslutningsvis vill projektgruppen framhålla att projektet angående hemsjukvårdens arbetsmiljö varit mycket stimulerande, inte minst på grund av den intresserade och engagerade personalgrupp, som hemsjukvårdspersonalen i Lunds tätort utgör. Även om det avgränsade projekt till vilket CAMK beviljat pengar nu är avslutat, behövs fortlöpande diskussioner mellan personal av olika kategorier samt med landstingspolitiker om hur arbetsmiljön, fysiskt och psykiskt, skall kunna förbättras inom hemsjukvården.

Litteratur:

1. Arbetsmiljölagen SFS 1977: 1160.
2. Arbetarskyddsstyrelsens råd och anvisningar om arbetarskydd för personal i socialt hemhjälsarbete och hemsjukvård (hjälp på säkert sätt, Liber förlag 1970).
3. Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd beträffande omvårdnadsarbete i enskilt hem. Omvårdnadsarbete i hemmiljö. ASS 1984: 11, Stockholm, Liber förlag 1984.
4. Arbetsställningar och arbetsrörelser. Arbetarskyddsstyrelsen, Stockholm, Liber förlag 1983. ASS 1983: 6.
5. Arbetsmiljöproblem i hemsjukvård. PM utarbetat i Lunds sjukvårdsdistrikt 26/10 1981.
6. Hemsjukvårdens arbetsmiljö. Slutrapport till Centrala arbetsmiljökommittén i Malmöhus läns landsting juni 1984.
7. "Primärvård i hemmet – praktiska råd". Carin Carmén, Gun-Britt Jarnlo, Ulla Wester-Theläus, Lund, Malmöhus läns landsting, 1983.

Författarpresentation:

*Margareta Andrén-Sandberg**, vid tiden för arbetets utförande distriktsöverläkare i Lunds södra primärvårdsdistrikt.

*Postadress: Lantmannavägen 2, 222 38 Lund.

I projektgruppen har i övrigt ingått: Företagsläkare Alvar Björverud, företags-sjukgymnast Carin Carmén, distriktsläkare Wiveka Elmér, klinikföreståndare Ingrid Henrikz, distriktsjukgymnast Gun-Britt Jarnlo, skyddsingenjör Lennart Johansson, personalkonsult Lilian Persson, klinikföreståndare Ulla Wester-Theläus.

Till gruppen har också adjungerats representanter för primärvårdsadministration och hjälpmedelsverksamhet, huvudskyddsombud och representanter för Socialförvaltningen.

Vid infektioner orsakade av

- Chlamydia
- Mycoplasma



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

Dosering: 2 tabletter första dagen, därefter 1 tablett dagligen.
Vid svårare infektioner 2 tabletter dagligen.

Vibramycin Novum skall undvikas under sista hälften av graviditeten
samt till barn upp till ca. 8 års ålder.



Pfizer AB, Box 3053, 183 03 Täby.

Patient- och befolkningsenkäter – erfarenheter från Sjöbo

BOBBY HULTBERG · THOR LITHMAN · BENGT ÅHGREN

Det går med enkla medel och små arbetsinsatser genomföra såväl befolknings- som patientenkäter. Det bör därför vara ett naturligt instrument för primärvården att fortlöpande följa hur befolkningen och vårdsökande uppfattar förändringar som genomförs i vårdorganisationen.

Nyckelord: Enkäter, epidemiologi, metodik.

Eftersom enkäter i många fall kan vara det bästa och mest effektiva sättet att få veta befolkningens och patienternas inställning till olika frågor inom hälso- och sjukvården, ägnas denna artikel åt en metoddiskussion vars syfte är att visa vilka möjligheter som finns att genomföra enkäter under olika förutsättningar. I artikeln visas också hur befolknings- och patientenkäter kan komplettera varandra.

Patientenkät

Enklast och billigast är en patientenkät. Vid en sådan kan man lämna ett frågeformulär i anslutning till besöket och be patienten fylla i formuläret innan patienten lämnar mottagningen. Beroende på vilka frågor som ställs, får formuläret besvaras antingen före eller efter behandlingen. Om frågorna gäller hur patienten uppfattar vården vid det aktuella besöket måste frågeformuläret naturligtvis fyllas i efter behandlingen. Nackdelen med detta är att det kan vara svårt att motivera patienten att stanna kvar på mottagningen för att fylla i formuläret. Det är därför mera naturligt att frågorna besvaras under de minuter patienten väntar på att komma in till behandling. Då måste emellertid frågorna ställas mot bakgrund antingen av att patienten tidigare besökt mottagningen eller mot bakgrund av hur patienten kontaktat mottagningen vid dagens besök och vilka förväntningar eller problem patienten har.

Vid en patientenkät som besvaras vid besöket kan svaren påverkas av de omedelbara intrycken och därigenom bli beroende av upplevelsorna just vid den aktuella kontakten. Genom att patienten besvarar enkäten före besöket undviks detta. Däremot kan svaren eventuellt påverkas av att patienten

gärna vill svara positivt för att göra ett gott intryck.

Personer som tidigare sökt mottagningen, men ej varit nöjda med behandlingen, kan förmodas vara underrepresenterade eftersom de kan söka vård någon annanstans. En patientenkät kan därför ge en mer positiv bild än vad som finns i befolkningen som helhet.

En patientenkät kan ställas till samtliga patienter eller till ett urval. Urvalet kan antingen vara samtliga patienter i en viss åldersgrupp, samtliga män eller samtliga kvinnor, eller samtliga patienter med andra karakteristiska tex en viss sjukdom. Kombinationer av dessa urval kan också förekomma. Urvalet kan också vara slumpmässigt ur populationen eller delar av populationen. Då bör lämpligen alla personer födda en viss eller vissa dagar vara med i urvalet. Varje dag som väljs ger cirka 3,3 procent av hela populationen (dag 31 ger cirka 1,9 procent av populationen).

Innan studien startas bör planeras hur lång tid den ska pågå. Detta måste göras mot bakgrund av att tidsperioden ska ge tillräckligt stort material för att tillåta statistisk bearbetning. För en vårdcentral av Sjöbos storlek med omkring 20.000 läkarbesök om året ger 2–3 veckor ungefär 500–800 svar, vilket bör vara tillräckligt för att kunna dela upp materialet i undergrupper, till exempel ålder, kön och vårdlag. Om man inkluderar frågor som för att de ska kunna besvaras kräver att patienten sökt tidigare, bör materialet utökas med hänsyn till detta.

Svaren kan bearbetas antingen direkt från blanketten eller i kombination med uppgifter från journalen. Den enklaste formen för bearbetning är att göra manuell statistik. Om materialet är stort och svaren på olika frågor behöver kombineras med varandra, är det lämpligt att sortera blanketterna i grupper för att därefter granska svaren i varje grupp.

Sådana grupper kan till exempel vara olika åldersgrupper, patienter som kommer på ny- eller återbesök eller patienter som kommit akut eller ej akut.

Om datorstöd används för bearbetning är det enklast att använda de patientadministrativa systemen eller system för registrering av basdata. Fördelen med att gå in i kontinuerliga redan

etablerade system är att punktvisa undersökningar kan upprepas vid olika tidpunkter utan att nya rutiner behöver läggas upp. Härigenom ges på ett enkelt sätt möjlighet att följa upp effekter av vidtagna organisatoriska förändringar.

Befolkningsenkät

Vid en befolkningsenkät behövs ett aktuellt register över befolkningen i det område där undersökningen ska genomföras. I Malmöhus läns landsting uppdateras sådana register kontinuerligt av Kommundata AB. Det är rimligt att de miljö- och samhällsmedicinska enheter som nu inrättas i varje landstingsområde hjälper till att beställa uppgifter ur befolkningsregister.

Vid en befolkningsenkät gäller samma principer för olika typer av urval som redovisats ovan. De variabler som urvalet kan göras på är ålder, kön och bostadsort. Eftersom bostadsort i befolkningsregistren är angivna med kommun och församling finns möjlighet att göra studier till exempel på vårdlagsnivå. I de fall gränserna för vårdlag ej överensstämmer helt med församlingsgränser måste vårdlagstillhörigheten i dessa fall anges med hjälp av lokalkännedom.

Urval ur befolkningsregistret kan göras som ett obundet slumpmässigt urval eller som ett stratifierat urval. Ett obundet slumpmässigt urval ger samma procentuella fördelning efter olika variabler som i totalpopulationen. Med ett stratifierat urval kan man se till att de grupper som annars skulle omfatta få personer i urvalet ökas på så att materialet även för dessa grupper blir tillräckligt stort för att tillåta statistiska analyser.

Om värdenheten använder databaserat värdesregister eller om det finns patientadministrativa system för öppen och sluten vård kan urvalet riktas med hänsyn till detta. Det går till exempel att selektera bort alla individer som under en vis tidsperiod varit i kontakt med värdenheten. På så vis når man enbart personer som man inte når med besöksenkäter. För att kunna göra sådan selektering är det bra att redan från början ha en ungefärlig uppskattning hur stor del av populationen som under angiven tidsperiod söker vid enheten. Det första urvalet

från befolkningsregistret kan då göras så stort att efter bortsortering av dessa patienter återstår en undersökningsgrupp med det antal personer man vill att enkäten ska omfatta.

Bearbetning av befolkningsenkäten kan göras antingen manuellt eller med datorhjälp. Här finns dock inte möjlighet att använda de patientadministrativa systemen. För bearbetningar i dator av personuppgifter krävs antingen tillstånd eller anmälan till datainspektionen. Rutiner för detta bör finnas hos lokala eller centrala systemfunktioner i de olika landstingen.

Befolkningsenkäter kräver viss administration vid utsändning och insamling av material. Kostnader för porto och returporto samt för påminnelsebrev tillkommer också. Man kan vidare räkna med att befolkningsenkäter ger större bortfall än patientenkäter.

Blanketter

Eftersom blanketterna i de flesta fall ska fyllas i av patienten eller personen själv utan hjälp av vårdpersonal är det viktigt att den är enkel och lättbegriplig. Det bör finnas fasta svarsalternativ som gör det lätt att kodifiera och bearbeta svaren. Det går också att lämna utrymme för att i klartext skriva olika synpunkter vilka man kan gå igenom manuellt men ej databearbeta.

Erfarenheten av nu genomförda enkäter i Malmöhus läns landsting visar att äldre personer har svårare att besvara enkäter än yngre personer. Det bör därför vara möjligt att tänka sig en komplettering eller ett alternativ till enkät för de högre åldersgrupperna där en personlig kontakt också finns vid besvarandet av frågorna. Om dessa personer intervjuas av vårdpersonal eller av andra intervjuare blir kostnaderna emellertid högre än vid enkätförfarandet.

De frågor som ställs ska vara enkla och riktade. Med detta avses att man före enkätens genomförande bör ägna stor möda åt att endast ta med frågor som är aktuella och som kan användas som underlag för förändringar i verksamheten. Frågor av typ "det kan vara bra att veta", ska undvikas i största möjliga utsträckning. För att få hjälp att ställa de riktiga frågorna bör olika enkätundersökningar dokumenteras i databank. Det bör vara en uppgift för Spris dokumentationstjänst.

Blanketten bör vara försedd med antingen patientens namn och personnummer eller ett kodnummer. Skälet härtill är att möjliggöra påminnelse till de personer som ej svarar vid första utsändningen. Dessutom finns där igenom redan uppgift om personens ålder, kön, bostadsort och eventuellt också tidigare vårdkontakter.

Bortfallsuppföljning

Det finns möjlighet att studera bortfallet mer ingående än vad som brukar vara fallet när fördelningen efter till

exempel ålder och kön i bortfaller redovisas. Vid de patientenkäter som nu genomförts i Malmöhus läns landsting har bortfallet i allmänhet varit lågt. Om man undantar de som är för svårt sjuka för att besvara enkäten har endast ett fåtal personer vägrat svara på frågorna. Om man önskar ytterligare information om dessa kan en del uppgifter hämtas från journalerna.

Vid befolkningsenkäten bör pekas på möjligheten att följa upp såväl hur patienter som besvarat enkäten (positivt eller negativt), som de som inte besvarat enkäten, senare kommer i kontakt med vårdenheten. Med hjälp av patientregister kan man efter till exempel ett år gå igenom om de som svarat negativt sökt vård vid enheten i annan utsträckning än de som svarat positivt. Detta kan ligga till grund för diskussioner om eventuella brister i vårdorganisationen.

Diskussion

Befolkningsenkäten i Sjöbo riktades till personer mellan 15-79 år, medan patientenkäten också omfattade småbarnsföräldrar och äldre personer. Bortfallet var dock högt för åldersgrupperna över 75 år. Det är därför lämpligt att sätta en övre gräns vid 75 eller 80 år.

Vid en jämförelse av åldersfördelningen för de som besvarat enkäterna finner man god överenskommelse, tabell I. Det betyder att när svaren jämförs är det ej nödvändigt att hålla ålder under kontroll, under förutsättning att småbarnsföräldrars svar exkluderas.

Andel personer som svarat "vet ej" är mer vanligt vid befolkningsenkät än vid patientenkät. Det belyser att ju mer riktad en enkät är, desto färre svarar "vet ej". Andelen som svarar "vet ej" minskar om man har haft kontakt med vårdcentralen. Den minskar också om senaste kontakt ligger nära i tiden.

Man kan också utläsa att svaren tenderar att bli mer positiva för de som någon gång haft kontakt med vårdcentralen och om denna kontakt ligger nära i tiden. Ett exempel kan belysa detta. På frågan "jag behöver inte vänta länge på att få en tid till läkaren" instämde i befolkningsenkäten 43 procent av de som aldrig haft kontakt med vårdcentralen, 49 procent av de som någon gång haft kontakt med vårdcentralen och 66 procent av de som haft kontakt senaste halvåret. I patientenkäten var 81 procent positiva.

Våren 1983 gjordes den första patientenkäten där de etablerade data-rutinerna användes (1). Den har därefter följts av enkäter vid ytterligare åtta vårdcentraler i Malmöhus läns landstingsområde. Även befolkningsenkäter görs nu och hittills har fem sådana enkäter genomförts i olika kommuner. Båda typerna av enkäter tycks således bli ett vanligt instrument för primärvården att använda vid utvärdering av sin verksamhet.

Tabell I.

Antal personer som besvarat enkäterna efter ålder (procentuell fördelning).

Ålder	Patientenkäten	Befolkningsenkäten
15-44	51%	50%
45-64	28%	30%
65-79	21%	20%

Litteratur:

1. Johansson C-A, Lithman T. Attitydundersökning hos besökande vid en vårdcentral. *AllmänMedicin* 1984;5: 22-3.

Författarpresentation:

Bobby Hultberg, distriktsöverläkare, Sjöbo primärvårdsdistrikt,

Thor Lithman, Dr Md Sc, epidemiolog vid Malmöhus läns landstings miljömedicinska funktion.*

Bengt Åhgren, regionschef, Sprikon-sult AB, Lund.

*Postadress: Malmöhus läns landsting, Centralförvaltningen, Box 1003, 221 02 Lund

Barn i bil – Barnavårdscentralens roll

THOR LITHMAN · EVA ANDERSSON

I denna studie redovisas hur barnhälsovården kan arbeta aktivt i det trafikolycksfallspreventiva arbetet. Man har gjort en enkät till föräldrar över hur de skyddar sina barn i bilar och samtidigt sökt informera om viktigen av att använda bilbarnstol och bilbälte.

Studien visar att 1982 användes bilbälte av mindre än hälften av barnen i 4-års ålder. Andelen ökade under året, troligen på grund av ökad information.

Nyckelord: Prevention, olycksfall, barn, barnhälsovård.

Under senare år har centrala organ intensivt engagerat sig i aktiviteter för att förebygga barnolycksfall i trafiken. I Malmöhus läns landsting kompletterade vi detta med aktiviteter på lokal nivå. Anledningen härtill var främst att i förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag åläggs sjukvårdshuvudmännen ett utvidgat ansvar för befolkningens hälsotillstånd. Där ingår också att spåra upp och vidta åtgärder för att eliminera effekter som orsakas av den yttre miljön; bland annat trafikmiljön:

I en studie (1) undersöktes utvecklingen av trafikskador i Malmöhus läns landsting för perioden 1970–1979. Som underlag användes statistik över vårdtillfällen i slutenvård för barn i åldern 0–14 år. Studien avgränsades till skador efter motorfordonsolyckor, vilka enligt riksstatistiken utgjorde cirka hälften av samtliga trafikolyckor i åldersgruppen (2).

Förutom den statistiska studien planerades också lokala aktiviteter i varje kommun. Landstingets organ för att arbeta förebyggande bland små barn på denna nivå är barnhälsovården. De statistiska analyserna visade att den största olycksrisken för små barn var som passagerare i bilar. I de yngsta åldrarna exponeras de ju inte för andra trafikrisker i någon högre utsträckning. Dessutom hade det börjat komma effektiva skyddsmedel för att kunna förebygga nästan alla skador vid denna typ av olyckor. Trafiksäkerhetsverket har ända till för några år sedan rekommenderat att barn i åldrarna 3–6 år inte skulle använda bilbälte. Detta hade visat sig vara ett felaktigt råd ur säkerhetssynpunkt (3). Men detta var ännu inte känt bland föräldrar. Barn-

hälsovården hade därför en möjlighet att kunna informera samtliga föräldrar till barn vid 18-månaders och 4-års ålder hur de bäst skulle skydda sina barn i bilar.

Efter en pilotstudie vid några barnavårdscentraler fattade hälso- och sjukvårdsdelegationen i landstinget beslut om att barnavårdscentralerna skulle genomföra ett projekt som syftade till dels att finnas former att informera föräldrar om skyddsmöjligheter för barn i bilar och dels att kartlägga attityder och skaderisker. Delmålsättningarna var

- att kartlägga bilresevanorna för små barn i landstinget,
- att kartlägga hur många av barnen som använde bilbarnstol,
- att få reda på orsaker till att vissa föräldrar ej använde bilbarnstol för sina barn,
- att mäta incidensen trafikolyckor och tillval som små barn exponeras för som bilpassagerare,
- att mäta skyddseffekterna av bilbarnstol och bilbälte bland de barn som varit med om olyckor eller tillbud,
- att testa metoder att informera och motivera föräldrar att använda bilbarnstol för sina barn.

Material och metoder

Samtliga barn kallas till kontroll vid barnavårdscentral vid 18-månaders och 4-års ålder. Undersökningen riktade sig till denna målgrupp och genomfördes under perioden 1 september 1981 till och med 31 maj 1982. Genom att perioden avgränsades till mindre än 1 år omfattade den inte en hel åldersklass av barnen i de aktuella åldersgrupperna. I åldersgruppen 1,5 år fanns i landstingsområdet under 1981/1982 genomsnittligt cirka 6.200 barn, medan motsvarande antal för 4-åringarna var cirka 6.300 barn.

Samtliga föräldrar fick fylla i en enkät vid sitt besök på barnavårdscentralen. De fick dessutom tillfälle att fråga och diskutera med personalen om olycksrisker och möjligheter att skydda barnen. Personalen hade också en del informationsmaterial som de kunde dela ut till föräldrarna.

Samtliga föräldrar skulle fylla i första sidan på enkäten. Där frågades hur mycket barnet åkt bil under den senaste veckan, var det satt, hur det skyddades, för- och nackdelar med olika skyddsanordningar samt förslag till hur barnhälsovården kunde hjälpa till

att öka säkerheten för barn i bil. Dessutom frågades om barnet varit med i en bil som krockat, rullat runt eller bromsats så häftigt att barnet skadats eller kunnat skadas. För de som svarat ja på denna fråga ställdes ytterligare frågor som skulle belysa incidensen skador av olika typ samt skyddseffekterna av bilbarnstol och bilbälte.

Barnavårdscentralerna sände varje månadsskifte in blanketterna till landstingets centralförvaltning där de bearbetades. De sammanställdes dels för varje barnavårdscentral dels summerat för varje sjukvårdsdistrikt och för hela landstinget. Dessutom gjordes bearbetningar för olika tidsperioder.

Under perioden genomfördes dessutom andra aktiviteter. I samarbete med länets trafiksäkerhetsförbund anordnades under våren 1982 en informationsdag till samtliga länets kommuner om trafiksäkerhet för barn. I sammarrangemang med Svenska röda korset och länets trafiksäkerhetsförbund samt i samarbete med polisen och Lunds kommun genomfördes under hösten 1982 aktiviteter som syftade till att öka intresset för dessa frågor bland allmänheten och olika myndigheter. Under 4 dagar anordnades utställningar, filmvisning, fingerade olyckor, föredrag med mera i Lunds stadshall.

Resultat

Antalet blanketter som ingick i sammanställningen var totalt 4.868, varav 2.139 för barn i åldern 1,5 år och 2.729 för barn i åldern 4 år. Det motsvarade 39 procent av barnen i aktuella åldrar. Dessutom inkom 327 blanketter där föräldrarna ej svarat på frågorna.

En närmare analys visade att bortfallet var olika mellan sjukvårdsdistrikten. Det varierade mellan 1/3 och 2/3 i de olika sjukvårdsdistrikten. Bortfallet berodde främst på att vid vissa mottagningar hade man dåligt utrymme för att föräldrarna skulle kunna fylla i blanketten. De fick då med den hem, men del föräldrar skickade inte in den. I vissa fall, under början av studien, lämnades inte ut någon blankett, eftersom en del mottagningar då trodde att medverkan var frivillig.

Svaren på frågorna varierar inte mellan olika sjukvårdsdistrikt på ett sådant sätt att man kan misstänka någon större snedvridande effekt av bortfallet. Materialet bör därför vara repre-

sentativt för barn vid 18 månader och 4 års ålder.

Barn i åldern 1,5 år

Mer än 90 procent av barnen i denna åldersgrupp hade åkt bil under den senaste veckan, varav huvuddelen i familjens egen bil. Genomsnittligt hade dessa barn åkt 65 km i egen bil under veckan. Ca 10 procent av barnen hade åkt i annan bil i genomsnitt 24 km under veckan. För de barn som åkt bil under den senaste veckan redovisas i Tabell I om de satt i fram- eller baksätet och på vilket sätt de åkte den mesta tiden. Resultaten visar att nästan 80 procent av barnen satt i bilbarnstol då de åkte i egen bil.

För de barn som tidigare använt eller nu använde bilbarnstol frågades vilka för- och nackdelar man upplevt. Som fördelar angavs främst att det kändes säkrare (81 procent) samt att föraren och barn får bra kontakt (50 procent). Dessutom ansåg 17 procent att barnen kan lätt sova och 24 procent att föraren kan hjälpa barnet med leksaker och böcker.

Föräldrarna ansåg att den främsta nackdelen med bilbarnstolen var att barnet kan fingra på växelspak eller andra manöverinstrument. Det angavs av 41 procent av föräldrarna. Vidare uppgav 24 procent att barnet tycker illa om att sitta i stolen. Att framsätet blockeras ansåg 18 procent vara en nackdel medan 12 procent ansåg att stolen var svår att ta in och ut ur bilen. Att barnet får åksjuka redovisades bara i ett fåtal fall. Totalt sett såg föräldrarna dock fler för- än nackdelar med bilbarnstolen.

Barn i åldern 4 år

Åksträckan för dessa barn var samma som för barn i åldern 1,5 år, nämligen 65 km i egen bil. En något större andel, 12 procent hade åkt i annan bil där den genomsnittliga åksträckan också var något högre eller 38 km.

Nästan alla barn satt i baksätet. Det fåtal barn som satt i framsätet använde bakåtvänd bilbarnstol. Huvuddelen av barnen använde inte säkerhetsbälte. Endast cirka 30 procent satt på bälteskudde med säkerhetsbälte och ytterligare 4 procent direkt på sätet med säkerhetsbälte. Detta framgår av Tabell I.

För de barn som använde bälteskudde med säkerhetsbälte frågades efter vilka fördelar eller nackdelar de upplevt. Ca 1/3 av föräldrarna ansåg att det kändes säkrare medan 29 procent ansåg att barnet hade bättre utsikt. Att föraren har kontroll över var barnet finns sågs som en fördel av 25 procent.

Nackdelar med bälteskudde och säkerhetsbälte angavs inte i någon större utsträckning. Cirka 10 procent av föräldrarna ansåg att det var en nackdel att diagonalbältet löper utmed halsen på barnet och 9 procent att barnet tycker illa om att vara fastspänt.

Barnhälsovårdens roll

Ett flertal föräldrar ansåg att barnhälsovården kunde hjälpa till att öka sä-

Tabell I.

Åksätt för barn i 1,5 års och 4-års ålder, procentuell fördelning.

Åksätt	Barn i 1,5 års ålder		Barn i 4-års ålder	
	Egen bil	Annan bil	Egen bil	Annan bil
Baksäte	28	88	96	99
Framsäte	72	12	4	1
Totalt	100 (N = 2004)	100 (N = 208)	100 (N = 2535)	100 (N = 324)
I knäet på en vuxen	15	71	6	15
I bakåtvänd bilbarnstol	72	10	3	1
I annan bilbarnstol	5	4	1	1
Satt själv utan bälte	5	13	56	72
Bälteskudde o säkerhetsbälte	2	1	29	8
På sätet m säkerhetsbälte	1	1	4	3
Totalt	100 (N = 2053)	100 (N = 207)	99 (N = 2681)	100 (N = 333)

Tabell II.

Andel av föräldrarna (N = 4.868) som ansåg att barnhälsovården kan hjälpa till att öka säkerheten.

Aktivitet	Andel
Ökad information om trafiksäkerhet	41
Hyra ut bilbarnstolar	31
Förmedla billiga bilbarnstolar i andra hand	32
Rekommendera bra bilbarnstolar	37
Prisuppgifter på bilbarnstolar	12

kerheten för barn i bil. Av Tabell II framgår hur stor andel som svarat ja vid olika alternativ.

Olyckstillbud

Totalt 3,7 procent av barnen eller 179 barn hade varit med om olyckstillbud i bilen. För barn i åldern 1,5 år var antalet 33 och för barn i åldern 4 år 146. Antal skadade barn var 18, varav 2 i 18-månadersgruppen och 16 i 4-årsgruppen. Av dessa satt 1 barn i knät på en vuxen person, 2 barn låg i barnvagnsinsats, 1 barn satt i bilbarnstol medan 14 barn satt själv utan bälte.

Diskussion

Denna studie visar att det fortfarande och fortlöpande finns anledning att sjukvårdshuvudmannen bedriver olycksförebyggande arbete för barn i trafiken. Genom barnhälsovården kommer man tidigt i kontakt med föräldrarna och kan på ett naturligt sätt informera om risker i trafikmiljön. Det är väsentligt, inte bara för att skydda de små barnen, utan också för att påverka deras inställning till att skydda sig för olycksrisker. Många föräldrar vet av egen erfarenhet hur svårt det kan vara att motivera barn i tonåren att använda bälte, om det tidigare under deras uppväxt ej ställts sådana krav på dem.

Föräldrarna själva anser också att barnhälsovården kan bidra med information och aktiviteter. Företrädare för barnhälsovården var också mycket positiva till att ta upp trafiksäkerhetsfrågor i sitt arbete.

Små barn använder i hög utsträckning bilbarnstol. Ca 80 procent sitter i bilbarnstol. Av barn i 4-års ålder har emellertid endast ca 1/3 fullgott skydd. Det beror till största delen på att föräldrarna ännu inte vet om att barnen

kan skyddas effektivt med bälteskudde eller bältesstol kombinerat med bilbälte. Genom att informera föräldrarna, bland annat på barnvårdscentraler, bör man kunna öka andelen som använder dessa skyddsmedel betydligt. Det framgår att under perioden september-december 1981 använde 30 procent av barnen bilbälte, medan andelen hade ökat till 40 procent under perioden april-maj 1982. Ökningen beror kanske till viss del på barnhälsovårdens aktiviteter, som kan ha givit spridningseffekt till föräldrar som besökt barnhälsovården under den senaste perioden.

Referenser

1. Kjellström T, Lithman T, Loogna B, Nooren D. Ingen nedgång i trafikskadeincidens vad gäller barn som bilpassagerare. Läkartidningen 1982; 79: 2129-32.
2. Socialdepartementet. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Ohälsa och vårdutnyttjande. Stockholm: Liber förlag, 1981. (SOU 1981:2).
3. Norin H, Saretok E, Jonasson K, Andersson Å, Kjellberg B, Samuelsson S. Child restraints in cars - an approach to safe family transportation. Pennsylvania: Society of Automotive Engineers, 1979. (SAE Technical Paper Series 790320).

Författarpresentation:

Thor Lithman*, Dr Md Sc, epidemiolog vid Malmöhus läns landstings miljömedicinska funktion.

Eva Andersson, 1:e kanslist vid Malmöhus läns landstings miljömedicinska funktion.

*Postadress: Malmöhus läns landsting, Centralförvaltningen, miljömedicinska funktionen, Box 1, 221 00 Lund, tel 046-15 30 00.

Vårdlagsutvecklingen i Malmöhus läns landstingsområde hösten 1984

Enkätundersökning

MOGENS HEY

Vårdlagsdebatten har pågått i fem år. Som ett led i utvärderingen av vårdlagsorganisationen har en enkätundersökning till vårdcentraler med områdesorienterat arbetssätt inom Malmöhus läns landstingsområde (MLL:s område) genomförts hösten 1984.

En enkät till primärvårdsledningen belyser omfattningen i utvecklingen. En personalenkät belyser personalattityder.

Resultatet visar på en utvecklingsprocess med många genomförandesteg. Fullt utvecklade vårdlagsorganisation finns inte hos alla. Personalattityderna är över lag positiva.

Nyckelord: Vårdlag, personalenkät, utvärdering.

Syftet med undersökningen var att beskriva vårdlagsutvecklingen inom Malmöhus läns landstingsområde (MLL) hösten 1984. Genom två enkäter skulle det visas om det fanns vårdlag enligt definitionen på primärvårdens allmänmedicinska vårdlag samt redovisas problemområden och personalattityder till det pågående utvecklingsarbetet.

Bakgrund

Den organisationsmodell för primärvårdens allmänmedicinska vårdlag som i det följande diskuteras, beskrevs i en artikel i SFAM-nytt 1981 (1).

Fem år har gått sedan de första försöken med vårdlag inleddes i bland annat Sjöbo och Höör.

I MLL:s flerårsplan 1983-87 har för primärvårdens utbyggnad angivits att vårdlagsorganisationen ska genomföras och att vårdlag ska ha förstahandsansvar för primärvårdsuppgifterna till en befolkning på 2.500 invånare.

Under hösten 1981 genomfördes i Höörs primärvårdsdistrikt en uppföljningsstudie "Att arbeta i vårdlag". Resultatet föreligger i Eslövsprojektets delrapport 1 (2). Denna studie visade att efter ett drygt års arbete i vårdlag

var vägen till en fullt genomförd vårdlagsorganisation ännu lång.

Under våren 1984 genomfördes en enkät till primärvården i MLL. Distriktsöverläkare vid 27 vårdcentraler besvarade frågor om områdesindelning, förekomst av vårdlag med mera. Av enkätsvaren framgick att det fanns vårdlag i någon form vid 13 av 27 vårdcentraler.

Metod

För att belysa vårdlagsutvecklingen genomfördes under augusti-september 1984 en enkät till de vårdcentraler där man i vår-enkäten angav att vårdlagsorganisation/annan områdesorienterad organisation genomförts. Enkäten avsåg att belysa följande frågeställningar:

- om vårdlag finns enligt definitionen
- motiv för att införa vårdlag
- vårdlagets verksamhetsområden
- samordnings- och samarbetsfrågor
- personalens attityder till arbete i vårdlag

Enkäten bestod av 2 delar.

Del 1 ställd till ledningen och del 2 som vänder sig till enskilda personer inom olika personalgrupper.

Enkät till primärvårdsledningen

Enkäten var ej anonym, besvarades av distriktsöverläkare och/eller primärvårdsföreståndare.

Fråga 1. Motiv för att införa vårdlag

	Mycket viktigt	Mycket viktigt	Varken/ eller	Ganska oviktigt	Oviktigt
Helhetssyn	10	2			
Personal med gemensamt områdesansvar	8,5	2,5	1		
Decentraliserat ansvar	4,5	5	1,5		1
Mindre enheter	5	5	1		1
Kontinuitet	10	2			
Tillgänglighet	7	2	2	1	
Samverkan	8,5	2,5			1
Medicinsk kvalitet	4	2	3	1	2
Förebyggande arbete	4	6	2		

Material

Enkäten utsändes till 15 vårdcentraler. Från en inkom svar för sent för bearbetning. Denna hade enligt egen uppfattning ej infört vårdlagsorganisation. Från en annan meddelades att det endast fanns modifierat vårdlag inom hemsjukvården, varför förutsättningar för deltagande i enkäten ej ansågs föreligga.

Från ytterligare en förelåg synpunkter från ledningen som ej ansåg att vårdlag hade införts men att ledningen gärna avlämnade synpunkter på vårdlagsorganisation som modell. Dessa synpunkter var över lag positiva.

Materialet består av enkätsvar från 12 vårdcentraler där det kan anses att vårdlag finns i någon form.

Kommentar:

Målsättningsdiskussionen kring införande av vårdlagsorganisation har mycket stor betydelse. I olika sammanhang har pekats på att vårdlagsmodellen skulle lösa en lång rad organisatoriska frågor kring primärvårdsprinciperna, den allmänmedicinska specialiteten samt samverkan inom primärvården och med olika samhällsorgan på lokal och regional nivå.

Resultatet visar att samtliga områden ges ganska eller mycket hög prioritet. Det område som har ansetts minst viktigt för att införa vårdlag har varit den medicinska kvaliteten. Två svarande har ansett alla områdena mycket viktiga. Vårdcentraler med längre erfarenhet av vårdlagsarbete bedömer i allmänhet frågorna som viktigare än vårdcentraler med kortare erfarenhet.

Vårdlagets grundstomme, det vi kallar vårdlagets basbemanning, personal-kategorier, funktion som lag, arbetslokaler

Fråga 2-5

På nio platser finns vårdlag med såväl distriktsläkare, distriktssköterska som mottagningsundersköterska (M-usk) och distriktsundersköterska (D-usk). På övriga två platser saknas antingen M-usk eller D-usk.

På fem platser har vårdlaget även egen läkarsekreterare respektive sjukgymnast och på fyra platser arbetsterapeut.

Vårdlaget fungerar som ett helt lag på tio platser.

Vårdlagets medlemmar har gemensam lokal på fyra platser, arbete i intilliggande lokaler, det vill säga i samma hus men med skild distriktsläkare-respektive distriktssköterskemottagning på åtta platser och på fem platser finns helt skilda lokaler för distriktsläkare och distriktssköterskor.

På flera platser finns dock såväl samlokaliserade som skilt lokaliserade vårdlag.

Omfattningen av vårdlagets verksamhetsansvar

Fråga 6. Vårdlagets ansvar för olika verksamhetsområden

Vårdlaget ansvarar för	Ja	Nej	Både/och	Ej svar
- sjukvårdsupplysning	5	3	4	
- akuta fall eget område	8	1	3	
- hemsjukvård	11	1		
- servicehus eget område	6	4	2	
- barnhälsovård	10	1	1	
- skolhälsovård eget område	4	4	4	
- mödrahälsovård eget område	0	10	2	
- hälsoupplýsning	11	1		
- uppsökande verksamhet	10	2		
- egna diabetiker	12			
- egna hypertoniker	12			
- egna reumatiker	11	1		
- egna patienter med alkoholproblem	12			
- egen vårdplaneringsgrupp	9	1	1	1
- rehab-grupp för eget område	4	7	1	

Kommentar:

Flera platser anger att vårdlagens engagemang kan vara olika i glesbygd och i tätort. Vårdlagets ansvar för akutfall avser daglig tid för detta. Hem-sjukvård är den mera krävande sjukvård som kräver dygnet-om-resursinsatser. Vårdlagets ansvar är den långsiktiga planeringen och tillsynen.

Med servicehus avses ålderdomshem. I distrikt där ansvar för servicehus finns har oftast ej alla vårdlag ansvar för servicehusboende.

Barnhälsovård är i allmänhet vårdlagets arbete men i större centralorter samverkas med barnmedicinspecialist.

Skolhälsovården sköts i vissa fall av distriktssköterska/distriktsläkare, i andra fall enbart av distriktsläkare. Mestadels har skolorna egna skolsköterskor.

Mödrahälsovården är en gemensam angelägenhet för hela primärvårdsdistriktet. Distriktsläkares ansvar för mödrahälsovård är utanför vårdlaget. Samverkan med gynekolog-specialist är vanlig.

Hälsoupplýsning och uppsökande verksamhet är enligt kommentar av blygsam omfattning.

Ansvar för egna patienter från utvald diagnosgrupp avser dispensär-mottagning. Vid vårdlagsorienterade vårdcentraler finns sådan vårdform endast i ett fall.

Samarbetsgrupper med andra organ, vårdplaneringsgrupper (VPLG) finns mestadels utvecklat på vårdlagnivå emedan rehab-grupper finns för hela primärvårdsdistriktet.

Vårdlagets deltagande i gemensamma arbetsuppgifter inom primärvårds-distriktet

Fråga 7. Vårdlagets andra- och tredjehandsansvar

På 11 platser sker samordning med tvillinglag. På ingen plats har vårdlaget specialuppgifter för viss sjukdomsgrupp. På tre platser svarar vårdlag för kontakt med konsultverksamhet.

Med kontakt med konsultverksamhet avses att vårdlaget inom sig fördelar kontaktansvaret, distriktsläkaren

Schemaläggning som planerings-instrument för vårdlaget

Fråga 9. Schemaläggning av vårdlagets arbete

Stomschema/översiktsschema med fördelning på verksamhetsformer för en vecka finns för distriktsläkare på 11 platser. Enklare schema finns för distriktssköterska på åtta och för undersköterska på sju platser.

Ansvaret för schemat åligger ledningen på åtta platser, vårdlaget deltar på fem platser och på tre platser sköts schemat av kanslist/expeditionsföreståndare.

Vårdlagets inre arbete

Fråga 10-13.

Vårdlaget har träffar på 10 platser, regelbundet 1 gång/vecka på sju och varannan vecka på två platser.

Vid träffarna diskuteras arbetsfördelningen/delegering, planering, initiativ och utvecklingsarbete på åtta platser, enbart patientfall på två platser. Från två platser föreligger inget svar. Även andra allmänna/strukturella problem i geografiska området diskuteras på sju platser.

På 11 platser anges läkaren som chef.

För vårdlagets informationsflöde svarar till vårdlaget, primärvårdsledningen, avdelningsföreståndaren och från vårdlaget alla i vårdlaget/distriktsläkaren till ledningen.

Vårdlagets inre arbete har medfört större flexibilitet och bättre laganda på samtliga platser.

Beträffande isolering anses riskföreliggande, speciellt gentemot de som ej ingår i vårdlag och gentemot andra vårdlag.

Vårdlagets samverkanspartner

Fråga 14. Vårdlaget samarbetar med följande personalkategorier:

Inom primärvården:

Vid samtliga vårdcentraler finns som fast samarbetspart antingen för vårdlaget själv eller även för annat vårdlag eller för hela distriktet, en distriktsarbetsterapeut, en distrikts-sjukgymnast eller kanslist/läkarsekreterare.

Inom primärkommunen finns fast samarbetspart hos den kommunala hemtjänsten såväl beträffande hemvårdsassistent som arbetslagsledare för hemvårdsbiträde, graden av samverkan är som för parter inom primärvården.

Vid nio vårdcentraler finns fast socialsekreterare och vid sex vårdcentraler fast barnomsorgsassistent.

Vårdlaget och sjukhemmet.

Fråga 15.

Lokalt sjukhem finns i sex primärvårdsdistrikt. I ytterligare tre finns annan långvårdsenhet som fungerar som lokalt sjukhem.

Endast på en plats är sjukhemmet områdesindelad och vårdlaget har fast knytning till områdesorienterad sjukhemsdel.

Nattv



adelen!

När stretching inte hjälper mot nattliga vadkramper är Kinin ACO ett bra komplement i terapin.

Kinin ACO är det enda läkemedlet med indikationen "försöksvis användning vid nattliga vadkramper". Doseringen är 200 — 300 mg till natten.

Läs mer om nattliga vadkramper, stretching och kinin i acotuellt nummer 2/85.

Kinin ACO är ett exempel på ACO's breda sortiment av beprövade läkemedel till genomgående lågt pris.

ACO — det svenska genericsföretaget.



100 mg 100 st: 67:80 kr 250 mg 100 st: 136:30 kr 250 mg 50 st: 73:— kr

ACO Läkemedel AB, Box 3026, 171 03 Solna. Tel. 08-73002 20

Sammanfattning av världslags-utveckling i 12 primärvårdsdistrikt.

Jämförelser med utvecklingen i de 12 primärvårdsdistrikten visar att vårdlagsorganisation i stort genomförts på sex platser. Att organisation i det närmaste genomförts på tre, och att en utveckling är på gång på tre.

Enkät till personalen

Vid 12 vårdcentraler har 150 personer besvarat enkäten. Svarande från enskilda vårdcentraler mellan 5 och 25 svar, medelvärde 12,5.

Fråga 1: Vilken yrkeskategori tillhör Du?

Distriktsläkare	27
Distriktsköterska	37
Undersköterska	40
Mottagningsköterska	5
Mottagningsbiträde	2
Läkarsekreterare	21
Sjukgymnast	8
Arbetsterapeut	6
Övriga*)	4
Summa	150

*)Labass, städerska, distr barnmorska

Fråga 2: Hur länge har Du varit anställd vid vårdcentralen?

Kortaste anställningstid, 0,04 år.
Längsta anställningstid 27 år. Medel 5 år.

Fråga 3: Arbetar Du i något vårdlag?
102 av 150 anger vårdlagstillhörighet.

Fråga 4: Trivs Du på Din arbetsplats?

Mycket bra	96
Ganska bra	41
Varken bra eller dåligt	8
Ganska dåligt	3
Mycket dåligt	1
Summa svar	149

Vid 11 vårdcentraler övertygande dominans av alternativen mycket bra, ganska bra. Vid en vårdcentral finns en spridning kring ett medel på "varken bra eller dåligt".

Fråga 5: Vad anser Du om att arbeta i vårdlag jämfört med tidigare arbetsätt?

Det är	
mycket bättre	54
något bättre	26
likvärdigt	20
något sämre	1
mycket sämre	1
Summa svar	104

Fråga 6: Har vårdlagsarbetet inneburit förändringar?

- för Ditt eget arbetssätt

Ja 81, nej 31, ej svar 38.
Motivering lämnades av 92.

- i kontakten med arbetskamraterna

Ja 74, nej 35, ej svar 41.
Motivering lämnades av 77

- för patienterna

Ja 92, nej 18, ej svar 40.
Motivering lämnades av 88.

Fråga 7a: Vad avser Du vara mest positivt med vårdlagsarbetet?

Synpunkter lämnades av 117

Fråga 7b: Vad anser Du vara mest negativt med vårdlagsarbeten?

Synpunkter lämnades av 89

Synpunkter/motiveringar ger en mångskiftande bild av personalattityderna. Många anknyter till att primärvårdsprinciperna anses bättre uppfyllda men även till det positiva med arbete i grupp. De mera frekventa öppna kontakter som arbetet medfört dels inom, dels utom vårdlaget är mycket positiva. Den bättre kännedomen om vårdlagsområdesbefolkningen betonas.

Som negativt nämnes ökade mötesaktiviteter, risken för isolering gentemot andra vårdlag och risken att arbetet blir enahanda och att man inte får möjligheter att förnya sig.

Distriktsköterskor framhåller som negativt risken att få för mycket av mottagningsköterskans uppgifter och för lite tid för hembesök. En del synpunkter är av mer personlig art och knutna till svarandens egen arbetssituation.

Resultatet av enkäten har sammanställts i en rapport på ett 40-tal sidor som av intresserade kan rekvireras från författaren.

Diskussion

Idéerna bakom den strukturförändring inom primärvården som vårdlagsmodellen ger uttryck för har mottagits positivt från personer engagerade i primärvårdens utvecklingsfrågor. De grundläggande tankarna om områdesindelning och avgränsning av primärvårdens åtagande gentemot andra områden omfattas av de flesta. I samband med förändrings- och genomförandearbete konfronteras idéerna med den praktiska verklighet som är primärvårdens. Dagens primärvård präglas av vårdcentraler som fått växa utan kraftfull ledning och klar målsättning.

Vårdcentralerna har samtidigt utvecklats under ett decennium där demokratifrågor och medinflytande, spelat en stor roll. Idéer om kollektivt ledarskap med mera har varit förhärskande. Bristfälliga administrativa resurser, såväl kvalitativa som kvantitativa, har satt sin prägel. Den vårdcentralmodell som man i olika sammanhang beskriver som den traditionella, i motsats till vårdlagsvårdcentraler, kan man mot bakgrund av utvecklingen snarare kalla den anarkistiska vårdcentralen.

Stora krav har ställts på utvärdering av den vårdlagsorienterade vårdcentralen, innan organisationen ännu fått fasta former. Krav har ställts på att den inte fått införas innan den vetenskapligt prövats. Andra krav har varit så högt ställda att knappast någon organisation skulle kunna leva upp till dem. Åter andra krav har inte varit specifika

för vårdlagsorganisationen utan kunnat ställas på alla organisationsmodeller.

Den enkätundersökning som redovisas här är ett led i den utvärderingsprocess som måste genomföras. Beskrivning av vårdlagsutvecklingen är ett sätt att utvärdera organisationens kvalitativa innehåll. Personalattityder som även redovisats i annat sammanhang är en annan viktig utvärderingsmodell.

Samlade intryck av enkätundersökningen i MLL är att vårdlagsutvecklingen är positiv, att den kommit för att stanna och att den inte får ses som en tvångströja utan som ett hjälpmedel att ordna upp primärvårdens inre struktur, för att skapa förutsättningar för att en decentraliserad primärvårdsorganisation ska kunna, med kännedom om ekonomiska rammar, personalresurser, befolkningens behov med mera, rätt planera och disponera sitt arbete.

Abstract

PRIMARY HEALTH CARE TEAM DEVELOPMENT IN MALMÖHUS COUNTY COUNCIL AUTUMN 1984. QUESTIONNAIRE SURVEY

The Primary Health care team debate has been going on for 5 years. One of the means of evaluating the nursing team organization is a questionnaire survey undertaken in Autumn 1984 among the Public Health Centres with reception area oriented operation within the Malmöhus County Council District (the MLL District).

A poll among the members of the primary care management illustrates the scope of this development. A personnel poll illustrates the personnel attitudes.

The results point to a development process comprising a large number of implementation steps. There is not a fully developed team organization at all the Public Health Centres. The personnel attitudes are throughout positive.

Litteraturlista:

1. L Svanström, M Hey: Vårdlag - en nödvändighet för genomförande av primärvården. SFAM-nytt 1981:3, 77-80.
2. Eslövsprojektet, delrapport 1:4 "Att arbeta i vårdlag - erfarenheter från Höör primärvårdsdistrikt 1982.
3. Spri: Primärvård - innehåll och utveckling S101, 1978.
4. Spri: Primärvårdens organisation, 147, 1983.
5. Distriktsköterskan och vårdlaget - en enkät och intervjuundersökning. Stencil. Uppsats. Sociolog Inst, Lunds universitet vt 1983.
6. Boström G, Svanström L: Vårdlag i svensk primärvård. Läkartidningen 1984;4: 737-8.
7. Hultberg B, Ingegerd Ottosson, Jan-Anders Westerstad: Tre års erfarenheter av vårdlag i Sjöbo. Läkartidningen 1984;9: 738-40.
8. Hey M: Primärvårdens allmänmedicinska vårdlag. Läkartidningen 1984;9: 731-2.

Författarpresentation:

Mogen Hey, distriktsöverläkare i Eslöv.*

*Postadress: Vårdcentralen Kärråkra, Trollenäsavägen 2, 241 00 Eslöv, tel 0413-631 00.



Bedömning av sena höftledsluxationer hos barn

HÅKAN UNNEGÅRD

I samband med WONCA's internationella allmänläkarkongress i Singapore 1983, fick undertecknad för första gången ta del av en ny metodik för bedömning av höftstatus på småbarn och nyfödda. En allmänläkare från Israel presenterade modellen som han själv hade upptäckt och den hade både ett enkelt utförande och en snabb avläsning av metoden.

Nyckelord: BVC, höftledsluxation, diagnostik.

Hur många gånger har man inte tidigare under BVC försökt provocera fram Ortolanis knäpp? Hur många gånger har man funderat på hur går det till om jag missar en sen höftledsluxation?

Undertecknad började därför snabbt att omsätta metoden i praktiken när jag kom hem från Singapore. Efter cirka ett år fann jag mitt första fall som jag härmed vill presentera.

Barnet är en två månaders flicka (MB 840322) som kommer på en rutinkontroll till BVC. Flickan har tidigare undersökts vid två tillfällen på sjukhusets barnklinik, dels i samband med förlossning dels i samband med hemgång. Intet avvikande noterades då på status. Vid två månaderskontrollen bedömdes höftstatus enligt följande modell: "Distriktsläkarmetoden"/"Romboid".

Barnet läggs på mage. Höftleden utåtrotteras och abduceras, knälederna flekteras och man sätter ihop fotsulorna mot varandra. Man skjuter därefter upp fotsulorna mot gluteerna så att det bildas en romboid. I det aktuella fallet illustreras detta av att man får en överskjutning av höger ben på grund av att den är subluserad (se bild 1). Som synes även en viss anomali när barnet ligger på rygg (se bild 2). Höger ben är ej symmetriskt med vänster.

Flickan remitterades till barnklinik som efter röntgenkontroll remitterade patienten till ortopedklinik för vanlig behandling. Vid 10 månaderskontrollen är patienten helt besvärsfri och bedömes som läkt.

Författarpresentation:
 Håkan Unnegård, distriktsläkare.
 Postadress: Distriktsläkarmottagningen, Box 609,
 824 01 Hudiksvall



Bild 1



Bild 2

PSYKOMATISKA PROBLEM I PRIMÄRVÅRDEN

Psykoterapi och medicinsk behandling vid irriterad kolon och kronisk magsårssjukdom

En behandlingsmodell för primärvården

INGEMAR SJÖDIN · JAN SVEDLUND

Artikeln bygger på erfarenheter av en psykosomatisk behandlingsmodell tillämpad på patienter med irriterad kolon och kronisk magsårssjukdom inom ramen för ett flerårigt samarbetsprojekt mellan psykiatriska kliniken och gastroenterologiska sektionen vid medicinska kliniken II, Sahlgrenska sjukhuset. I en kontrollerad behandlingsstudie omfattande 101 irriterad kolon och 103 ulcus duodeni patienter jämfördes effekten av sedvanlig medicinsk behandling med en kombination av denna och korttidspsykoterapi, varvid de patienter som erhöll den kombinerade behandlingen förbättrades mer än de som fick enbart medicinsk behandling. Resultatet av undersökningen visar att psykoterapi är ett effektivt komplement till medicinsk behandling, som blir mer rationell om såväl psykologiska som biologiska aspekter på etiologi och patogenes beaktas. Den behandlingsmodell som presenteras torde med fördel kunna tillämpas inom primärvården.

Nyckelord: Colon irritable, ulcus duodeni, psykoterapi, psykosomatik, kontrollerad studie.

Några incitament till studien

Båda författarna har under flera år varit verksamma vid en psykiatrisk klinik där konsultationsverksamhet på somatiska avdelningar och öppenvårdsremisser ofta har rört patienter, som aktualiserat psykosomatiska problemställningar. Detta har ställt krav på tvärdisciplinärt tänkande kring enskilda patienter, vilka på så sätt i många fall inbjudit till prövning av psykosociala aspekters giltighet i diagnostik och terapi. Om mera personliga utgångspunkter skall utpekas kan nämnas att hos en av oss väcktes intresset för psykosomatik också tidigt utifrån ett mer filosofiskt och vetenskapsteoretiskt intresse. Detta skedde genom bland annat Carl Lesches "A metas-

cientific study of psychosomatic theories and their application in medicine" (1) och senare även i kontakter med Centrum för tvärvetenskap i Göteborg, som bland annat medförde ett engagemang i en forskarutbildningskurs kallad "Världsbilden". Den andre av oss har vid sidan av sin medicinska utbildning psykologexamen och forskarutbildning vid samhällsvetenskaplig fakultet med intresseinriktning mot behandlingsforskning och psykoterapi. Ett senare gemensamt deltagande i klinikens utbildnings- och seminarieverksamhet har varit ägnad att konsolidera detta intresse.

Som en speciell inspirationskälla kan nämnas "Psykisk hälsa och mänsklig miljö" av Hans Lohmann (2) vars bok utformats till en antologi, som sammanställer och sammanfattar tänkandet kring begreppen hälsa och sjukdom. Där analyseras den så kallade obekväma psykosomatiska helhetsynen närmare. Den är obekvämt i den mening att den av läkaren kräver ett engagemang utanför den hittills oftast dominerande biomedicinska referensramen. Samtidigt uppmärksammas patienten på ett annat sätt än tidigare om sitt ansvar för att bevara hälsan och befordra tillfrisknandet inte bara genom att följa givna ordinationer utan fastmer överväga och genomföra förändringar i livsmiljö och levnadssätt.

Andra inspiratörer har varit David Malan och Michael Balint. David Malan har utifrån sina studier av neuroser (3, 4) pekat på betydelsen av patientens specifika predisposition eller sårbarhet i psykologiskt hänseende som en grund för en förklarande dynamisk hypotes till ett sjukdomstillstånd innefattande den bakomliggande etiologin och psyko-genesen. En väl underbyggd dynamisk hypotes ger möjligheter att särskilja symtomatisk respektive dynamisk eller genuin förbättring vid utvärdering av en behandling. Symtomatisk förbättring kan exempelvis uppnås genom att undvika en typ av påfrestning, som individen är specifikt känslig för medan dynamisk förbättring innebär att individen tillägnat sig en ny kompetens att möta dylika svårigheter utan att för den skull må dåligt. Dessa tankegångar har sin motsvarighet i ett mera

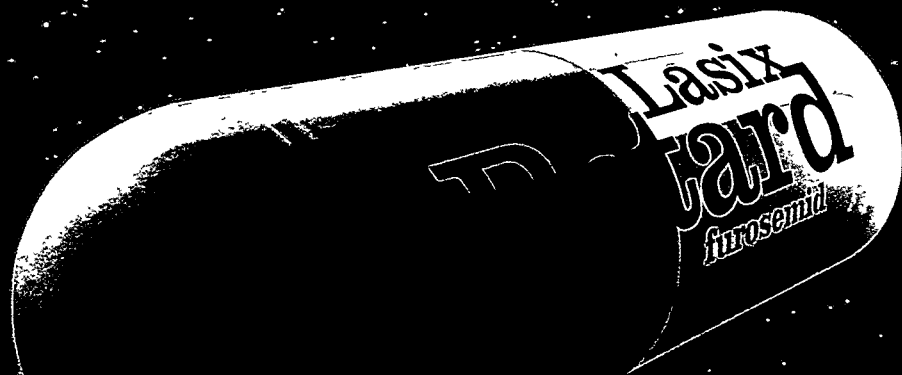
allmänt betraktande av sjukdomars natur och kan även uttryckas i termer av sjukdomskänslighet och motståndskraft exempelvis i förhållande till ett infektiöst agens.

Michael Balint har speciellt fäst uppmärksamhet på läkarrollen och läkarens interaktion med patienten där han fokuserar på betydelsen av doktors person, som ett specifikt verkande medel i behandlingen och också ingående redogör för dess "farmakodynamik" (5). Slutligen och kanske mest avgörande har varit den kliniska verkligheten, där man från gastroenterologihåll sedan länge känt av behovet att hos många patienter med irriterad kolon och magsårssjukdom utvidga behandlingsramen till att omfatta ett mer systematiskt beaktande av psykologiska aspekter.

Det psykosomatiska perspektivet

Psykosomatisk medicin omfattar idag inte längre i första hand studiet av organiska sjukdomar med förespråkad psyko-genesen utan avser framför allt ett förhållningssätt i klinisk och vetenskaplig verksamhet (6, 7), som innebär att all sjuklighet är att se som uttryck för ett adaptivt misslyckande. Detta misslyckande antas ha en multifaktoriell genes, där biologiska, psykiska och sociala determinanter har en växlande betydelse vid olika sjukdomstillstånd, hos olika individer och vid olika tidpunkter i sjukdomsprocessen. Sjukdom blir enligt detta synsätt inte längre något avgränsat fenomen som drabbar en individ, utan resultatet av en process under vilken individen interagerar med sin livsmiljö och där själva interaktionen uppfattas som sjukdomsorsak snarare än enskilda faktorer. Det psykosomatiska synsättet kan med denna innebörd betecknas som holistiskt. Det traditionella begreppet psykosomatisk sjukdom framstår därmed som olyckligt genom sin snäva syftning på en grupp av sjukdomar tillskrivna en enkel psyko-genesen. Begreppet har emellertid fördelen av att vara väletablerat och används i praktisk medicin med syftning på tillstånd med framför allt kroppsliga yttringar, där de psykologiska aspekterna är så väsentliga att de måste tillmätas betydelse för för-

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, indigo-karmin, titandioxid) q. s.


Egenskaper. LASIX RETARD depotkapslar innehåller furosemidtäckta 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 elektrolyttrubning. 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 hypokalceci 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 nefrotokisk 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 plasmaelektrolyter, särskilt kalium, natrium, klorid och bikarbonat utföras.

Vid njurinsufficiens samt vid uttalad vätskeretention rekommenderas LASIX tabletter 40 mg. Se FASS. **Förpackningar.** Depotkapslar 30 mg (grön/gul): 100 st vnr: 058735, 250 st vnr: 058750. Depotkapslar 60 mg (grön/gul): 100 st vnr: 058768, 250 st vnr: 058776.

Hoechst  **1984**
Hoechst farmacevtska verk

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

ståelsen av patogenesen och beaktas i behandlingen. I stort sett har man numera övergivit tidigare förklaringsmodeller med enkla eller linjära orsak-verkan förlopp. Detta får betydelsefulla implikationer för såväl kurativa som preventiva medicinska åtgärder genom att utpeka betydelsen av individspecifika orsakssamband och betona patientens egen medverkan och ansvar för att uppnå behandlingsmålen (8-10). En psykosomatiskt orienterad behandling syftar således ej blott till symtomfrihet utan också till att förbättra patientens adaptiva förmåga.

Psykosomatik och magtarmsjukdom

Att sinnesintryck och känsloupplevelser påverkar vår magtarmkanal och kan vara symtomgivande är något som var och en av oss kan konstatera både utifrån egna erfarenheter och iakttagelser av medmänniskor. Somliga av oss tycks därvidlag vara känsligare än andra. Många kroppsliga medreaktioner till upplevelser med emotionellt laddat innehåll är också välkända och etablerade i vårt språkbruk och relaterade till magtarmfunktioner (11). Sålunda talar vi om att "svälja förtreten, ha is i magen, något är magstarkt, något är så att man vill spy, smälta oförrätten" etc. Att dessa normala så kallade psykofysiologiska reaktioner lätt accepteras som uttryck för en orsak-verkan-mekanism grundas framför allt på att de båda fenomenen är tidsmässigt nära förbundna och medvetna och härmed också lättobserverade. Uppfattningen att sinnesintryck och känslor dessutom skulle betinga ohälsa och framkalla specifika kroppsliga sjukdomar har visserligen sedan länge varit en av många förspråkade mening och ingår också i många förvetenskapliga föreställningar om sjukdomars uppkomst och natur, men ur vetenskaplig medicinsk synvinkel har en sådan uppfattning varit mer kontroversiell. Detta dels på grund av en länge ensidigt naturvetenskapligt och biologiskt förankrad inställning till studiet av sjukdomar och dels på grund av svårigheter att studera sambandet mellan psykiska fenomen och kroppslig sjukdom. Här har man ofta att göra med omedvetna själsliga processer och interaktioner där tidsförloppen är sådana att direkta iakttagelser försvåras.

Emellertid finns det en lång klinisk tradition att betrakta en grupp magtarmstörningar som funktionella eller emotionsrelaterade och ulcussjukdomen räknas av hävd till den klassiska kärngruppen av psykosomatiska sjukdomar (12, 13). Även irritabel kolon beskrivs ofta som en psykosomatisk sjukdom (14). Det är den vanligaste gastrointestinala sjukdomen och man uppskattar att cirka 15 procent av normalbefolkningen har besvär av irritabel kolontyp. Mer än hälften av de 10 procent av allmänläkarens patienter som söker för magtarmsbesvär och var tredje patient som remitteras till

gastroenterologisk mottagning får diagnosen irritabel kolon. Ulcussjukdomen har däremot på senare år tenderat att minska i prevalens, men fortfarande har den karaktär av folksjukdom med stor betydelse för ekonomi och sjukvårdskonsumtion. Till den kliniska bilden vid irritabel kolon och ulcussjukdom hör, förutom de välkända gastrointestinala symtomen, ett betydande inslag av psykiska besvär såsom anxiösa, depressiva och neuroastheniska symtom, vilket förekommer i större utsträckning här än i normala jämförelsegrupper. Vissa studier visar också att förekomsten av psykiska symtom är större hos dessa patienter än hos patienter som har allvarigare eller svårare magtarmsjukdom, varav man dragit slutsatsen att inslaget av psykiska besvär ej är att se som enbart reaktiva eller sekundära till att vara magtarmsjuk. I stället har i flera sammanhang påvisats neurotiska drag (15, 16) hos dessa patienter, i synnerhet hos dem med irritable kolon. I många fall kan man påvisa psykosociala problem med betydelse för debut och förlopp hos såväl irritabel kolon som magsårspatienter. Att så inte är fallet hos alla pekar på betydelsen av att individualisera handläggningen samt på förhållandet att både irritabel kolon och ulcussjukdomen utgör heterogena grupper, där ett växlande mönster av utlösande och vidmakthållande faktorer kan leda till manifest sjuklighet.

Trots dessa iakttagelser så gäller generellt att den växande kunskap, som finns inom det psykosomatiska området haft föga inflytande på behandlingsrutinerna, som i huvudsak bygger på ett biomedicinskt synsätt och där behandlingen uteslutande är symptomatisk och grundad på farmakologiska principer och vid ulcus även på kirurgisk intervention. När det gäller irritabel kolon har den farmakologiska behandlingen varit mindre framgångsrik. Vid ulcus har man lyckats bättre vad avser sjukdomens mer akuta särfas, men fortfarande kvarstår en betydande recidiv- och kroniciteringstendens. Ett år efter en sexveckorsbehandling med cimetidin hade sålunda enligt en svensk studie 84 procent recidiv av sina ulcusbesvär och 69 procent recidiv av såret (17). Problemen vid enbart symptomatisk behandling illustreras också i en studie på ulcuspatienter, som behandlats med höggradigt selektiv vagotomi (HSV) (18). Här fann man att antalet sjukskrivningsdagar året efter operationsåret jämfört med situationen under det år som föregick operationsåret ej hade förändrats utan endast sjukskrivningsdiagnoserna där, man i stället för ulcus-gastrit blev sjukskriven på grund av ryggbesvär, infektioner och inte minst psykiska besvär. Den symptomatiska behandlingen hade således givit upphov till vad man brukar kalla symptomförskjutning. Effekten av psykoterapi vid somatisk sjukdom har hittills studerats i ringa om-

fattning och det finns få kontrollerade studier på området (19).

Behandlingsstudien

Det är mot denna bakgrund som vi fann det motiverat att försöka dra de terapeutiska konsekvenserna av ett psykosomatiskt synsätt och närmare undersöka betydelsen av att i behandlingen av irritabel kolon och ulcus duodeni mera ingående beakta psykologiska aspekter.

Målsättningen var att i en kontrollerad behandlingsstudie jämföra effekten av medicinsk rutinbehandling med en kombination av medicinsk behandling och psykoterapi. Till studien rekryterades 101 patienter med irritabel kolon och 103 med ulcus duodeni. Patienterna fördelades slumpmässigt till två behandlingsgrupper. Kontrollgruppen fick enbart medicinsk behandling medan psykoterapigruppen erhöll samma medicinska behandling och dessutom dynamiskt inriktad korttidspsykoterapi. Utvärderingen baserade sig på obereonde läkarskattningar och självskattningar utförda vid tre tillfällen: Första gången var när patienten gick in i studien, andra gången efter ungefär tre månader då psykoterapin var avslutad och tredje gången efter 15 månader, det vill säga efter ett års uppföljning.

Den medicinska behandlingen anpassades efter vad som bedömdes vara rutinsjukvård och sköttes helt av gastroenterologer, som inte hade tillgång till uppgifter om patienternas grupptillhörighet i studien. Patienterna i psykoterapigruppen erbjöds utöver medicinsk behandling dynamiskt orienterad korttidspsykoterapi en timme per vecka under en tremånadersperiod, totalt tio behandlingstimmar. Denna form av tidsbegränsad korttidspsykoterapi var individuellt utformad och i första hand inspirerad av Malan (20, 21).

Resultatet visade att de patienter som fått psykoterapi i tillägg till medicinsk behandling förbättrades signifikant mer än de som fått enbart medicinsk behandling i flera avseenden, såsom somatiska kardinalsymtom, individuellt formulerade behandlingsmål (target complaints), förmåga att handskas med problem i tillvaron (coping ability) och självförtroende. Vid irritabel kolon var behandlingseffekten större redan efter tre månader vad avser somatiska symtom och ännu mer framträdande efter ytterligare ett år. Patienterna som fått psykoterapi fortsatte således att förbättras efter avslutad behandling, medan de patienter som fått enbart medicinsk behandling uppvisade en mer kortvarig förbättring. Vid ulcus duodeni framkom endast smärre skillnader mellan behandlingsmetoderna i detta avseende efter tre månader, vilket kan bero på att den medicinska behandlingen är mer effektiv vid ulcus duodeni än vid irritabel kolon. Vid uppföljningen efter 15 månader framstod emellertid psykote-

rapigruppen som mest förbättrad även vid ulcus duodeni. Studiens upplägning gjorde det ej möjligt att endoskoperera patienterna i sådan omfattning att sårrecidiv kunde utnyttjas som effekt-kriterium. Emellertid har man redan övertygande visat att den medicinska behandlingen i form av kombinationen antacida och antikolinergika eller H2-receptorblockerare både påskyndar sår-läkningen och effektivt lindrar ulcus- eller syrelaterade symtom i sjukdomens mera akuta faser. Förväntningarna på psykoterapi rör emellertid framför allt mera långsiktiga effekter, som kan förknippas med bland annat förbättrad förmåga att möta livets påfrestningar och att uppnå förbättrad anpassning i tillvaron. Troligtvis är detta också förklaringen till ett av våra huvudresultat, nämligen att den grupp som erhöll psykoterapi behöll den vid tre månader uppnådda förbättringen eller förbättrade ytterligare under uppföljningsåret, medan den enbart medicinskt behandlade gruppen försämrades. Detta förlopp kunde ej förväntas med tanke på att både irritabel kolon och ulcussjukdomen uppvisar en betydande recidiv- och kroniseringstendens. Detta utfall talar också för att psykoterapi haft en specifik effekt utöver tänkbara placeboeffekter.

För en mer utförlig resultatredovisning och metodbeskrivning hänvisas till Sjödin (22) och Svedlund (23).

Erfarenheter från psykoterapi

Eftersom urvalet av patienter, som erhöll psykoterapi, bestämdes helt av undersökningens upplägning och ej tog hänsyn till lämpligheten för psykoterapi kom terapitillgängligheten att variera avsevärt och ambitionsnivån fick flexibelt anpassas till patienternas förutsättningar. Behandlingssamtalens inriktning kom därför att variera alltifrån att vara rent stödjande och pedagogiskt förklarande till en insiktsfrämjande karaktär, som tillät bearbetning av djupare problem. Den övergripande målsättningen var att stärka och utveckla patientens egna resurser i syfte att uppnå en ökad förmåga att handskas med aktuella svårigheter eller återkommande problem i livssituationen. Behandlingen syftade således inte till någon mer genomgripande personlighetsförändring, utan till att ge ökad kompetens inom ett visserligen begränsat men samtidigt centralt problemområde, samt att ge impulser till att arbeta vidare med problemen på egen hand.

Inledningsvis klargjordes ömsesidiga förväntningar och förutsättningar av betydelse för det fortsatta behandlingssamarbetet, varvid stor vikt lades vid att betona behandlingsramens tidsbegränsning. Terapeutens uppgift var att redan från början försöka skapa en trygg atmosfär och visa intresse för aktuella besvär och problem, så att patienten kunde känna sig fri och öppet tala om dessa. Terapeutens hållning in-

nebar som regel ett aktivt deltagande i samtalen för att ge struktur och fokusera på relevant material där förhållningssättet naturligtvis också fick anpassas efter patientens ångesttolerans och uppfattning om sin sjukdom. En uppfattning som i många fall efter hand kunde förändras från en övertygelse om ett huvudsakligen kroppsligt ursprung till besvären till att se dem i ett vidare sammanhang.

En viktig förutsättning för ett mer framgångsrikt arbete med dessa patienter visade sig vara att det traditionella psykodynamiska förhållningssättet, särskilt i inledningen, modifierades jämfört med insiktsfrämjande psykoterapi av patienter med psykoneurotiska besvär (24-26). I många fall innebar detta att terapeuten i inledningsfasen huvudsakligen fungerade utifrån sin läkarroll och lade vikt vid att på ett inträngande sätt tillsammans med patienten detaljerat kartlägga patientens sjuk- och livshistoria. Detta innebar att symtomen uppmärksammades, samt den betydelse de haft för patienten och hans närmaste omgivning i olika livssammanhang. Här hände det ofta att terapeuten fick bemöta exempelvis farhågor för symtomen som uttryck för eventuell bakomliggande elakartad sjukdom. Så småningom kunde denna fas av terapi glida över i en fas som kännetecknades av att terapeuten kom att fungera mer som lärare. Genom en pedagogiskt förklarande attityd kunde man då många gånger bryta en ond cirkel, där de somatiska symtomen gav upphov till sekundär ångest som i sin tur förstärkte de kroppsliga besvären. Patienterna uppmuntrades att igenkänna och finna ord för att beskriva känslor förknippade med svårigheter i livssituationen. Genom att patienten fick hjälp att verbalisera sin oro upplevdes problemen som mer konkreta och härigenom mer hanterbara. Då patienten upptäckte samband mellan sina kroppsliga symtom och olika psykosociala påfrestningar kunde man ofta uppnå en förståelse som gjorde symtomen mindre skrämmande. Denna förändrade inställning kunde i sin tur innebära att patienten lättare accepterade sin sjukdom och härigenom uppnådde en ökad tolerans för symtomen. I vissa fall nådde man ännu längre genom att patienten upplevde sig kunna påverka symtomen genom att förändra sitt sätt att handskas med de symtomutlösande stressfaktorerna, varvid självförtroendet och tilltron till den egna förmågan att bemästra framtida svårigheter stärktes.

Den här fasen av behandlingen kunde också inrymma andra element än lärare-elevrelationen mellan terapeut och patient genom att det i flera fall utvecklades en relation som mer hade karaktär av kamratrelation, eller en relation där patienten såg sig själv som en jämbördig medarbetare till terapeuten. Detta var särskilt tydligt bland magsårspatienterna, vilket kan vara

uttryck för den beroendeavvisande hållning som har tillskrivits ulcuspersonligheten. Av vikt här för det fortsatta terapeutiska arbetet var att terapeuten hade en accepterande inställning till den här samarbetsformen, som senare under terapi kunde fokuseras varigenom relationsaspekten kom att utnyttjas terapeutiskt.

Gradvis fick man således en övergång från symtominriktad till probleminriktad behandling. Terapeutens uppgift blev då att avgränsa ett tema eller fokus för de fortsatta samtalen, som syftade till genomarbetning och modifiering av patientens försök att handskas med sina svårigheter. Behandlingens tidsbegränsning kom här att få stor betydelse och ställde krav på såväl terapeut som patient att uppnå rimliga mål inom den fastlagda ramen. Genom att tillsammans med patienten granska för- och nackdelar med olika sätt att möta problemen kunde man ofta uppnå en upplevelse av ökad valfrihet. Patienten stimulerades till att pröva sig fram till nya sätt att angripa problemen i stället för att lita till invanda lösningar.

I avslutningsfasen kunde ibland framkomma svårbemästrade känslor, sammanhängande med den förestående separationen, som aktualiserade tidigare förluster och relationsproblem i den aktuella livssituationen. I de fall terapeuten bedömde att en viss bearbetning av separationsproblematiken var möjlig med hänsyn till patientens förutsättningar och det tema man valt för samtalen fokuserades själva separationen och de känslor som var förknippade med att en relation tar slut. I de fall separationsproblematiken bedömdes vara antingen av mindre central betydelse eller ångestskapande i sådan utsträckning att någon tillfredsställande bearbetning av dessa känslor inte kunde ske inom den tid som stod till buds, erbjöds patienten att spara ett eller två samtal för framtida behov. Därmed ändrade avslutningsfasen karaktär och blev mer stödjande. Terapeutens uppgift blev då att avslutningsvis knyta an till det tema man haft för samtalen, betona välfungerande sidor hos patienten samt förmedla optimism och impulser beträffande patientens möjligheter att själv klara upp sina svårigheter i fortsättningen.

Följande exempel kan illustrera det psykoterapeutiska arbetssättet:

1. Fallbeskrivning - irritabel kolon
2. Fallbeskrivning - ulcus

Slutsats

Resultatet av vår studie visar att ett psykosomatiskt arbetssätt, som innebär att psykologiska faktorer beaktas i behandlingen vid sidan av medicinska åtgärder, ger ett förbättrat behandlingsresultat. Detta innebär även att psykoterapi och medicinsk behandling med fördel kan kombineras och uppfattas som komplementära behandlingsmetoder. Fördelen med ett psykosomatiskt arbetssätt ligger framför allt

i att man inte enbart uppnår en symtomatisk förbättring utan även en dynamisk förbättring, det vill säga en förbättrad förmåga att möta livets påfrestningar och därmed en förbättrad anpassning i tillvaron. Visserligen kräver en psykoteraeutisk insats att patienten erhåller mer läkartid under en inledande behandlingsfas, men kan man härigenom påverka prognosen gynnsamt kan det mycket väl jämnas ut sig i det långa loppet och resultera i en minskad sjukvårdskonsumtion. Patienternas tillgänglighet för psykoteraeut varierade avsevärt, vilket understryker vikten av att individualisera behandlingen och beakta den inledande fasen, under vilken psykoteraeut främst fungerar som läkare. I vissa fall kan man redan efter några få samtal uppnå en övergång från symptomtill problemorientering, varefter insiktsteraeut kan bedrivas efter samma principer som vid neurotiska tillstånd. I andra fall krävs en lång förberedelse för insiktsteraeut och man når då aldrig längre än till en stödjande och pedagogiskt förklarande behandling med den uppläggning vi har haft. Ett flexibelt psykosomatiskt arbetssätt innebär dock att man kan uppnå betydelsefulla effekter för majoriteten av dessa patienter inom ramen för en medicinsk behandling som innefattar korttidspsykoteraeut. Den behandlingsmodell som här presenterats är säkerligen tillämplig även på andra patientkategorier med psykosomatiska besvär. Psykoteraeut blir härigenom i hög grad en angelägenhet för allmänläkare, då dessa patienter vanligen handläggs i primärvården. Därmed krävs en ökad satsning på utbildning och handledning i psykoteraeut, vilket med fördel kan organiseras genom bildandet av så kallade Balintgrupper (27-29), som redan nu finns etablerade på ett växande antal platser i landet.

Litteratur:

1. Lesche C. A metascientific study of psychosomatic theories and their application in medicine. Copenhagen: Munksgaard, 1962.
2. Lohmann H. Psykisk hälsa och mänsklig miljö. Stockholm: AB Allmänna förlaget, 1972 (Socialstyrelsen redovisar 30).
3. Malan DH, Bacal HA, Heath ES, Balfour FH. A study of psychodynamic changes in untreated neurotic patients: I. Improvements that are questionable on dynamic criteria. *Br J Psychiatry* 1968;114: 525-51.
4. Malan DH, Heath ES, Bacal HA, Balfour FH. Psychodynamic changes in untreated neurotic patients: II. Apparently genuine improvements. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32: 110-26.
5. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Stockholm: Natur och kultur, 1972.
6. Lipowski ZJ. Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *Am J Psychiatry* 1077;134: 233-44.
7. Lipowski ZJ. What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosom Med* 1984;46: 153-71.

8. Kimball CP. Changing concepts in psychosomatic theory. *Psychother Psychosom* 1979;31: 1-8.
9. Engel GL. The need for a medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196: 129-36.
10. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137: 535-44.
11. Glaser JP, Engel GL. Psychodynamics, psychophysiology and gastrointestinal symptomatology. *Clin Gastroenterol* 1977;6: 507-31.
12. Wolf S. Peptic ulcer. Psychosomatic illness review: No. 3 in a series *Psychosomatics* 1982; 23:1101-05.
13. Wolf S. The psyche and the stomach: A historical vignette. *Gastroenterology* 1981;80: 605-14.
14. Latimer PR. Irritable bowel syndrome. Psychosomatic illness review: No. 7 in a series. *Psychosomatics* 1983;24: 205-18.
15. Palmer RL, Stonehill E, Crisp AH, Waller SL, Misiewicz JJ. Psychological characteristics of patients with the irritable bowel syndrome. *Postgrad Med J* 1974;50: 416-19.
16. McIntosh JH, Nasiry RW, Frydman M, Waller SL, Piper DW. The personality pattern of patients with chronic peptic ulcer. A casecontrol study. *Scand J Gastroenterol* 1983; 18:945-950.
17. Ström R, Gotthard R, Bodemar G, Wallan A. Antacid/Anticholinergic, Cimetidine, and placebo in treatment of active peptic ulcers. *Scand J Gastroenterol* 1981;16: 593-602.
18. Graffner H, Gülich T, Oscarson J. The effect of highly selective vagotomy on sick-listing in peptic ulcer patients. *Scand J Gastroenterol* 1983;18: 439-441.
19. Conte HR, Karasu TB. Psychotherapy for medically ill patients: Review and critique of controlled studies. *Psychosomatics* 1981;22: 285-315.
20. Malan DH. The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice. New York: Plenum medical book company, 1976.
21. Malan DH. Psykoteraeut och psykodynamisk vetenskap. Stockholm: Natur och kultur, 1981.
22. Sjödin I. Psychotherapy in peptic ulcer disease: A controlled outcome study. *Acta Psychiatr Scand* 1983; Suppl 307.
23. Svedlund J. Psychotherapy in irritable bowel syndrome. A controlled outcome study. *Acta Psychiatr Scand* 1983; Suppl 306.
24. Wolff HH. Psychotherapy: Its place in the medical management. *Psychother Psychosom* 1973;22: 243-49.
25. Karasu TB. Psychotherapy of the psychosomatic patient. *Am J Psychother* 1979;33: 354-64.
26. Kellner R. Psychotherapeutic strategies in the treatment of psychophysiological disorders. *Psychother Psychosom* 1979;32: 91-100.
27. Sjöström H. Balint-gruppens målsättning och syfte. *Journalen från Kabi Vitrum*. 1981;1: 21-24.
28. Sjöström H. Ett års erfarenhet av arbete i Balint-grupp. *Journalen från Kabi Vitrum* 1984;3: 14-17.
29. Mattsson B. Balintverksamhet i Sverige. *Observanda Medica Ferrosan* 1984;11: 71-73.

Fallbeskrivning (irritabel kolon)

25-årig kvinna arbetande som sekreterare efter genomgången grundskola med goda betyg. Sammanboende sedan två år. Inga barn. Tidigare varit såväl somatiskt som psykiskt frisk. Hade en ringa alkoholkonsumtion och var icke rökare. De aktuella bukbesvären hade debuterat tre år tidigare efter hemkomsten från en resa till Marocko. Blev då undersökt på medicinska kliniken och även på infektionskliniken då man misstänkte salmonella. Sedan dess hade hon haft så gott som ständiga besvär med undantag för kortare besvärsfria perioder. Under hela sista året hade besvären varit kontinuerliga och tidvis så svåra att hon känt sig arbetsoförmögen. Beskrev molvärk under större delen av dagen och anfallsvis insättande knipsmärter någon gång per vecka. Vidare besvärades hon av omväxlande hård och lös avföring samt uppkördhetskänsla och illamående. När det gällde psykiska symptom angav hon ökad uttrötthet och sömnsvårigheter som hon menade var sekundära till magbesvären samt mörkerrädsla sedan barndomen som medförde att hon fortfarande i vuxen ålder sov med tänd lampa. Tidigare behandling som inneburit att hon ställts på bulkmedel och fått dietföreskrifter samt råd att motionera i ökad utsträckning ansåg hon möjligen hade lindrat för stunden, men i övrigt inte medfört någon förbättring.

Efter den inledande skattningsintervjun "slumpades hon" till terapigruppen och erbjöds därmed återbesök hos den av oss som skulle komma att bli hennes terapeut. Första samtalet med terapeuten ägnades inledningsvis åt att klara ut ömsesidiga förväntningar. Utöver deltagande i undersökningen erbjöds nu patienten att komma för ytterligare samtal. Detta innebar att man redan från början uppmärksammade patienten på att samtalen var tidsbegränsade och att man hade en timme till förfogande varje vecka under högst 10 gånger sammanlagt. Vidare uppmanades hon att berätta om sig själv och sin uppfattning om besvärens natur. I det här fallet ansåg patienten att det måste finnas en kroppslig orsak, något fysiskt fel på tarmen och avvísade tanken på att psykologiska faktorer kunde inverka. Vid genomgång av sjukhistorien berättade hon emellertid att besvären debuterade två timmar efter hemkomsten från sin utlandsresa och att hon rest dit tillsammans med sin pojkvän mot föräldrarnas och speciellt moderns gillande. Mindes att hon var mycket spänd vid hemkomsten inför moderns reaktion och att man blev direkta ovänner efter resan. Kontakten med modern hade sedan dess varit mycket dålig och inskränkte sig numera till telefonsamtal några gånger i månaden.

Nästa samtal kom nästan omedelbart att fokuseras på familjerelationerna. Patienten berättade att förhållan-

det till modern började försämrans redan när hon var i 15-årsåldern och började gå ut med kamrater. Hemsituationen blev efter hand mycket ansträngd och patienten hade det "så kämpigt" hemma att hon funderade på att flytta hemifrån vid 17 års ålder. Mindes att modern starkt kritiserade henne på ett kränkande sätt och bland annat kallat henne för hora vid upprepade tillfällen. Under samtalet om dessa händelser blev patienten känslomässigt påverkad och började gråta. Här föll det sig naturligt att välja ut relationen till modern som tema för de fortsatta samtalen.

Vid nästföljande samtal framkom att patienten först något år tidigare fått full klarhet i att hennes far inte var hennes biologiske far. Berättade att hon först i efterhand förstätt att den begravning som hon var med om vid 9 års ålder var hennes biologiske fars begravning. Hade för något år sedan fått kontakt med sina farföräldrar och senare kontrollerat uppgifterna från pastorsexpeditionen. Modern hade reagerat mycket negativt på kontakten med farföräldrarna och velat förhindra att hennes yngre syster, som i själva verket var en halvsysster, blev informerad.

De fortsatta samtalen syftade till en genomarbetning av de problem patienten presenterat och försök att modifiera hennes sätt att handskas med svårigheter i kontakten med modern.

Magbesvären hade klingat av redan efter andra samtalet och patienten var nu problemorienterad när det gällde orsaken till besvären. För- och nackdelar med olika förhållningssätt till modern diskuterades och patienten uppmanades att testa sig själv i kontakterna med modern. Patientens beskrev sin mor som mycket sträng och auktoritär med förmåga att framkalla skuld-känslor hos henne. Upplevde en stark rädsla för konfrontation med modern, vilket hon förklarade med att hon var rädd för att något skulle hända modern, något som hon inte närmare kunde definiera. Denna rädsla, som sannolikt bottnade i en aggressionsproblematik, hindrade henne från att arbeta vidare med problemen och hon valde i stället att acceptera situationen. Ur personlighetssynpunkt kan man således peka på en läggning som utmärktes av självosäkerhet, höga krav på sig själv, lättväckta skuld-känslor och svårigheter att hantera aggressiva impulser.

Arbets sättet var i det här fallet att tillsammans med patienten granska betydelsen av psykologiska problem och stödja hennes försök att själv komma tillrätta med svårigheterna. Terapeuten fokuserade på medvetna problem och avstod från att tolka omedvetna konflikter. I arbets sättet ingick också att betona patientens delaktighet och ansvar för behandlingen och ge impulser till att arbeta vidare med problemen på egen hand.

Vid uppföljningen ett år senare var

patienten fortfarande i det närmaste besvärsfri. Hade inte heller haft några besvär under det gångna året. Ansåg att samtalen hade haft en avgörande betydelse för hennes förbättring. Beträktade alltfört relationsstörningen till modern som orsak till magbesvären. Uppfattade förhållandet till modern som i stort sett oförändrat, men tyckte att det skett en väsentlig förändring tack vare att hon upplevde problemet annorlunda. Tyckte att hon kände sig friare i kontakten och hade fått en ökad självständighet i förhållande till modern och kände sig inte längre påverkad av relationen i samma utsträckning.

Fallbeskrivning (ilcus duodeni)

Intryck från intagningsintervjun

35-årig man vars fader haft spritproblem, tbc och var magsårsopererad och modern hade som föräldralös vuxit upp på barnhem och hade haft flera "nervkollaps". Patientens såg sig själv som familjens svarta får, en äldre syster och en yngre bror hade lyckats bättre i livet, tyckte han. Självs hade han genomgått 8-årig folkskola och haft en hel del problem under sin skolgång med kamratkontakter, gått om första klassen och avbrutit en yrkesutbildning. Redan under barnåren hade han haft besvär med magvärk, vilket föranledde modern att söka läkare för honom vid flera tillfällen. Han ansåg att kontakten med fadern för det mesta hade varit god medan kontakten med modern sällan hade varit det. Patientens gifte sig i 23-årsåldern då hustrun väntade barn och de fick de närmaste åren ytterligare två barn. Problemen i äktenskapet debuterade redan i samband med att de fick sitt första barn och patientens fick också sitt första magsår samma år. Hade sedan under hela 1970-talet recidiverande magsår av typen ulcus duodeni och var sjuk-skriven i stort sett återkommande vår och höst. Befann sig nu i hemsjukvårdssituationen sedan sex månader tillbaka. Hade arbetat i ett tiotal år som chaufför, vilket han inte trivdes särskilt väl med då han egentligen var utbildad till bilplåtslagare. Bland problemen i arbetet nämnde han känslan av att han blev sedd över axeln och ofta kom i konflikt med arbetsledare. Ville gärna byta arbete men kände sig osäker på vad han egentligen skulle klara av. Ansåg vidare att han rökte för mycket, drack för mycket kaffe och bekymrade sig över dålig ekonomi. Stod nu vid en punkt i livet där han måste få en förändring till stånd, men där han inte kunde se hur han skulle angripa saker och ting och där han tidvis kände sig överväldigad av alla problem som omgav honom. På en direkt fråga om vad patientens skulle vilja ha hjälp med under en kommande behandling angav han den sugande värken i magen som gjorde att han tappade humör och tålmod, vidare ett dåligt självförtroende som hämmade honom i olika sociala

sammanhang och dessutom en önskan att komma till klarhet om sina förutsättningar att klara av arbete och utbildning. Patientens hade dagligen ganska svåra epigastralgier med maximum på kvällen, därutöver så gott som ständiga besvär med en sugande känsla i magen, lös avföring och intolerans mot en hel del födoämnen.

Intryck från tio samtal

Patientens kom till första samtalet efter att veckan före ha meddelat förhinder för ett då planerat besök. Hade då uttryckt en ambivalens inför sitt deltagande i undersökningen och sade att han borde klara upp situationen på egen hand och inte behövde någon ytterligare hjälp. Under det första samtalet fick patientens stora möjligheter att själv styra samtalet. Detta kom ganska snart in på patientens skilsmässosituation och han deklarerade då att han tidigare varit blockerad i många avseenden men nu börjat få klarhet i mycket, bland annat barndomens betydelse. Terapeuten bemötte detta med att fråga om han nu kommit såpass långt med sig själv att han inte längre behövde någon hjälp. Patientens uttryckte då ett fortsatt intresse för att få ytterligare hjälp och hade inga invändningar mot den uppläggning som terapeuten föreslog. Under samtalet visade patientens upp en förmåga att relatera förhållanden i det förflutna till aktuella problem. Berättade att han ursprungligen valt chaufförsyrket för att uppnå en större frihet och självständighet, men att han inte trivdes särskilt bra med detta då han inte blev belönad och uppskattad för sina arbetsinsatser. Tyckte att han arbetat alldeles för mycket och säkerligen försummat sin familj för att klara ekonomin, samtidigt som han känt sig pressad av hustrun att ägna mer tid åt familjen. Det framkom också att patientens hade svårigheter att planera och ordna saker mer långsiktigt och att han levde med mycket efter parollen att allt ordnar sig. Sedan barndomen hade han haft en känsla av att ingen trodde på honom, vilket han förknippade med en episod i småskolan där han blivit felaktigt anklagad för att ha slagit en kamrat. Blev då utsatt för anklagelser i veckor tills han slutligen erkände för att slippa allt tjat. Terapeuten sammanfattade att det tycktes finnas oerhört mycket som patientens var angelägen att tala om samtidigt som han hade svårt att få struktur i det han ville ha sagt. Bemötte också patientens med att framhålla att man under de fortsatta samtalen skulle få tid att systematiskt arbeta med patientens problem och att man inte kunde ta allting på en gång och pekade sålunda här tidigt på patientens föga ändamålsenliga sätt att hantera sina svårigheter. Efter första samtalet ansåg terapeuten att patientens visserligen var ett intressant fall, men uttryckte också vissa tvivel om behandlingsmöjligheterna inom ramen av den korttidsterapi som skulle

kunna erbjudas patienten. Bland svårigheterna uppmärksammades den betydande självständighet som patienten markerade och som föreföll kunna vara uttryck för en rädsla att bli beroende och komma under inflytande av en annan person, något som skulle kunna erbjuda svårigheter i terapin. Samtidigt med detta förelåg dock väldefinierade problem som skulle vara möjliga att avgränsa och kunna bli utgångspunkt för en mer systematisk bearbetning.

Vid andra samtalet framkom patientens betydande svårigheter att planera sin verksamhet och få struktur och överblick i tillvaron, vilket också visade sig vara orsak till återkommande tvister i äktenskapet inte minst när det gällde att planera ekonomin. Impulsivitet i förening med brister i planering parad med stark plikt känsla och envishet medförde att patienten ofta ansträngde sig i sådan grad att han mådde dåligt och hade svårt att flexibelt anpassa sig till växlande krav. Under samtalet framstod det ganska klart, att detta paradoxalt nog också bidragit till att hålla ihop äktenskapet. Patienten hade stått ut med hjälp av sin plikt känsla och föresats att klara av allting. Problemen i äktenskapet började egentligen redan före giftermålet med en oplanerad graviditet. Upplevde sig tidigt bromsad av hustrun och såg henne till slut som ett påhäng. Sexlivet tog ganska snart slut. Envishet och vilja att hålla samman i alla lägen, men på bekostnad av självkänslan, framstod som ett uppenbart dilemma. Vidare framkom att det kunde gå flera år mellan de gånger som han visade ilska, men att han nu på sista tiden börjat kunna visa irritation och missnöje utåt, men att han då förebrådde sig dessa utbrott.

Under det tredje samtalet verkade patienten ytterligare något pressad. Det framkom dock positiva omständigheter, såsom att han i ökande utsträckning börjat kunna resonera med hustrun. Det framkom vidare att en återkommande källa till missnöje från hustruns sida var patientens tendens att ställa upp för allt och alla utanför familjen, styrt av behovet att få andras uppskattning. Sålunda föredrog han till exempel ett svårare jobb framför ett lättare och försökte sig hellre på att laga en "helrostig bil än en halvrostig". Detta hade fört med sig att han hade kommit i en situation, där folk gärna vände sig till honom när det var något extra besvärligt som måste göras, vilket i sin tur medförde att han fått alldeles för stora krav på sig från omgivningen. Under det fortsatta samtalet började han se detta mönster klarare och trodde att det kanske var möjligt för honom att modifiera sitt förhållningssätt och säga nej men ändå vara nöjd med sig själv. Terapeuten sammanfattade, att patienten onekligen hade upptäckt en hel del betydelsefulla saker om sig själv, men att han fortfarande tycktes fungera på ett kaotiskt och oplanerat sätt där saker och ting

bara hände honom. Detta märktes även i samtalssituationen, där patienten hade svårt att konsekvent resonera igenom ett problem och terapeuten utnyttjade systematiskt de i terapitituationen uppträdanden exemplen på patientens sätt att lösa problem och hantera tillvaron.

Vid fjärde samtalet kom patienten i tid efter att vid de tre föregående ha kommit ett tiotal minuter för sent. Terapeuten uppmärksammade detta och patienten berättade då att han på ett tvångsmässigt sätt alltid inriktade sig på att komma precis i rätt tid, vilket hade lett till att han oftast kom för sent. Han nämnde också skämtsamt att han kommit för sent till såväl sitt bröllop som till advokaten i samband med skilsmässodiskussionerna, vilket var möjligt att tolka som uttryck för patientens trotsbehov och tvång att marker sin självständighet. Det fortsatta samtalet ägnades huvudsakligen åt patientens relation till hustrun. Därvid framkom att patienten hade ett närmast tvångsmässigt behov av att diskutera på ett intellektualiserande sätt och att han troligen pratade sönder saker och ting. Hustrun reagerade då med att bli tyst och otillgänglig för samtal. Hustruns tystnad hade uppenbarligen lett till en känsla av hjälplöshet hos patienten som han försökte kompensera med att ytterligare intensifiera sina ansträngningar, vilka på det här sättet ändå blev resultatlösa.

Även vid det femte samtalet kom patienten ett tiotal minuter för sent. Patienten tog denna gång själv upp det föregående samtalet och pekade på att terapeuten försökt styra samtalet i en bestämd riktning, medan han själv egentligen hade haft önsknings om att ta upp andra saker. Hade därför gjort anteckningar inför dagens samtal för att vara säker på att inte missa något. Under det fortsatta samtalet hade patienten en tendens att glida ut i diffusa frågeställningar och funderingar om logiken i tillvaron och det meningsfulla i existensen. Terapeuten kommenterade detta med att framhålla att det var hans intryck att patienten hade många viktiga saker och säga, men betonade samtidigt vikten av att man nu koncentrerade sig på mer avgränsade problemställningar. Pekade på behovet av planering och konsekvens under samtalen, men också att detta måste få en parallellitet i patientens liv. Man enades här om att fortsättningsvis hålla sig till i första hand patientens relationsproblem och framför allt beröra förhållandet till hustrun och föräldrarna. Patienten berättade då att han alltid hyst en stor beundran för sin far och denne beskrevs övervägande i positiva ordalag som en lugn och sansad person som gav stor frihet under uppväxtåren. Samtidigt beskrevs dock fadern som en beklagansvärd person som alltid fått tåga och lida under moderns tyranni. Det som varit negativt hos fadern var dennes oförmåga att hävda sig gentemot

modern. Patienten tyckte att han själv genom sin envishet och viljestyrka mest liknade sin far. Modern beskrevs övervägande negativt som en person som alltid letade fel hos andra, var påträngande i sitt sätt och ville påverka och ändra andra människors beteende. Patienten menade dock att han på något sätt blivit bunden till sin mor, vilket han sammankopplade med hennes sätt att slå ned på andra, vilket han inte hade lyckats hävda sig mot, utan att han i stället blivit lik sin far som tigit och lidit. Sedan föregående samtal hade patienten ånyo sammanträffat med hustrun. Fortfarande hade han stora svårigheter att på ett konstruktivt sätt resonera med henne om väsentliga ting. Det framkom att hustrun ändrat uppfattning i skilsmässöfrågan och nu ville genomdriva skilsmässan definitivt och därmed avstå från att göra ett nytt försök, då hon menat att allt ändå skulle förbli vid det gamla.

Patienten utvecklade under sjätte samtalet temat ytterligare och berörde även relationsaspekterna till andra. Berättade hur han upplevt sig sviken av kamrater under barndomsåren och som vuxen. Detta hade betytt svårigheter för honom att lita på någon och rädsla att utveckla en närmare relation till andra. Hustrun skulle också ha sagt att han aldrig velat vara kompis med henne, vilket han nu associerade till att kompisar kunde man inte lita på. Terapeuten påpekade också att han härvidlag tycktes göra åtskillnad mellan män och kvinnor, vilket han instämde i. Hade tagit intryck av faderns sätt att försvara sig mot modern, men tyckte samtidigt att han börjat se mer kritiskt på sin far. Fadern gled undan inför motstånd, inte bara från modern utan även från myndigheter, vilket gick ut över honom själv. Patienten reflekterade över att han själv gärna gled undan och "lade ut dimridåer". Uppmärksammade nu ytterligare sitt behov av att göra betydelsefulla insatser för andra för att sedan vilja dra sig undan krav och förväntningar, varigenom han blev situationens fånge. Avslutningsvis tog man under detta samtal upp, att det nu återstod fyra samtal, en intervention som terapeuten tog till för att skärpa konturerna för resterande samtal och i syfte att föregripa separationsproblematiken vid avslutningen av terapin.

Under det sjunde samtalet kom man på nytt in på behovet av planering, något som patienten hittills på sin höjd utsträckt till att ha "kontroll över sin verktygslåda". Häri låg säkerligen en rädsla att utmana misslyckandet vid en mer planerad satsning och härmed öka känslan av frustration. Patienten kände nu ett starkt behov av förändring på det här området. Tyckte sig också ha märkt att saker och ting flöt betydligt lättare när han prövat på att planera i förväg.

Det fortsatta samtalet handlade i stor utsträckning om patientens benägenhet att få skuld känslor. Han tycktes

vara medveten om att detta kom från modern, som alltid på olika sätt lyckades få honom att känna sig skuldmedveten. Patientens benägenhet att få skuldkänslor i situationer som egentligen inte alls borde föranleda detta exemplifierades med att han i tidigare intervju hos skattaren berättade att han fick påtagliga skuldkänslor. Intervjun skedde på kvällstid varvid skattaren fick telefonsamtal från sin hustru. Patienten associerade detta till sin egen situation, i vilken han låtit arbetet gå före hemlivet och fick då en känsla av att han kanske kunde bidra till en skilsmässa för skattarens vidkommande. Han sade att denna känsla var så stark hos honom efteråt, att han övervägde att avbryta hela sin medverkan i undersökningen. Utvecklade detta vidare och berättade att han i en större utsträckning uppfattat sin hustru som sin mor och att hustrun hade fått samma inflytande på hans skuldbenägenhet som modern. Berättade att hustrun i likhet med modern haft en tendens att begära saker och ting i stället för att be om dem och att detta hade väckt en våldsam ilska och protestbehov hos honom som han hade haft stora svårigheter att kanalisera. Det framkom vidare, att kontakten med hustrun fortsatte under helgerna och att patienten visade en stark rädsla för att kräva någon form av besked och härigenom äventyra de förhoppningar han alltfört hade på en återförening.

Under det åttonde samtalet tog patienten upp sina magbesvär. Hade upptäckt att magbesvären möjliggjort för honom att säga nej och att begränsa prestationer och ansvar. Visserligen hade överkonsumtion av cigaretter och kaffe tidigare möjliggjort för honom att överskrida dessa gränser, men samtidigt hade onda cirklar uppstått som ökat magbesvären. Hade nu bestämt sig för att sluta med tobak. Berättade vidare att han tagit kontakt med anpassningsgruppen på arbetet, vilket lett fram till förslaget att han skulle sluta som chaufför och i stället ta ett arbete på serviceverkstaden, vilket innebar en positiv möjlighet för honom att komma tillbaka till sitt gamla yrke. Efter ytterligare samtal med hustrun hade han bestämt sig för att medverka till att genomdriva separationen. Var böjd att ge hustrun rätt i att man kanske inte kunde lyckas om man försökte på nytt. Gav i övrigt terapeuten intrycket av att vara friare och kunna ta lättare på saker och ting. Verkade säker på sitt egenvärde och mer benägen att acceptera sig själv utan att för den skulle behöva arbeta "halvt ihjäl sig".

När patienten återkom för det nionde samtalet hade det gått en tid över julhelgen och några veckor sedan föregående samtal. Patienten kände sig på nytt försämrad i magen och hade beställt tid för återbesök på medicinkliniken. Familjen hade firat jul tillsammans, samtidigt som det hade blivit helt klart med skilsmässan, och datum

för den definitiva äktenskapsskillnaden var nu bestämt. Patienten verkade trött, nedstämd, okoncentrerad och hade sömnsvårigheter. Terapeuten uppmärksammade patientens behov av att ensam klara upp svårigheterna och knöt an till att man nu endast hade ett samtal kvar. Erbjuds att spara det sista samtalet. Patienten tog då på nytt upp sitt behov av förändring och bestämde sig för att komma på det avslutande samtalet redan påföljande vecka.

Vid det tionde och sista samtalet kom patienten i tid, vilket han själv påpekade och framhöll att det handlade om en förändring hos honom själv. Var inställd på ytterligare förändringar. Behovet av stora prestationer, utmaningar och tendensen att ta sig an omöjliga uppgifter berördes. Det sista samtalet utvecklade sig mycket till en sammanfattning av vad man hittills gått igenom och betecknande nog önskade patienten på slutet att få terapeuten synpunkter på hur han hade betett sig under samtalen, det vill säga han ville få något sorts betyg på sina insatser. Patienten passade också på att visa sin uppskattning genom att tacka terapeuten för att denne accepterat hans självständighet under de tio samtalen.

Två månader efter det tionde samtalet förekom en telefonkontakt mellan terapeuten och patienten, där det framgick att denne ännu inte hade bestämt sig definitivt i valet av arbete. Önskade ytterligare råd men terapeuten hänvisade då till att lösningen på detta fanns tillgänglig utifrån de kunskaper patienten tillägnat sig under de tidigare samtalen och någon ytterligare kontakt förekom ej.

Intryck från 3-månadersintervjun

Vid utvärderingen efter avslutad psykoterapi var det skattarens intryck att patienten var symtomatiskt förbättrad, han var nu smärtfri och hade endast lättare besvär med sugningar och uppkördhet i magen, men medicinerade fortfarande med Tagamet och Novaluzid. Patienten var punktlig och upplevdes som mindre omständlig och intervjun tog betydligt kortare tid än vid första tillfället. Var avgjort mindre spänd och forcerad än vid första tillfället. Bedömdes i stor utsträckning ha uppnått de tre ursprungligen formulerade behandlingsmålen som handlade om att få hjälp med magvärken, bristerna i självförtroende och att komma till klarhet om sina möjligheter vad det gäller yrke och utbildning.

Intryck från 15-månadersintervjun

Ett år senare när patienten på nytt möter skattaren uppfattas patienten som ytterligare symtomatiskt förbättrad. Berättade att samtalen med terapeuten hade lärt honom att modifiera kraven på sig själv och finna framkomliga kompromissvägar. Uttryckte att han mådde bättre trots att situationen på många sätt i yttre avseenden fortfarande var besvärlig och otillfredsställan-

de. Hade bytt arbete och trivdes bättre på jobbet. Kontakten med före detta hustrun var konstruktiv och de kunde samarbeta om barnen. Patienten nädde kanske fortfarande en liten förhoppning om att det skulle kunna bli någonting dem emellan på nytt, men sade samtidigt att detta inte längre på något sätt var ett livsvillkor för honom. Beskrev också relationsproblemen till föräldrarna och i synnerhet till modern och menade att han här hade blivit friare och att han kunde hävda sig själv på ett annat sätt än tidigare utan att få skuldkänslor. Trodde att han skulle kunna komma att bli ytterligare förbättrad, men att den processen kunde behöva ytterligare tid och att han så småningom skulle kunna bli helt medicin- och besvärsfri. Tyckte att självförtroendet ytterligare förbättrats. Oklarheterna vad det gäller arbete och utbildning var nu undanröjda. Hans tidigare intolerans mot olika födoämnen var normaliserad och han tog Novaluzid endast sporadiskt.

Patienten utvecklade också en del synpunkter på den hjälp han hade fått av terapeuten. Den hjälp han fått tidigare hade mest bestått i "den gamla vanliga medicinen" och så råden att sluta röka och ändra matvanorna. Föreskrifter som han hade haft ganska svårt att följa. Uttryckte sin uppskattning över att terapeuten hade gett sig tid åt honom och att samtalsituationen hade inneburit en trygghet och möjlighet för honom att visa känslor på ett sätt som han tidigare inte hade trott att man hade lov att göra. Patienten nämnde spontant att han numera kunde passa tider betydligt bättre. Tidigare alltid avskytt att "rätta sig efter andras klockor". Sade också spontant att han numera kunde prata med en kvinna utan att känna starka aggressioner. Hade tidigare känt ett djupt hat och bitterhet mot alla av det motsatta könet. Av stor betydelse var också den ingående beskrivning han hade erhållit av psykosomatiska sjukdomar, vilket hade lett till att han kunnat relatera kroppsliga obehag till en mängd omständigheter som han nu själv kunde kontrollera och påverka, vilket givit honom en ökad trygghet.

Författarpresentation:

Ingemar Sjödin, Med dr, avdelningsläkare, Psykiatriska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, 41345 Göteborg.

Jan Svedlund, Med dr, klinisk amanuens, Psykiatriska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, 41345 Göteborg.

Blodtrycksmätare av aneroidmanometertyp – tillförlitliga eller ej?

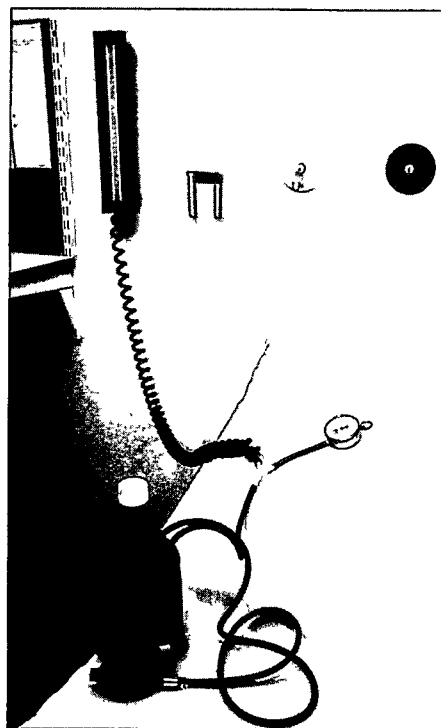
GEORG LARSSON

Allmän enighet torde råda om att kvicksilvermanometrar är att föredra framför aneroidmanometrar vid blodtrycksmätning. Den senare typen har ansetts behäftad med många fel. Enligt den undersökning som här presenteras tycks dock aneroidmanometern vara bättre än sitt rykte.

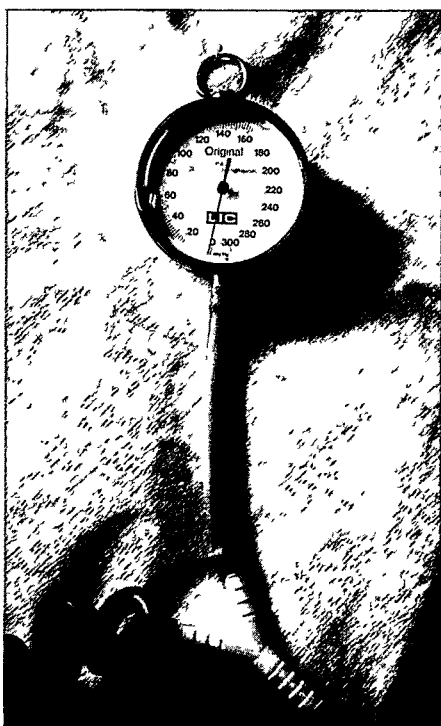
Nyckelord: Hypertoni, mätmetoder, utvärdering.

Blodtrycksmätning är en vanlig och viktig undersökning i all sjukvård, inte minst i primärvården. Enighet torde råda om att kvicksilvermanometern är att föredra framför aneroidmanometern. Emellertid används i praktiken även åtskilliga aneroidmanometrar i vår sjukvård. Det har hävdats att aneroidmanometern är behäftad med många fel. Thulesius (1) skriver i en artikel från 1972 att man vid en undersökning av 100 aneroidmanometrar fann tekniska fel på 35. Thulin (2, 3) pekar också på aneroidmanometerns svagheter.

Vid Vårdcentralen i Forshaga används på mottagningen huvudsakligen kvicksilvermanometrar. Emellertid används aneroidmanometrar vid arbete utanför mottagningen. I Värmlands läns landstings nya metodbok (4) föreslår man att aneroidmanometrar skall kalibreras mot en kvicksilvermanometer via sammankoppling var sjätte månad. Någon dylik kontroll har tidigare aldrig skett vid vårdcentralen. I maj 1984 testades samtliga aneroidmanometrar i "offentlig" användning inom kommunen av avdelningsföreståndare Barbro Källström och undersköterska Inger Mogren gemensamt. Testmetoden framgår av figur 1. Den enda svårigheten med undersökningen var att få fram ett sammankopplingsrör, figur 2. Till slut lyckades dock förrådet vid Centralsjukhuset i Karlstad skaffa ett dylikt grenrör. Av detta kan möjligen slutsatsen dras att denna typ av testning inte är vanlig i våra trakter. Aneroidmanometrarna jämfördes med kvicksilvermanometern vid höga, medelhöga och låga tryck. I förväg hade bestämts att övre gränsen för accepta-



Figur 1. Testning av aneroidmanometer.



Figur 2. Grenrör.

bel differens gentemot kvicksilvermanometern skulle vara fem mm Hg.

Sammanlagt testades 56 aneroidmanometrar. De fördelar sig enligt tabell I.

Tabell I.

	Antal aneroidmanometrar
Förråd läkarmottagning	16
Läkarmottagning × 2	10
Distriktssköterskemottagning × 3	8
Långvård × 2	6
Skolor × 4	5
Distriktsläkare × 4	5
MVC × 2	4
Ålderdomshem	1
Företagshälsövård	1

53 aneroidmanometrar fick betyget klart godkänt. Två (från förråd läkarmottagningen) visade gränsvärdesfel (fyra-fem mm Hg) och återsändes till förrådet vid Centralsjukhuset i Karlstad för eventuell åtgärd. En (från långvårdsavdelning) visade klart för högt mätfel (sex mm Hg) och hade också andra fel, varför den kasserades.

Slutsatsen blir att aneroidmanometrar (åtminstone i Forshaga kommun) tycks vara bättre än sitt rykte. Testmetoden är enkel, inte tidskrävande och kan rekommenderas. Huruvida den ska upprepas så ofta som var sjätte månad kan diskuteras. I situationer där man kan välja mellan olika typer av manometrar är ändå kvicksilvermanometrar att föredra.

Litteraturreferenser:

1. Thulesius O. Några synpunkter på indirekt blodtrycksmätning. *Opuscula medica* 1972; BD 17, Nr 2: 52-61.
2. Thulin T. Lek med blodtryck. *Läkartidningen* 1977; 74: 1614-5.
3. Thulin T. Blodtrycksmätning – teknik och felkällor. *Hälsöinformation* 1979; 5: 13-22.
4. Metodbok – Värmlands läns landsting. 1982; h 5: 1-2.

Författarpresentation:

Georg Larsson* distriktsläkare.

*Postadress: Vårdcentralen, 667 00 Forshaga.

Hög sänka hos patienter i primärvården

DICK KJELLSTRÖM

Vid 14.881 läkarbesök under 1983 på en vårdcentral, togs 2.312 sänkor. 146 var högre än 50 mm. Studien belyser sambandet mellan sänkans storlek, diagnos/diagnosgrupp och åldersgrupp.

Nyckelord: Sänkningsreaktion, diagnostik, primärvård.

Bakgrund

Vårdcentralen Bagaregatan Nyköping, har ett befolkningsunderlag på 17.600 invånare. 18,8 procent är äldre än 65 år – jämför landets 16,9 procent.

1983 gjordes 14.881 läkarbesök på vårdcentralen och cirka 1.920 besök på jourcentralen – totalt cirka 16.800 besök, det vill säga 0,95 besök per invånare/år.

Tabell I.
Utfall på sänkan (VCB 1983).

mm	antal	procent
0- 9	1061	45,9
10- 19	553	23,9
20- 29	296	12,8
30- 39	160	6,9
40- 49	96	4,2
50- 59	51	2,2
60- 69	35	1,5
70- 79	28	1,2
80- 89	9	0,4
90- 99	9	0,4
100-	14	0,6
	2312	100,0

Tabell II.
Sänkans höjd i förhållande till diagnos/diagnosgrupp hos 80 patienter med sänka över 50 mm (VCB 1983).

SR mm	Neoplastiska sjukdomar	Muskel-led-sjukdomar	Infektionssjukdomar	Okänd etiologi	Summa
	Myelom Övr neo	Reumatoid artrit Polymyalgia reumatica Övr ledsjukdomar	Viros Bakteriella luftvägsinf Uvi Övr inf		
-100	1 1	1 6	1 3		13
90- 99		1 1	1 3		6
80- 89	1 1	1 1	1 1		6
70- 79	1 1	1 3	3 3 1	2	14
60- 69	2 2	4 1	5 1	2	15
50- 59	2 2	6 5	3 7 2 1		26
Summa diagnos	2 7	8 15 8	9 22 4 1	4	80
Summa diagnosgrupp	9	31	36	4	80

Tabell III.
Åldersgrupper i förhållande till diagnos/diagnosgrupp hos 80 patienter med sänka över 50 mm (VCB 1983).

Åldersgrupper, (ålder år)	Neoplastiska sjukdomar	Muskel-led-sjukdomar	Infektionssjukdomar	Okänd etiologi	Summa
	Myelom Övr neo	Reumatoid artrit Polymyalgia reumatica Övr ledsjd	Viros Bakteriella luftvägsinf Uvi Övr inf		
75-	1 4	4 9 3	2 6 2 1	4	36
65-74		3 3 3	3 10 1		23
55-64	1 1	1 2	1		6
45-54	1 1	1 2	1		5
-44	1		3 6		10
Summa diagnos	2 7	8 15 8	9 22 4 1	4	80
Summa diagnosgrupp	9	31	36	4	80

Utförande

Under 1983 togs det 2.312 stycken sänkor på 14.881 besök – 15,5 procent eller 1 sänka på vart 6:e till vart 7:e besök.

Utfallet på sänkan framgår ur tabell I.

Vi beslöt oss för att se på orsaken till sänka över 50 mm.

146 sänkor utföll högre än 50 mm. 8-10 patienter har vi inte kunnat kontrollera på grund av bristande registrering i sänkaboken.

Vår studie avser 80 personer som står för cirka 120 sänkor.

Vi har registrerat patienten efter den högsta sänkan och bedömt den troliga diagnosen efter journalanteckningar.

Resultat

I två tabeller ges en överblick över resultatet. Sänkans storlek i förhållande till diagnos/diagnosgrupp (tabell II).

Åldersgrupper i förhållande till diagnos/diagnosgrupp vid sänka över 50 mm (tabell III).

Diskussion

Var 100:e patientbesök har sänka över 50 mm, så en heltidsarbetande läkare på vårdcentral möter problemet cirka 1 gång per vecka.

Troliga bakteriella luftvägsinfektioner (22/80) är den vanligaste orsaken. Härnäst kommer litet överraskande polymyalgia reumatica (15/80).

De två diagnosgrupper som helt dominerar bilden är infektionssjukdomar (45 procent) och led- och muskelsjukdomar (39 procent). I dessa sjukdomsgrupper är oftast kliniken tydlig.

Neoplastiska sjukdomar svarar för 11 procent och här kan den kliniska bilden vara litet otydligare.

I 5 procent har vi inte lyckats med diagnos ännu och de återfinns i den äldsta åldersgruppen (75 år och äldre).

Bland övrig cancer fanns en akut myeloisk leukemi (1957 kv), en urinblåsecancer (1908 m), en gallblåsecancer (1901 kv) och fyra gastrointestinala cancer (1902, 1903, 1921, 1931).

Om man ser på åldersgrupperna dominerar inte oväntat de äldsta och här finns alla diagnosgrupper representerade. I åldersgruppen yngre än 44 år är 9 av 10 infektionssjukdomar.

Vad har vi då för vägledning av hög sänka? I gruppen infektionssjukdomar är den vanligare vid bakteriella sjukdomar – man bör kanske vara mer liberal med antibiotika. I led-muskelgruppen är ju en av kriterierna för diagnosen polymyalgia reumatica en förhöjd sänka.

I avsaknad av symptom på infektion eller led-muskelafton bör tankarna gå direkt till malign sjukdom.

Deltagare i studien: dl Dick Kjellström (studieledare), dl Ulf Glitters-tam, Dl Torbjörn Rosenqvist, dl Örjan von Walter, FV Jerker Bjerkerud, AT Christina Kallings, vik Börje Karlsson, läksekkr Anette Nicklasson.

Författarpresentation:

Dick Kjellström, distriktsöverläkare.

Postadress: Va Bagaregatan, 611 85 Nyköping
Telefon 0155/456 83

Knäsmärtor bland högstadiel elever – försök med primärprevention i skolan

BIRGITTA NILSSON-BERGGREN · SVEN BREMBERG · MARGARETA HELIN

För att försöka minska frekvensen smärtor i knäleden bland elever i grundskolans högstadium genomfördes skolåret 1983/84 ett försök med lärmuskelträning, som en del av den ordinarie gymnastikundervisningen. En försöksgrupp bestående av 117 elever i årskurs 8 och 9 fick under en sexmånadersperiod träna lärmuskeln i 5–10 minuters pass två gånger per vecka. En grupp av 111 elever i samma ålderskurser, utan särskild träning fick utgöra kontroll. Andelen elever med knäsmärtor före och efter försöket noterades. Elever med smärtor undersöktes med avseende på Mb Schlatter och patellofemoral smärta. Trettiofem procent av eleverna uppgav smärtor i knäleden under en föregående fyramånadersperiod, 13 procent av aktivitetspåverkade. Någon effekt av träningsprogrammet på frekvensen knäsmärtor kunde inte påvisas.

Nyckelord: Knäsmärtor, prevention.

Bakgrund

Knäsmärtor är ett av de vanligaste problemen elever söker för på skolhälsovårdens mottagningar (1). Orsaken till knäsmärtorna är ofta inte helt klart. Några har Schlatters sjukdom, andra distinkta skador. Majoriteten har dock smärtor av den typ som betecknas som patellofemoral smärta eller chondromalaci, en typ av knäsmärtor, som har oklar ursprung (2, 3). Verkligt effektiv behandling saknas. Lärmuskelträning och knäskydd anses dock minska besvären (1, 3).

Med tanke på den höga frekvensen av patellofemoral smärta är behandling av eleverna, en och en, inte helt tillfredsställande. Någon form av generell förebyggande insats skulle vara bättre. Avsikten med detta arbete var att pröva värdet av en sådan insats – att undersöka om lärmuskelträning, som en del av den vanliga skolgymnastiken, minskar förekomsten av knäsmärtor.

Material och metod

Undersökningen genomfördes skolåret 1983/84 vid en högstadieskola i Linköpings kommun. Samtliga fyra parallellklasser i årskurs 8 och årskurs 9 deltog. Två klasser i vardera årskursen togs slumpmässigt ut som träningsgrupp (117 elever) och återstående klasser utgjorde kontrollgrupp (111 elever).

Tabell I.

Knäsmärtor bland skolelever före och efter lärmuskelträning.

Kön	Grupp	Totalt antal	Antal elever med knäsmärtor			
			aktivt ej påverkad		aktivt påverkad	
			före	efter	före	efter
Flickor	Träning	56	5	5	5	4
		61	20	11	6	9
Pojkar	Träning	61	13	9	9	5
		50	12	9	9	5

Vid försökets början i oktober 1983 och vid försökets slut i mars 1984 tillfrågades samtliga elever om knäsmärtor under de föregående 4 månaderna. Alla som uppgav smärta undersöktes med avseende på ömhet över tuberositas tibiae, ömhet under patella och ömhet vid tryck på patella.

Träningsgruppen fick en kort genomgång av knäledens anatomi och av vanliga orsaker till knäsmärtor. Under den 6 månader långa försöksperioden avsattes 5–10 minuter av varje lektion i idrott (2 lektioner/vecka) till lärmuskelträning. Den genomfördes med eleverna sittande mitt emot varandra två och två. Den ena eleven försökte lyfta ett ben i taget medan den andra höll emot. Eleverna uppmanades att träna lärmuskeln på liknande sätt hemma.

Skillnader prövades statistiskt med hjälp av Chi-2-test.

Resultat

Före försöket erhöll vi uppgifter från samtliga elever inskrivna i de åtta klasser som deltog. Vid undersökningen efter försöket var 3 elever (1 procent) sjuka och deltog inte. Idrottslärarna lyckades väl med att engagera eleverna i lärmuskelträningen.

Vid försökets början uppgav 35 procent av eleverna att de haft smärtor i knäleden under de föregående 4 månaderna. 13 procent hade haft så uttalade besvär att deras vanliga aktivitet inskränkts. 8 procent hade sökt läkare utanför skolhälsovården för knäsmärtor. Vid undersökningen påvisades ömhet över tuberositas tibiae på 5 procent och ömhet vid tryck på patella eller under patella på 11 procent av alla elever med knäsmärtor.

Vid försökets start förekom knäsmärtor bland pojkarna i liknande omfattning i försöks- och kontrollgrupp, se tabell I. Bland flickorna skilde sig förekomst av icke aktivitetspåverkade besvär men ej av besvär som påver-

kade aktivitet. Positiva undersökningsfynd förelåg bland 11 elever i träningsgruppen och bland 14 elever i kontrollgruppen. Fynd var vanligare bland elever med aktivitetspåverkan än bland elever utan sådan $p < 0,005$.

Diskussion

Undersökningen bekräftar tidigare erfarenheter av en mycket hög frekvens knäsmärtor i de aktuella åldrarna. Även om de flesta eleverna har relativt måttliga symptom, är det dock så mycket som 13 procent, som anger smärtor som påverkar deras aktivitet. En stor del av dessa elever har sökt läkare för symptomen.

Den undersökning som gjordes var inriktad på att påvisa tecken till Schlatters sjukdom och patellofemoral smärta. På de flesta elever som undersöktes kunde ej tecken till något av dessa två tillstånd påvisas. Däremot var det klar övervikt av positivt statusfynd hos gruppen med aktivitetspåverkan.

Före försöket var andelen flickor med knäsmärtor utan aktivitetspåverkan avsevärt vanligare i kontrollgruppen än i försöksgruppen. Orsaken är oklar. Det gör dock att jämförelser mellan tränings- och kontrollgrupper för denna undergrupp blir vanskliga att tolka.

Vid undersökningen efter försöket hade andelen elever med knäbesvär minskat något i såväl försöks- som kontrollgrupp. Någon uppenbar orsak till minskningen har inte framkommit.

Vi förväntade en större minskning av andelen elever med knäsmärta i träningsgruppen än i kontrollgruppen. Någon sådan skillnad kunde inte påvisas.

Den uteblivna effekten av träningsprogrammet kan hänga samman med att lärmuskelträning har tveksam effekt på de dåligt definierade tillstånd, som orsakar knäsmärtor bland skolelever. Det kan också bero på att alla ele-

Lokalsamhällets medverkan i det primära hälsovårdsarbetet – ett exempel från USA

LEIF SVANSTRÖM

Svensk hälso- och sjukvård baseras på ett offentligt åtagande. Det råder en bred och nästan fullständig partipolitisk enhet att det offentliga ska ta ansvaret för hälso- och sjukvården i vårt land.

Samtidigt har vår sjukvård blivit starkt terapeutiskt orienterad och säkerligen ett av de mest sjukhusorienterade systemen i världen. WHO har i sin ideologi, bland annat i den så kallade Alma-ata-deklarationen, tryckt på behovet av utveckling av "Primary Health Care" (PHC). Med PHC avser man ett väsentligt vidare begrepp än den svenska primärvården och inbegriper "intersectoral coordination" det vill säga samarbete mellan en lång rad olika samhällsorganisationer på såväl lokal som central nivå. Själva kärnan i PHC-ideologin är emellertid "Community Participation" eller "Community Involvement" det vill säga lokalsamhällets och dess invånares medverkan i hälsovårdsarbetet.

I de industrialiserade länderna, icke minst i Sverige, har vi dock ytterligt få om ens några välorganiserade exempel på en

ver normalt i skolan och på fritiden får så mycket lärmuskelträning, att ett tillskott på 5–10 minuter två gånger per vecka är för litet för att ge påvisbar effekt. Större insatser är dock inte realistiska. Slutsatsen blir således att lärmuskelträning av alla elever i skolan inte är en framkomlig väg för att minska frekvens knäsmärtor. Att söka andra vägar för att minska detta problem är en angelägen uppgift.

Referenser:

1. Hörding G. Chondromalacia patellae bland skolungdom. Nord Med 1983; 98: 207–8.
2. Insall J. Current concepts review: Patellar pain. J Bone Joint Surg 1982; 64-A: 147–52.
3. Ed: Chondromalacia patellae. Br Med J 1981; 282: 1014.

Författarpresentation:

Birgitta Nilsson-Berggren,
Sven Bremberg, Margareta Helin*
Skolhälsovården, Linköping

sådan "Community Participation" med sjukvården som bas. I u-länderna är sådana exempel dock vanligare.

Sedan mitten av 1970-talet bedrivs emellertid från Montefiore Hospital and Medical Center i Bronx, New York, USA en organiserad verksamhet där av lokalbefolkningen utsedda hälsoarbetare utbildas och vidareutbildas vid sjukhuset och genomför ett omfattande hälsoutbildnings- och hälsovårdsarbete i de lokala bostadsområdena. Modellen borde utan större svårigheter direkt kunna appliceras på svenskt primärvårdsarbete – då gärna med vårdcentralen som bas.

Nyckelord: Community Participation, Community Involvement, Primary Health Care, primärvård, socialmedicin, hälsouppläsning, hälsovårdsarbete, International Health.

Introduktion

De senaste årtiondena har inneburit ett ökande medvetande i såväl så kallade u-länder som i-länder om att folkets hälsa beror minst lika mycket av deras egna individuella och kollektiva ansträngningar som av inverkan av medicinsk tränad professionell personal. I i-länderna där huvudhälsoproblemen fortfarande är infektionssjukdomar och dåliga sanitära förhållanden samt effekter av fattigdom, har effektiva metoder för förebyggande och hälso-befrämjande åtgärder utvecklats trots begränsade ekonomiska politiska resurser.

I industriländerna och speciellt USA har man den paradoxala situationen, att ha en ständigt ökande andel resurser för medicinsk vård och ökande sofistikerad och effektiv medicinsk teknologi medan man inte förbättrar befolkningens hälsa. Under sista året har man till och med kunnat iakttaga en försämring av folkhälsan; så har till exempel i USA för närvarande 11 stater redovisat en stigande spädbarnsdödlighet.

Bakgrund

I USA förekommer socialmedicin under olika organisatoriska former, som "Public Health" eller "Community Health" (1). En av de få institutioner

som har beteckningen socialmedicin är "Department of Social Medicine, Montefiore Medical Center" i Bronx, New York, USA – under många år förestådd av professor Victor Sidel. Hans aktiva arbete för en ur social synpunkt rättvis fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser är välkända i USA och internationellt. Hans institution präglas av ett engagemang baserat på en omfattande kunskap om hälso- och sjukvården i andra länder. Numera är han president för American Public Health Association.

Vid denna institution påbörjades för ett 10-tal år sedan ett arbete, som var ett av de få konsekvent genomförda Community Participation-program vi känner i industrialiserad hälso- och sjukvård. Institutionen anammade ursprungligen idén för sitt program, the Community Health Participation Program (CHPP) efter att man direkt i ett antal u-länder studerat program där samhällsmedborgarna effektivt genomförde sin primärvårdsarbete, (PHC). PHC såg man enligt WHO:s definition som "essential health care made universally accessible to the community" och levererad av "community health workers" som förstår "the real needs of the communities they serve".

Man hade en hög medvetenhet om att en landsbygdsmodell från u-länder skulle vara svår att omsätta i ett industrialiserat storstadsområde. Trots detta ansåg man att med vissa modifieringar skulle sådana modeller kunna användas.

Målsättning

Med utgångspunkt från denna bakgrund satte man upp fyra huvudsakliga mål för CHPP.

1. Att ge människor kunskaper om hälsorelaterade ämnen, så att de i sin tur kan bibehålla och förbättra sin egen hälsa och förhindra sjukdom.

2. Att uppmuntra folk att vara mer ansvariga för sin egen och sina grannars hälsa genom att utveckla ett stödjande nätverk för råd och åtgärder och för praktisk icke medicinsk hjälp.

3. Att lära folk hur man ska använda hälsovården och socialtjänsten mer effektivt.

4. Att utveckla och utvärdera en modell med möjlighet att återupprepas i andra tätortsområden; en modell som involverar människor i beslut som har med deras egen hälsa och medicinska vård att göra.

Forts sid 140

Metoder och undersökningsområde

Tre utvecklingslinjer fastlades vid början av projektet hösten 1975.

Först sattes en rådgivande kommitté samman med representanter för lokalsamhället. Denna beslöt att hälsoarbetarna, "health coordinators" (HC) skulle vara frivilliga hellre än avlönade, framför allt för att försäkra sig om att människor skulle bli motiverade för att hjälpa sina grannar hellre än att tjäna pengar.

För det andra sändes ett brev ut till alla praktiserande läkare i de två områden, som hade utvalts för programmet. Brevet förklarade avsikten och uppmanade läkarna att kontakta avdelningen för socialmedicin, om de hade några frågor.

För det tredje genomfördes en dör till dörr-intervju om samhällsinvånarnas uppfattning om sin hälso- och sjukvård i två olika byggnader nära Montefiore-sjukhuset. Utöver detta genomfördes en fyra månaders kontaktverksamhet med många ledare och grupper i grannskapet som föräldraföreningar, kyrkor och synagoge grupper, kvartersföreningar etc. Intervjuerna med invånarna gav inte någon röst åt något behov av förebyggande åtgärder men däremot hade man klagomål om den medicinska servicen i området. Det gällde sådana saker som långa väntetider på kliniker och akutnottagningar, höga kostnader för medicinska tjänster, brist på transport till och från hälso- och sjukvården och låg kontinuitet i vården. Efter dessa inledande studier av lokalsamhället gjordes följande sammanfattning av hälsoproblemen:

- En ökande känsla av rädsla, isolering och alienation bland människor som levde i tätortsgrannskapsområden i vilka de stödjande systemen höll på att falla samman eller inte existerade.

- Vanliga hälsoproblem var sådana som fetma, rökning, högt blodtryck, trötthet, depression och mindre olycksfall; som inte alltid erhöill den uppmärksamhet de förtjänade från den medicinska professionen;

- Problemen med hälso- och socialtjänst i staden, vilket ofta betydde att den var svårtillgänglig, dubbelarbetande, ickebaserad på helhetssyn och alltför oklar i sitt utbud för att vara effektivt använd av de individer som behövde den.

De två områden som utgjorde upptagningsområden för programmet var relativt stabila medelklass-lokalsamhällen med etnisk blandning av folk med italiensk, irländsk, judisk, svart och spansktalande bakgrund. Dessutom fanns koreanska, indiska och albanska affärer och området gränsar åtminstone för två kvarter till ett samhälle kallat för "Little Albania". Den vanligaste bebyggelsestrukturen var sexvåningshus med omkring cirka 50 lägenheter i varje, byggda före andra världskriget (figur 1). I regel är dessa byggnader relativt väl bibehållna, fastän hyresgästgrupper fanns i omkring 10 procent för att syssla med allmänna problem som olästa huvuddörrar, förstörda uppvärmningssystem, hissar och mörka allmänna utrymmen. De två områdena är väsentligt "rikare" än Bronx som helhet i New York City - å andra sidan har Bronx den absolut högsta andelen låginkomstområden i New York.

Hälsoarbetare på frivillig väg rekryterades via kontakt med grannskaps- och hyresgästföreningar såväl som andra lokala samhällsorganisationer och ytterligare personliga kontakter. I februari 1976 inbjöds personer i lokalsamhället till en serie arbetsmöten i förebyggande hälsovård. Omkring 300 deltog och därur rekryterades hälsoarbetarna. Av dessa valdes så småningom sex personer ut som fick genomgå en fyra veckors utbildning och i maj 1976 utexaminerades således de första hälsoarbetarna. Sedan dess har man på olika sätt fortsatt att rekrytera - i november 1984 var antalet uppe i 148. Vira Galeas (V. G.) är en sådan hälsoarbetare som gick in i projektet för sex år sedan. Efter att hon gått kursen blev hon vald i sitt hus att bli hälsoarbetare. Huset var då ett problemhus - utan



vatten, utan värme och mycket bråk. Alla känner henne i huset och hon slåss å invånarnas vägnar med hyresvärden. V. G. (figur 2) ger sju exempel på aktuella problem, som hon varit inblandad i:

1. Patient som fått slaganfall, grannarna kallade på V. G. Hon tog hand om patienten, skaffade ambulans och ordnade sjukhuskontakten.

2. Äldre person som faller och får lärbensbrott. V. G. medverkar och hjälper henne till akuten och följer med henne dit, eftersom personen i fråga var rädd för kontakter med sjukhuset.

3. Granne med epilepsi och "grand mal" attacker, ringer till V. G. mitt i natten; V. G. har tidigare lärt vad sjukdomen innebär just för denna person och kan på det viset hjälpa henne.

4. Barn som drabbas av olycksfall. V. G. hjälper då till att stoppa blödning och åker eventuellt med till sjukhus.

5. Blodtryckskontroll på grund av blödningar hos gravid kvinna, drabbades nästan av missfall, V. G. tog henne till sjukhus och hjälpte till.

6. Stor buse med stora problem började slå sönder byggnaden. V. G. ringer då polisen för att få hjälp.

7. Barn som drabbas av öroninflammation med trumhinnebristning, får hjälp av V. G. till läkare.

Den tid som hälsoarbetarna lägger ner varierar mellan två timmarna i veckan upp till så mycket som två timmar varje dag. Prioriteterna faller i tre huvudgrupper:

1. Att ge hjälp och information till de närmaste grannarna.

2. Att befrämja hälsoutbildning och arbete för förbättring i lokalsamhället.

3. Att hjälpa till med planering och deltagande i andra av CHPP organiserade aktiviteter.

Hjälpen till grannarna tar många uttryck. HC besöker regelbundet och hjälper till att göra inköp till dem som är bundna i hemmet, ger råd om allmänna hälsofrågor och den verkliga användningen av beskrivna mediciner; tar grannarna till kliniker, öppenvårdsmottagningar och akutnottagningar; tar blodtrycket både för "screening" och regelbundet, om det så behövs; går igenom vaccinationsprogrammet för barnen som bor hemma; följer upp de som nyligen legat på sjukhus; skickar människor till rätt serviceställe; organiserar grupper för sådana ändamål som att förbättra byggnadsförhållanden, hur man handlar kooperativt, slutar röka; diskuterar engagemang i specifika grupper som tonåringar, yngre



Figur 1.

Upptagningsområdet för hälsoarbetet i Bronx är dominerat av sexvåningshus byggda före andra världskriget.

mödrar eller äldre, dokumenterar erfarenheterna när det gäller hälsovård och när grannarna har blivit illa behandlade och mest viktigt av allt, står till förfogande vid akuta och stressbelastade situationer.

Hälsoutbildningen och försöken att förbättra lokalsamhället tar sig många uttryck. Man leder arbetsmöten och organiserar självhjälpande grupper för hälsoproblem och för att förbättra tillgången till hälsovård; "screena" för högt blodtryck och distribuera hälsoupplysningsmaterial vid fester och andra tillfällen; arbeta med grupper som är engagerade i grannskapssäkerhet och förbättringar när det gäller städning och andra kampanjer; arrangera underhållning för invånarna i lokala sjukhem; organisera hälsorelaterade aktiviteter för tonåringar; bilda klubbar öppna för allmänhetens specifika behov till exempel en promenadklubb; ge hjälp till spansktalande invånare med språksvårigheter vid kontakten med sjukhuset etc.

Utbildning

Målet med uppföljningsprogrammet är att förse HC med kunskaper och attityder för att bli hälsoutbildade advokater och rådgivare för befolkningen i sina byggnader och lokalsamhällesorganisationer.

Detta uppnås med en initial 16 sessioners utbildningskurs följt av regelbundna schemalagda möten och uppföljning. All utbildning inriktas mot att HC kan utföra den i sin byggnad eller lokalsamhället efter kursen. Man har satt upp minimimål för alla HC och alla som har genomgått utbildningen har accepterat dessa mål.

Följande ämnen täcks i utbildningsprogrammet:

Hälsobegreppet och HC:s roll i ett tätortsområde
Samhällsdiagnos och -dynamik
Interpersonell kommunikation och intervjumetod
Datainsamling
Första hjälpen
Hjärt-lungräddning
Blodtrycksmätning
Kost- och näringsfrågor
Motion och stressterapi
Familjedynamik
Analys och användning av hälsovården
Lokalsamhällesorganisationer
Lokalsamhällets resurser
Folkmedicin och alternativa terapier (frivillig)

Utbildningsprogrammet har anpassats efter behov och intresse hos de utbildade från två sessioner i fyra veckor till en session per vecka i 16 veckor.

Efter det initiala utbildningsprogrammet möts HC två gånger i veckan för fortsatt utbildning i nya och tidigare undervisade ämnen.

Ett program för "barnombudsmän" har kommit till som en utväxt från det ursprungliga CHPP. Det var ett försök att nå fram till förskolebarn i låginkomstgrannskapet. Detta särskilda

program kommer att redovisas i en följande artikel.

Uppföljning

I projektet har man lagt stor vikt vid utbildning av hälsoarbetarna. Efter hand har man emellertid kommit underfund med det stora behovet av kontinuerlig uppföljning och uppbyggnad av ett stödjande nätverk. Därför sker:

1. Regelbundna möten mellan HC och CHPP-ledningen, där HC diskuterar sin utbildning och arbetserfarenheter.

2. Regelbundna besök av projektledningen hos HC medan de arbetar i sina områden.

3. Stöd för problemlösning; individuell tillsyn från CHPP-ledningen för oförutsedda problem med vilka HC har konfronterats.

4. Medicinsk tillsyn. Tillgång till akutmedicinska råd genom läkare i socialmedicin som genomgår sin utbildning vid Montefiore Hospital and Medical Center.

Vad som i praktiken har utvecklats är en kombination av formella kontakter genom två möten i veckan och informella kontakter kring uppstående specifika problem. En medlem i projektledningen är tillgänglig måndag till fredag och ibland också på helgerna för att stödja HC.

När det gäller samarbetet mellan HC och CHPP-ledningen kan det ske på många sätt. Man deltar när programmet skall presenteras för andra organisationer, besökare, sjukhuskliniker, tidningar eller radioreportrar. Man skriver material och producerar informationsbrev till lokalsamhället; man hjälper till att planera och genomföra aktiviteter, som inbegriper alla HC som "open house", eller undersökningar; man hjälper till vid ledningssammanträden, vid utbildningstillfällen etc.

The Community Health Participation Network utvecklades 1979 som ett viktigt organ för att dela erfarenheter och stödja andra "community health groups". Under det första året har detta nätverk blivit aktivt inom följande fem områden:

1. Teknisk hjälp till andra organisationer som har velat utveckla utbildningsprogram för hälsoarbetare i USA.

2. Rådgivning och presentation i CHPP.

3. Publicitet.

4. Genomförande av konferensverksamhet.

5. Utarbetande av manual för hälsoarbetare.

Konklusion

Gladys Valdivieso är föreståndare för projektet (figur 3) och arbetar tillsammans med dr Roberto Belmar vid Department of Social Medicine, Montefiore Hospital, Bronx. Man har nu nära ett decenniums erfarenhet av organiserat hälsoarbete i Bronxområdet. Successivt har större och större delar av ansvaret gått över till de frivilliga häl-



soarbetarna själva men man är medvetna om att en sammanhållande organisation krävs för projektets fortlevande. Man är mycket nöjd med det arbete som utförts av de 148 hälsoarbetarna och har därför kunnat vidga verksamheten till ett nytt stort engagemang i utveckling av barnombudsmän. Utvärderingen av den verksamhet som hittills bedrivits har huvudsakligen skett genom deskriptiva rapporter (2, 3) men i barnombudsmanprojektet har genomförts en pilotstudie och planerar en större utvärdering. Detta projekt redovisas i en följande artikel.

Referenser:

1. Haglund G, Svanström L. Socialmedicin och primärvård i USA. Rapport från en studieresa, oktober 1982. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, 1982. (Röd serie nr 10.)

2. Sidel V, Cohn S. Montefiore Hospital, Community Health Participation Program. Department of Social Medicine, Montefiore Hospital and Medical Center. Stencil 1981.

3. Belmar R, Valdivieso G, Malamud L, Perez I. Community Health Participation Program. Department of Social Medicine, Montefiore Medical Center. Stencil. Undated.

Utförlig beskrivning av projektet återfinns i: Svanström L. The Community Health Participation Program. Bronx, New York, USA. Reserapport. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, 1985. (Röd serie nr 103.)

Abstract

The Community Health Participation Program - an example from the US.

Since ten years a Community Participation Program has been implemented in the Bronx-area, New York City, USA. In a report are presented the main outlines of a project involving health coordinators in an education program for the population of two areas of Bronx. The basis is Department of Social Medicine, Montefiore Hospital and Medical Center. The aims of the ten year program is described as well as the outlines of the education of the health coordinators and the way they have been working. The experiences from the program should be an incitement to development of equal programs in the expanding primary care of Sweden. This is in the lines of the WHO primary health care concept including intersectoral coordination and community involvement.

Författarpresentation:

Leif Svanström är professor i socialmedicin vid Karolinska Institutets Institution för socialmedicin, vårdcentralen Kronan. Han är tillika hälsovårdsöverläkare i Stockholms läns landsting.

Postadress: Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, 172 83 Sundbyberg

*Astra Läkemedel AB utlyser för första gången
ett forskningsstipendium för läkare verksamma
inom allmän medicin*

Forskningsstipendium i allmän medicin från Astra Läkemedel AB

Ändamål Stipendiet är avsett att användas för en väldefinierad forskningsuppgift företrädesvis i behandlingen av infektionssjukdomar, smärttillstånd och psykiatriska tillstånd av allmänmedicinsk betydelse. Studieresor motiverade av forskningsuppgiften kan ingå. Stipendiet är avsett för icke graduerade läkare verksamma inom allmän medicin.

Stipendiebeloppet Det totala stipendiebeloppet för år 1985 uppgår till 50 000:– svenska kronor. Beloppet kan delas ut i sin helhet till en stipendiatar eller fördelas på flera.

Ansökningsförfarande Stipendiet i allmän medicin från Astra Läkemedel AB utlyses genom annons i Läkartidningen och tidskriften Allmän Medicin. Skriftlig ansökan skall innehålla projektets beskrivning, målsättning, plan för genomförande, kostnader och finansiering samt eventuell övrig finansiering.

Ansökan skall vara stipendiekommittén tillhanda senast 15 juni 1985 under adress: Astra Läkemedel AB, Sverige, 151 85 Södertälje.

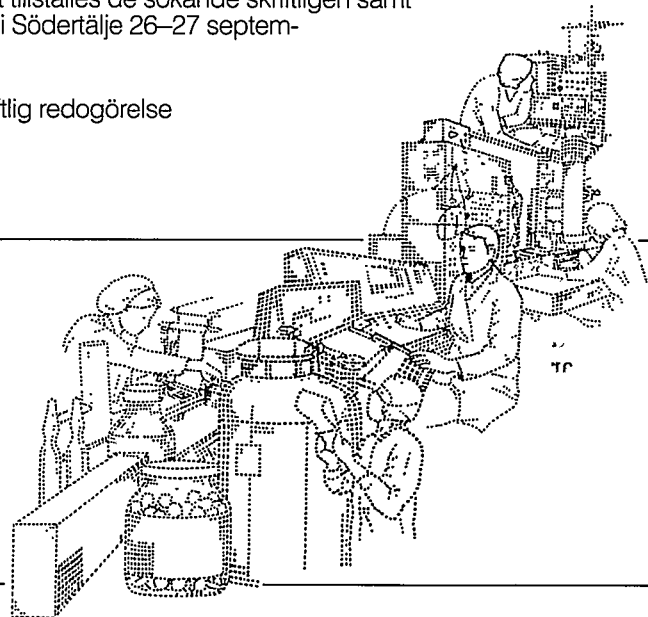
Stipendiekommitté

Professor Gösta Tibblin, Uppsala (ordförande)
Professor Bengt Scherstén, Lund
Professor Calle Bengtsson, Göteborg
Två representanter för SFAM (utses av SFAM:s styrelse)
Docent Bengt S Nilsson, Astra Läkemedel

Fördelning av stipendiet På grundval av insända ansökningshandlingar fördelar kommittén stipendiebeloppet. Kommitténs beslut tillställs de sökande skriftligen samt offentliggöres i samband med SFAM:s kongress i Södertälje 26–27 september 1985. Kommitténs beslut kan ej överklagas.

Redovisning Efter avslutat projekt insändes skriftlig redogörelse till stipendiekommittén.

 **Astra Läkemedel**
S-15185 SÖDERTÄLJE



SFAM:s Höstmöte 1985

Välkommen till Södertälje

SFAM:s vetenskapliga höstmöte och SFAM:s årsmöte förläggs till Södertälje den 26-28 september 1985. Värddar för det vetenskapliga programmet är distriktsläkarna i Södertälje och i de sydvästra delarna av Stockholm.

Program

Torsdag 26 september

07.30-09.00

Registrering + kaffe

09.00-10.15

Välkomsthälsning och inledningsanförande "Framtidsperspektiv", Leni Björklund, Gunnar Wennström, Hans Mattsson, Ingvar Krakau, Magnus Eriksson - moderater.

10.30-12.00

Symposium:

"Sjukvård över kulturgränser", Lisbeth Sachs, Eva Olsson, Anna-Karin Furhoff, med flera.

12.00-13.00

Lunch

13.00-14.30

Symposium:

1. "Idrottsmedicin" - Bengt Linder
2. "Placebo, - doktorn som drog" -

CE Rudebeck.

14.30-15.00

Kaffe

15.00-17.00

Årsmöte

19.30-03.00

Bankett med dans och gästutträdande.

Fredag 27 september

08.45-12.30

1. Posters, Utställning, Demonstration
2. Presentation av aktuella videoprogram
3. Fria föredrag
4. Fritt ur hjärtat.

08.45-10.30

5a. Primärvården och befolkningen.

Ingvar Krakau

08.45-10.15

b. Handledning på vårdcentral.

Lena Karlberg

6a. Fluor vaginalis.

Agneta Vigborg

10.45-12.30

b. Patienternas vän eller vännernas doktor.

Anders Häggmark

09.30-11.00

Kaffe

12.30-13.30

Lunch

13.30-14.30

Astras gästföreläsare.

14.30-15.00

Kaffe

15.30-17.00

Symposium:

"Alkoholproblem, - ett ansvar för primärvården - Agneta Vigborg

Lördag 28 september

Studiebesök på Rudolf Steinerseminariet i Järna. Avfärd från Södertälje klockan 09.00, beräknad hemkomst Södertälje klockan 16.00.

Var god se speciell bilaga!

Studiebesök på Rudolf Steiner- seminariet

Lördag 28 september kl 09.00-16.00

Avresa från Södertälje kl 09.00 och beräknad hemkomst igen till Södertälje kl 16.00.

Dagen kommer att disponeras enligt följande:

Avresa Södertälje 09.00

Studiebesök och

presentation 10.00-12.00

Lunch 12.00-13.00

Gruppbesök på olika kliniker 13.00-16.00

Vi hoppas kunna erbjuda en upplevelserik resa till seminariet och presentation av detta centrum för antroposoferna i Sverige.

Efter lunch kommer det att finnas möjlighet att i mindre grupper bese deras

olika behandlingshem, bland annat för svårt handikappade och psykiskt sjuka barn och vuxna samt deras nya behandlingscentrum, Vidarkliniken.

Den som ej önskar deltaga i gruppbesöken på eftermiddagen ombedes ordna sin hemtransport själv.

Kostnader

Konferensavgiften är 250:- för SFAM-medlemmar och 350:- för icke medlemmar. Konferensavgiften inkluderar kostnader för mat enligt program samt bankett.

Hotellrum på hotell Skogshöjd reserveras för de som så önskar. Kostnad för enkelrum med frukost, var god se anmälningkort.

Konferensavgiften sättes in på postgiro 354301-4, Svensk Förening för Allmänmedicin. Hotellkostnaden betalas av konferensdeltagaren till hotellet.

Anmälan - Fria Föredrag

Senaste anmälningsdag och inbetalning av konferensavgift är den 12 augusti, vilket också är sista datum för inlämnande av *abstract till Fria Föredrag*.

Deltagarna inbjuds att delta med fria föredrag (10 minuter jämte 10 minuters diskussion). Abstrakt av symposier och fria föredrag publiceras vid mötet i offset.

Texten till abstrakt skrivs på maskin med fyra cm marginal och enkelt radavstånd på högst en A4-sida och bör innehålla följande uppgifter:

1. Föredragets titel med stora bokstäver.
2. Författare med föredragshållarens namn först.
3. Föredragshållarens arbetsplats.
4. Inledning; material - metoder; resultat; diskussion - konklusion.

Konferensen är accepterad på listan för externa kursgivare av Landstingsförbundet, vilket innebär att de flesta

Frankeras
ej.
Mottagaren
betalar
portot.

SFAM:s Vetenskapliga höstmöte

Svarspost

Kundnummer 79529004
15120 SÖDERTÄLJE

landsting efter tjänstledighetsansökan beviljar kursen med bibehållna löneförmåner och med täckning av övriga kostnader.

Södertälje

Omgiven av motorvägar, genomskuren av en kanal och smekt av stambanan ligger hon mellan Mälaren och Östersjön. En pärla för fantasin med en fast förankring i verkligheten. Dygnet runt passerar konvojer med lastbilar, personbilar och bilturister från all världens hörn. En kanal där man ofta måste stanna upp vid broöppning därför att nöjesbåtar, lastbåtar och passagerarfartyg skall passera. Där man mitt i vintern kan bli stående i 30° kyla och se båtar slussas upp och ned för kanalen, lastade med likör från Västindien och Curaco. Det rytmiska dunket från ett 30-tal tåg i timmen på stambanan, - fulla med varor, turister eller resande till och från Paris, Aten eller Gnesta. Ett litet New York med koncentrerad bebyggelse och naturen tätt inpå.

Det är en stad för drömmare som vill resa i fantasin. Men det är också i högsta grad en stad för den som vill leva i nuet. En stad som karakteriseras av det stora inslaget av invandrare som utgör cirka 20-25 procent. En stad med Scania Vabis tunga industri i ena ändan och Astras läkemedelsindustri i den andra. Och stor arbetslöshet och stor sjukfrånvaro jämfört med andra områden inom Stockholm. Med Sveriges bästa ishockeylag, ett rikt kulturellt utbud och ett av de finaste romerska baden i Sverige.

En primärvård på frammarsch? Med en planerad utbyggnad till cirka en distriktsläkare per 3.000 invånare så är det bland det bästa i Stockholms-om-

Kursverksamheten

av DLF anmälda Dur-kurser hösten 1985:

Tid	Medarrangör	Plats	Ämne
Augusti	29-30 Hässle	Göteborg	Forskning
September	5-6 Boehringer	Luleå	Äldreomsorg
	12-13 Glaxo	Sunne	Allergi/Astma
	26-27 Sandoz	Härnösand	Psykiatri i primv
Oktober	10-11 Glaxo	Söderköping	Allergi/Astma
	10-11 ICI	Malmö	Psykosomatik
	17-18 ICI	Umeå	Psykosomatik
(Prel.)	31-1/11 Roche (Prel.)	Stockholm	Immunologi
November	7-8 Boehringer	Bro	Äldreomsorg
	14-15 Sandoz	Ej	klarPsykiatri i primv
	14-15 Roche	Ej	klarSömn/Parkinson

Av SFAM anmälda Dur-kurser hösten 1985:

Tre st två-dagarskurser, Park-Davis: Tarmsjukdomars beh. i öppen vård.

Augusti	29	Sv. Hoechts	Linköping	Diabeteskomplikat
September	20	Sv. Hoechst	Umeå	Diabeteskomplikat
	5-6	Astra	Stockholm	Smärta o Smärtbeh
Oktober	3-4	Astra	Borlänge	Smärta o Smärtbeh

rådet. Där bara en tredjedel av distriktsläkartjänsterna för närvarande är besatta av ordinarie distriktsläkare och där det många gånger är omöjligt att få ens okvalificerade vikarier. Där det finns en gemensam strävan att verka för en väl integrerad och fungerande primärvård.

Det är inte en stad där man ska gå runt mellan olika sevärdheter, utan en stad att vara i. Vi vill därför som Södertäljebor hälsa dig välkommen att vara hos oss i dagarna tre.

Organisationskommittén

Magnus Eriksson, Kerstin Gårdman
Karin Ångström - LUNA vårdcentral
Stefan Dahlberg - LOTSSENS vårdcentral
Anna-Karin Furhoff - Sollentuna vårdcentral
Anders Häggmark - Skärholmens vårdcentral

Ingvar Krakau - Sollentuna vårdcentral
Eva Olsson - Storvretens vårdcentral, Tumba
Agneta Vigborg - Utvecklingsenheten Sydväst, Huddinge

Välkomna till Södertäljemötet!

För organisationskommittén
Magnus Eriksson, Kerstin Gårdman, Karin Ångström
Luna vårdcentral, Nygatan 16,
151 33 SÖDERTÄLJE
Telefon 0755-87000

Balintmöte i Östersund

Det 4:e nationella Balintmötet hålls i internatform i Köjagårdens fjällhotell utanför Östersund den 19-21 september 1985.

Program

Historik och utveckling av Balintverksamheten.
Praktiska övningar i grupper - diskussion.
Gruppdynamik.
Erfarenheter från ett mångårigt psykosocialt distriktsläkararbete.
Diskussion om start och spridning av nya grupper.

Mötet ingår i Landstingsförbundets förteckning över externa kursgivare Inr Lf PLP 6:25/85.

Mötesavgift: 200 kr.

Antal deltagare: 40 st varav flertalet allmänläkare, där utöver några gruppledare.

Deltagarna står själva för mat och logi samt resa tur och retur Östersund.

Intresseanmälan till psykolog Sören Jörngården, Psykiatriska kliniken, Östersunds sjukhus, Box 601, 83201 Frösön, innan 10 juni.

Ange i anmälan eventuell erfarenhet av Balintarbete och tidigare deltagande i Balintmöte.

Anmälan till SFAM:s höstmöte i Södertälje 1985

SFAM-medlem ja nej

Namn: _____

Arbetsplats: _____

Hemadress: _____

Postadress: _____

Tel hem _____ / _____ Tel arb.plats _____ / _____

Logi hotell Skogshöjd - enkelrum med frukost

Onsdag 25/9 logi ja 495 kr/dygn

Torsdag 26/9 logi ja 495 kr/dygn

Fredag 27/9 logi ja 195 kr/dygn

Lördag 28/9

Studiebesök Järna ja 9-13

ja 9-16

Utnyttja **BRUFEN** bäst!
ibuprofen

BRUFEN 600

Bäst vid
reumatoid artrit
och osteoartros
är 600 mg BRUFEN
per dostillfälle

Vid lättare symtom kan 400 mg ibland vara en tillräcklig dos.

Brufen - antiinflammatoriskt med analgetisk och antipyretisk effekt. Tabletter 200, 400 och 600 mg. Mixtur 20 mg/ml.

 **Astra Läkemedel** 151 85 SÖDERTÄLJE

Recension av AB Videomedicas videoband om Chlamydia trachomatis

AB Videomedica har producerat ett videoband om chlamydia trachomatis. Bandet är i första hand avsett för läkares efterutbildning, men avses också kunna användas i annan högre vårdutbildning. Distributionen av Videomedicas videoband sker med hjälp av Svenska läkaresällskapet. Bandet har sponsrats av läkemedelsindustrin, som har fått cirka 13 minuters tid i bandets mitt för läkemedelsinformation. För innehållet svarar Torvald Ripa, överläkare vid bakteriologiska laboratoriet, länssjukhuset i Halmstad, Birger Moller, Institutet för medicinsk mikrobiologi, Århus, Danmark samt Sture Lorentzon, vårdcentralen, Älmhult.

Hela bandet är cirka 54 minuter långt och indelat i tre block. Först får man se en film som tar cirka 16 minuter och innehåller information om mikrobiologi, provtagning samt de sjukdomstillstånd som chlamydia trachomatis orsakar i Sverige. Mellanblocket består av traditionell läkemedelsinformation/reklam. Bandet avslutas med ett samtal om chlamydia mellan Torvald Ripa och Sture Lorentzon.

Bandets första del är mycket professionellt utformad. Nyckelord och viktiga fakta kommer samtidigt som de illustreras i bild och också i text på bildrutan. Bildmaterialet är väl valt för att illustrera den koncisa och faktaspäckade texten. Man har väl tagit tillvara videomedias möjligheter att illustrera ett föredrag. Tempot är högt, vilket det bör vara i ett videoband, som man ju kan se flera gånger, om det innehåller många nya fakta.

Även det avslutande samtalet är intressant och innehåller mycket information. Samtalet har mest karaktären av en intervju där Torvald Ripa svarar på frågor, men Sture Lorentzon tillför också en del intressanta erfarenheter från sin allmänläkarpraktik.

En del detaljanmärkingar, som dock inte förtar det positiva helhetsintrycket, kan göras. Chlamydias roll vid uretrit, epididymit och proktit diskuteras utförligt, medan man inte nämner prostatit alls. Den sjukdomen är så pass vanlig vid vårdcentralerna, att det i detta sammanhang borde ges information om chlamydias eventuella roll vid prostatit hos mannen. I avsnittet om provtagningsteknik, som för övrigt är föredömligt utförligt, glömmar man

att varna för att en del geler som används vid spekulumundersökningar kan fördärva provtagningsresultatet. Om odlingsmediet sägs enbart att det bör förvaras fryst fram till provtagningsögonblicket. Jag saknar här information om hur den gör som inte har frys på mottagningen, hur länge man kan ha mediet i kyl- eller rumstemperatur och så vidare. I den från läkemedelsindustrin fristående delen av bandet ges alltför kortfattad information om chlamydiainfektioner. Tittaren förväntas uppenbarligen också ta del av företagsinformationen som följer efter det första blocket.

I samtalet betonar man betydelsen av att göra en epidemiologisk uppföljning vid chlamydiainfektion på samma sätt som man gör vid gonorré. Under samtalet framkommer en enligt min mening obefogad rädsla för att man på grund av de tekniska svårigheterna vid provtagning, inte i tillräcklig utsträckning skall ta prover för chlamydiaodling vid vårdcentralerna. Sensitiviteten för chlamydiaodling anges vara cirka 80 procent. Detta är givetvis av avgörande betydelse att veta för alla som tar prover och tolkar deras resultat. Det hade varit intressant att få information om hur man har fått fram denna uppgift om provets sensitivitet. Det anges vidare att specificiteten är 100 procent, det vill säga att falskt positiva prover vid chlamydiaodling aldrig förekommer. Eftersom det rör sig om en provtagningsanalys där den mänskliga faktorn kan inverka, så vill jag nog inte svälja detta budskap till mer än 99,98 procent.

Utvecklingen på detta område kommer säkert att snabbt gå framåt. Smittskyddslagen kommer att ändras, nya enklare laboriemetoder kommer att utvecklas, ny kunskap om chlamydias förekomst i samhället och säkert också ny kunskap om chlamydias betydelse som sjukdomsalstrare kommer att produceras. Jag finner det mycket sannolikt att detta nu högaktuella videoband inom ett år är inaktuellt. I dag bör man dock vid de flesta vårdcentraler anskaffa bandet och ta del av innehållet. Svenska läkaresällskapet, som distribuerar bandet, borde dock använda sina resurser till att stimulera videoproduktion fri från producentintressen i stället för att bidra till att sprida läkemedelsreklam. Dessvärre kan man inte hyra bandet, men anskaffningskostnaden är för videoprodukter måttliga, sexhundra kronor.

Sten Larsson
 Matteus vårdcentral

Vidareutbildning för allmänläkare på video

Företaget Videomedica i Göteborg har de sista åren producerat 8 st videoprogram kring aktuella temata. Under teknad har tillsammans med en grupp distriktsläkare, ordinarie och under FV-utbildning sett 4 st av dem: nr 5-8. Programmen är avsedda att användas i vidareutbildning av sjukvårdspersonal av olika kategorier, dock föreställer jag mig främst distriktsläkare, distriktsköterskor, i någon mån undersköterskor och annan personal på specialmottagningar. Videoprogrammen finns att tillgå på olika typer av kopior och de Umatic-kopior vi såg var utmärkta beträffande den tekniska kvalitén med undantag för lite trassel med ljudet på ett par ställen.

Bandens längd varierar mellan cirka en dryg halvtimme och en knapp timme. Programmet innehåller alltid först en allmän del som tar upp prevalens, patogenes och andra faktorer kring en sjukdom därefter patofysiologiska eller mikrobiologiska aspekter och till sist tar man upp behandlingsprinciper. Därefter kommer en företagsinformation eftersom samtliga dessa videoband är sponsrade av olika farmaceutiska firmor. Till sist vidtar en diskussion mellan allmänläkare Sture Lorentsson och respektive specialister. Programmen har utarbetats i samråd med Läkarsällskapet.

Nummer 5 Födoämnesöverkänslighet med deltagande av Tony Foucard, Uppsala Akademiska sjukhus och distriktsläkare Sture Lorentsson, Älmhult.

Programmet tar upp svårigheterna att skilja allergi som ju har en immunologisk orsak från andra typer av överkänslighet till exempel intolerans. Problemen att utreda urticaria. Man går igenom diagnosmetoderna som ju inte är så många när det gäller utredning av den här typen av problem utan att man får använda sig av eliminations- och provokationstester i stor utsträckning. En intressant del handlar om migränutlösande agens, diarréutlösande agens. Nytt för mig var att allergi mot nötter, mandel, äpple, morötter med mera *alltid* är kopplat till en björkpollenallergi. Den stora behållningen av detta program är Tony Foucards lugna sakliga alltigenom kunniga och vettiga synpunkter på födoämnesöverkänslighet. Inte minst är dialogen mellan Sture Lorentsson och Tony Foucard mot slutet av programmet mycket upplysande ger stor behållning, också avsnittet om profylax, betydelsen av rökning när det gäller utvecklandet av framtida allergier.

Forts sid 148

Signs of the Season



HÖSNUVA

behandlas enkelt och effektivt med

DEPOMEDRONE

Parenteral kortikosteroid med depåeffekt.

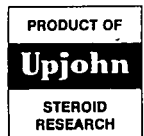
(metylprednisolonacetat)

- En injektion*) ger oftast symtomfrihet under en hel säsong. Se FASS!

Rekommenderas vid säsongallergi som
obehandlad varar högst 2 månader per år.

*) Lämpliga förpackningar: endosspruta 80 mg/2 ml,
flaskampuller 1 ml, 2 ml och 5 ml.

Upjohn AB,
Box 289, 433 25 Partille
Tel. 031-44 91 00.



Nummer 6 Kontakteksem

medverkande Jan E Wahlberg, KS och Sture Lorentsson, distriktsläkare i Älmhult, 36 min.

Här tar man på ett väl strukturerat, redigt och lite torrt och tråkigt sätt upp kontakteksem, allergiska och icke allergiska. Tusentals ämnen finns ju i vår miljö och nya tillkommer i tusental varje år och många har stora sensibiliseringsrisker. Detta gör att ämnet är högakтуellt och säkert väl lämpat för ett sådant här vidareutbildningsprogram. Man går igenom utredning, lapp-test för att utesluta allergiska komponenter. Beträffande icke allergiskt kontakteksem tar man upp sjukvårdspersonalens ofta stora problem med urtvättade händer, starka medel. En grupp man har glömt är småbarnsmöd-rarnas debut av handeksem i samband med att de får sitt första barn. Programmet tar på ett bra sätt upp profylaxsynpunkter, till exempel att man skall råda personer som tidigare haft böjveckseksem som barn, att undvika bilmekanikerarbete, hårfrisörskeyrket och andra för huden hårt påfrestande yrken. Behandlingen av kontakteksem är ju framför allt förebyggande och att man tar bort expositionen i första hand. Även denna gång är sista avdelningen på programmet bra där Sture Lorentsson på ett konstruktivt sätt frågar ut Jan E Wahlberg och får fram mycket allmänmedicinska synpunkter på kontakteksem. Den första avdelningen innehåller tyvärr kanske lite för mycket innantilläsning.

Nummer 7 Allergi och annan överkänslighet i luftvägarna

50 min. Deltagare Gunnar Johansson, KS, Nalle Lindholm Sahlgrenska sjukhuset, Anders Änggård, KS och Sture Lorentsson, vårdcentralen Älmhult.

Programmet tar upp definitioner av atopisk allergi och hyperreaktivitet. Man diskuterar ingående ärftlighetens betydelse och även betydelse av utlösande orsaker. Miljön spelar ju oerhört stor roll när det gäller utveckling av allergi i luftvägarna. Mögel, damm, djurepitel utsätter människor för allergi-risk. Rökningen ökar genomsläppligheten för allergenet och är alltså i många fall en starkt bidragande orsak till allergiutvecklingen. På ett tydligt och pedagogiskt bra sätt visas MAST-cellernas uppbyggnad och funktion i förhållande till IgE. Nalle Lidholm tar upp problemet astma och och är speciellt bekymrad för den högriskgrupp som tycks vara utsatt för den relativt stora dödligheten i denna sjukdom. Rhinoconjunktivitets utredning och behandling tas upp på ett bra sätt. Här skall man använda anamnesen som diagnostiskt instrument men också RAST. Man betonar att RAST natur-

ligtvis skall vara riktat och utgå från anamnesen och aldrig kan användas som screeningmetod. Hyposensibilisering tar man också upp som behandling men det är väl troligtvis ingenting för primärvården. Astmabehandling tas upp på ett omfattande och bra sätt, man saknar dock råd och instruktioner kring hur man använder nebulator.

Mängden information i detta program är mycket koncentrerad och stor. Man har lite svårt att hänga med och trots att jag har sett programmet ett par gånger tycker jag fortfarande att det var lite svårt att svälja. Gunnar Johansson är mycket bra, lugn och saklig och tar upp de immunologiska aspekterna på ett förtjänstfullt sätt. Den sista delen i programmet där Sture Lorentsson utfrågar experterna blir lite tråkig, här önskar man ju att man hade tillgång till sina egna experter på det lokala planet och kunde hålla någon form av dialog.

Nummer 8 Chlamydia Trachomatis

54 min. Deltagare Torvald Ripa, bakteriolog från Halmstad och Sture Lorentsson distriktsläkare Älmhult.

Programmet är långt, nästan 1 timma. Det ger mikrobiologiska aspekter på hclamydiasjukdomen. Man tar upp provtagningsteknik men inte i den utsträckning som kanske skulle ha varit önskvärt ur en allmänläkares synpunkt eftersom provtagningstekniken vad gäller chlamydia kan vara nog så svår. Man går igenom infektioner hos män, kvinnor och barn, förekomst i Sverige, klinik, naturalförlopp och patogenez. Man tar också upp diagnostik, dess säkerhet och även nya tester. Programmet känns mycket mikrobiologiskt och mycket lite kliniskt. Man får en mycket god bild av prevalens och mycket siffror och statistikuppgifter förekommer i programmet och det känns siffermässigt överlastat. Hellre hade man velat ha kliniskt handlag, epidemiologisk utredning, hur man samtalar med patienter kring smittsamhet, smittörföring med mera. En onödig genomgång med apsalpinx och apdustusdeferens fanns också med och kändes inte motiverad.

Den sista avdelningen på programmet bestod i frågor från Sture Lorentsson och en innantilläsning från Torvald Ripas sida och någon dialog kom aldrig till stånd. Sammantaget kändes detta program för långt. Det innehöll mycket intressanta aspekter kring sjukdomspanorama, prevalens, statistik med mera, men lite allmänmedicinska synpunkter.

Sammanfattningsvis håller dessa 4 program mycket hög ambitionsnivå och man är angelägen om att pressa in mycket information på kort tid. Detta har både för- och nackdelar, tiden är dyrbar men å andra sidan fattar också distriktsläkare ibland långsamt och frågan är om man når avsedd effekt speciellt om de pedagogiska greppen inte alltid är så spännande. Sannolikt innehåller också programmen en hel

del åsikter, behandlingspolicy, utredningspolicy med mera som kommer att ändras inom 1 à 2 år och frågan är hur länge de håller sig aktuella?

Jag tror dessa program kan vara mycket nyttiga att använda i vidareutbildning av distriktsläkare och distriktsköterskor men framför allt så tror jag att man ska se dom tillsammans med sina lokala specialistkonsulter och ta en diskussion i samband med att man visar programmet.

Gunilla Hegardt
Haga vårdcentral
700 14 Örebro

Alkoholism – en behandlingsbar familjesjukdom

av Lehmann O, Lundberg H, Stockenström R. Promedicis Stockholm 1984.

Det är välkommet med en bok om alkoholism, där författarna försöker att beskriva en persons utveckling till alkoholist och även beskriver förhållningsregler och behandlingsåtgärder gentemot alkoholister och deras familjer på ett enkelt och rättframt sätt. Innehållet i boken utgår från AA's (Anonyma alkoholister) program för behandling av alkoholister – ett program, som utarbetats i staten Minnesota i USA. Behandlingsmodellen kallas därför ofta Minnesota-modellen. I boken betonas dock AA som organisation alltför ensidig enligt min mening. Flera av de idéer till behandling som framförs i boken används även på andra behandlingsenheter exempelvis vid många alkoholpolikliniker i Sverige i dag. I boken finns en hel del värdefulla synpunkter på vad som är viktigt i själva begreppet alkoholism och hur alkoholism skall behandlas.

Jag instämmer i betoningen av alkoholism, som ett tillstånd i sig liksom betoningen av det tvångsmässiga beroendet. Jag anser liksom författarna att många alkoholbehandlare tyvärr ägnat alltför mycket tid åt frågan varför alkoholisten blev alkoholist i stället för att behandla själva alkoholismen eller beroendet. Nu anser jag dock till skillnad från författarna att en del bakomliggande problem som kanske medverkat till utvecklandet av för hög alkoholkonsumtion och sedan alkoholism hos en individ ibland måste bearbetas, men att detta bör ske först när beroendet är under kontroll (exempelvis med hjälp av regelbunden Antabusmedicinering).

Att man i boken tar fram ett konkret fall "Staffan" på alkoholism och detaljerat beskriver Staffans utveckling till alkoholist och sedan hans rehabilitering är ett bra grepp. Att sedan också beskriva hur den övriga familjen dras in och påverkas av Staffans alkoholism och hur den övriga familjen tas med i

Isoptin[®]-när hypertoniker verapamil har diabetes



Om blodsockernivån sjunker är det naturligtvis viktigt att regulationsmekanismer tillåts träda i funktion. Kanske behövs också sockerbiten. Men det krävs att patienten känner behovet via de typiska varningssignalerna.

I de fall då hypertoni-patienten även har diabetes kan behandling med betablockerare motverka de nödvändiga signalerna.

Behandling med Isoptin däremot möjliggör att de resulterar i en åtgärd.

Isoptin är därför en lämplig behandlingsform vid hypertoni hos en diabetespatient där det finns risk för hypoglykemi.

Isoptin[®]

- den skonsamma behandlingsformen vid hypertoni.

Meda AB, Göteborg



behandlingsprocessen är ytterligare en förtjänst.

Avsnittet om förnekandet vid alkoholism (sidorna 39–45) dels av alkoholisten själv och dels av hans omgivning exempelvis hans närmaste arbetschef eller hans läkare, som sjukskrivit honom för allt annat än alkoholism, är pedagogiskt enkelt och bra.

Här beskrivs också att kravlösa sjukskrivningar ibland medför att försäkringskassan och alkoholvården förser alkoholisten med pengar till sprit och ett fortsatt drickande.

Tyvärr förfaller dock bokens författare av och till till ett något ensidigt och ibland närmast patetiskt skrivsätt som jag ställer mig tveksam till. Dessutom förekommer "överdrifter" i skrivsättet. Jag vill belysa detta med ett citat från sidan 79.

"På behandlingscentret fanns ett solarium och det fanns inte där som ett utslag av fåfänga, utan som ett terapeutiskt hjälpmedel. Staffans inre kamp hade resulterat i att hans ögon hade förlorat det där för drickande alkoholister så karaktäristiska bloddisiga uttrycket. Hans ögon var nu klara och vitala och hans hy var inte längre gråblek, utan hade en klädsam färg. Den som såg Staffan stå där och ta avsked av sina medpatienter, iklädd en snygg blå kostym, såg en man i sin bästa ålder. En man med obegränsade möjligheter."

Tyvärr finns i boken också på ett par ställen sifferuppgifter, som jag ställer mig frågande inför. I boken står att tio procent av alla svenskar, som dricker alkohol kommer att bli alkoholister.

Siffran tio procent är en siffra som ofta har angivits beträffande män (1). För kvinnor är dock siffran betydligt lägre, vilket borde ha angivits – enligt en undersökning cirka 1 1/2 procent (2).

Det står vidare i boken att andelen psykiskt störda är av samma storleksordning hos alkoholister som hos "vanliga" människor, uppskattningsvis fem procent. Detta överensstämmer ej med resultaten i studier av Dahlgren (3) och Halldin (2). Dessa undersökningar visar att en stor del av alkoholisterna också har en diagnos tydande på psykisk störning.

Sammanfattningsvis är boken lättläst och har en del riktiga och tankeväckande behandlingsidéer. Tyvärr förekommer dock en del ensidigheter och överdrifter, som ibland närmast gör ett patetiskt intryck. Dessutom förekommer några tvivelaktiga sifferuppgifter. Slutintrycket av boken blir därför blandat.

Jan Halldin
Socialläkare

Referenser:

1. Hagnell O, Tunving K. Prevalence and nature of alcoholism in a total population. Soc Psychiatry 1972;7: 190–201.

2. Halldin J. Alcohol consumption and alcoholism in an urban population in central Sweden. Acta Psychiatr Scand 1985;71: 128–140.

3. Dahlgren L. Female alcoholics. III. Development and pattern of problem drinking. Acta Psychiaatr Scand 1978; 57: 325–335.

Distriktsläkarhandboken

Ralph Salvesen (red). Femte omarbetade upplagen. Studentlitt, Lund 1984

Denna senaste upplaga av den ursprungliga provinsialläkarboken 1966 föranleder en del reflektioner. Den första boken kallades inte och var aldrig avsedd att vara en handbok. Den skrevs som en presentation av den verklighet som skulle möta nya kolleger när de lämnade sjukhusen. Den var ett försök att få ordning och system i paragrafer och avtalstexter och avsåg att åtminstone på glänt öppna dörrarna till tjänsteläkarens värld och arbetsvillkor, som de flesta unga läkarna vid den tiden vägrade söka sig till. Den kom till också därför att ingen ville eller kunde besvara en ung kollegas rådvilla frågor.

Förmodligen hade de äldre läkarna givit upp striden med regelböckerna och funnit egna vägar att lösa problemen dag för dag. Men så fanns det inte heller någon målmedveten strategi för utveckling i denna sortens primärvård. Redan förteckningen över medverkande i denna sista upplaga visar en avgörande förändring i förhållande till den första boken. Det finns inte en enda aktivt verksam primärvårdsläkare eller sjuksköterska (boken riktar sig numera också till andra personalgrupper än läkare) bland experterna. Däremot mycken kvalificerad sakkunskap från administration och lagstiftning. Det kan inte undvikas kanske, att det blir ett torrt skrammel i uppräknandet av paragrafer och föreskrifter, och så upplever man inte deras roll i vardagsarbetet.

Man frapperas av den förskräckliga massa föreskrifter som skall reglera allmänläkarens yrkesverksamhet. Lyckligtvis kommer han/hon under sin aktiva tid i kontakt med endast en begränsad del av dem, men det är alldeles nog. Det är naturligtvis en näst intill omöjlig uppgift för en redaktör numera att draga gränserna för innehållet i en handbok. Kanske är det nu snarare ett kompendium över aktuella författningar men skulle då vunnit på en kommenterande redogörelse för dessa författningars innebörd, tillämpning och praxis. Att endast läsa en lagtext kan leda till förvillelser.

Man bör, menar jag, i en ny upplaga, och den kommer säkert att behövas, överväga om inte handboken skall begränsas till primärvårdsläkarens arbetsförhållanden och direkt taga sikte på verksamheten på en vårdcentral. Ganska många rätt ovanliga myndig-

hetsområden skulle kunna uteslutas, till förmån för en mer vardagsnära beskrivning och förteckning. Det är en omöjlig överloppsgärning att försöka täcka hela området efter de senaste årens flitiga lagstiftande. Kanske skulle boken fylla en ännu större uppgift om den blev en handbok med inriktning på handledning mer än ett kompendium. Det skall emellertid sägas att redaktören har stor heder av sitt arbete med uppdateringen till HSL och HS-90. Ett utförligt och bra sakordsregister höjer bokens användbarhet, och man vill gärna önska redaktören god fortsättning med en ny upplaga. Kanske med kortare intervall och med större koncentration.

Gustav Haglund

Äldre människor storkonsumenter av läkemedel

Äldre människor, särskilt de över 75 år, är storkonsumenter av läkemedel. Även receptfria läkemedel används oftare av äldre. Många brukar också flera läkemedel samtidigt, men en ganska stor del av de läkemedel som skrivs ut tas inte enligt läkarens ordinationer eller kommer inte alls till användning.

Det finns många problem förknippade med läkemedel för äldre. Bland annat saknas till stor del kunskap om hur den åldrande kroppen reagerar på olika läkemedel. Vissa läkemedel påverkar till exempel andra organ än de är avsedda för. Samspelet mellan olika läkemedel hos äldre människor är inte heller tillräckligt utrett.

Kunskap om de äldre och läkemedel har stor betydelse för de äldres livskvalitet. Sådan kunskap är också viktig ur ett samhällsekonomiskt perspektiv eftersom överkonsumtion av läkemedel i flera avseenden är onödigt kostsamt. Ett felaktigt bruk av läkemedel kan till exempel ge ökade vårdkostnader.

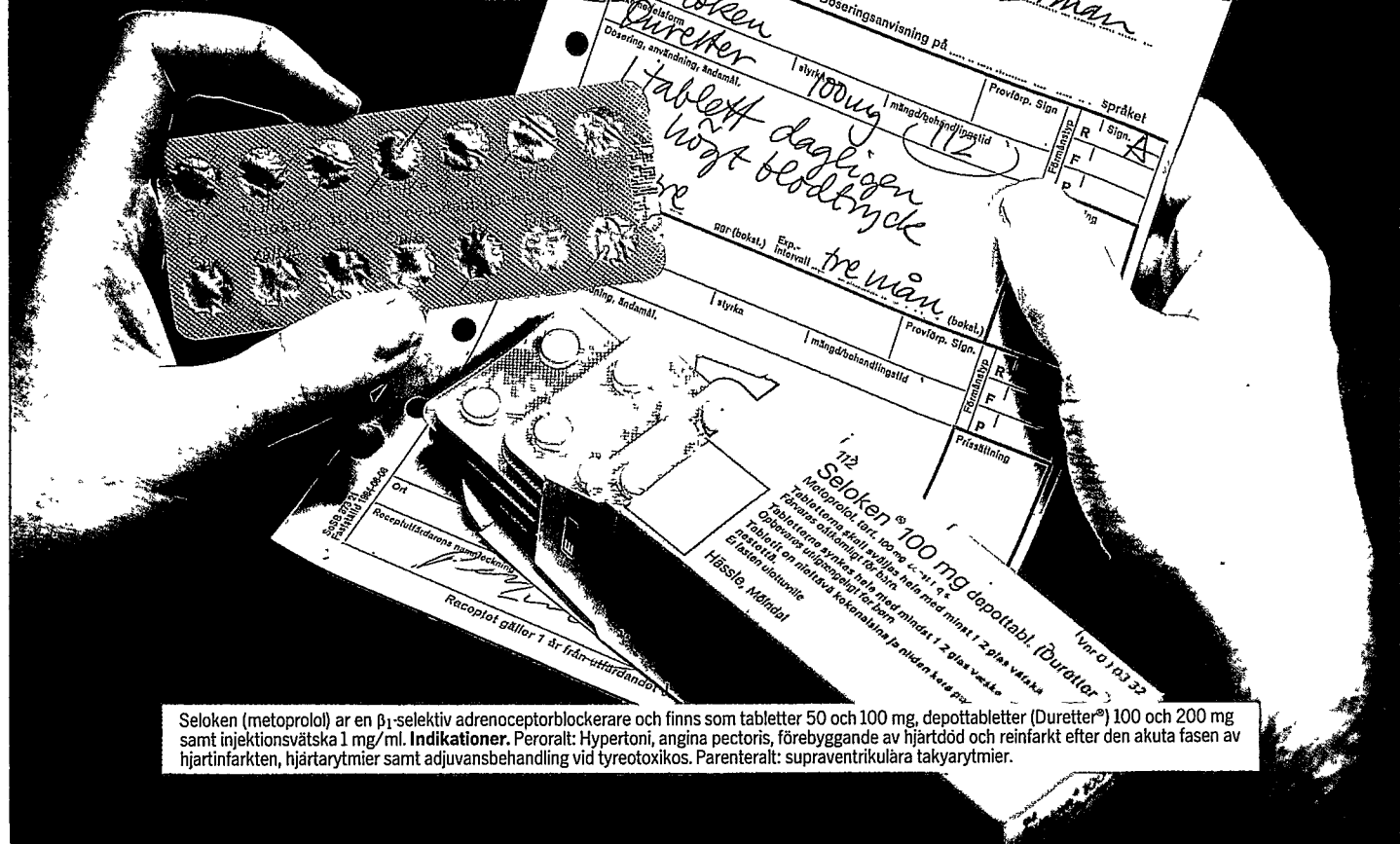
I en ny bok från socialstyrelsen – "Läkemedel och äldre" (Socialstyrelsens äldreomsorgsprogram, 1985) – beskrivs samspelet mellan vetenskap och praktik i fråga om äldre och läkemedel. Boken vänder sig i första hand till personal inom äldreomsorgen. Avsikten är att den ska användas i utbildningen av framför allt hälso- och sjukvårdspersonal men även av personal inom den sociala äldreomsorgen.

"Läkemedel och äldre"
Socialstyrelsen/Utbildningsproduktion AB

Pris: 26 kr

Information: Förste byråsekreterare Gudrun Nörle, tel 08/783 36 06, byrån för äldreomsorg.

NU FINNNS SELOKEN® metoprolol DURETTER® ILÅG DOS.



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

Selexidin
Selexidin
Selexidin
pivmecillinam

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

Vid förskrivning, se FASS

Lövens Läkemedel



Box 404 20124 Malmö