

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



VID DEN 4:e NORDISKA KONGRESSEN
I ALLMÄN MEDICIN
UPPFÖRDES MUSIK KOMPONERAD OCH FRAMFÖRD
AV DISTRIKTSLÄKAREN MATS FALK

Allmänmedicin
med musik
i Lund

4
1985

Rapport från
Allmänmedicin-
kongressen

DISTALGESIC Δ R

Deklaration. 1 tablett innehåller: Dextropropoxyphen, hydrochlorid, 32,5 mg, paracetamol, 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q.s.

Egenskaper. Dextropropoxyfenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har anal-

getisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra.

Indikationer. Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet.

Kontraindikationer. Överkänslighet mot dextropropoxyfen eller paracetamol. Alkohol- eller sömnmedelspåverkan.

Försiktighet. Preparatet bör ej förskrivas till patienter med kroniska alkoholbesvär eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstänkas. Dextropropoxyfenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med kodein. **Graviditet och amning.** Kategori A.

Biverkningar. Dextropropoxyfen kan vid upprepad dosering gesedation, 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 innehåller varken barbiturater eller kodein."

Distalgesic är ett rent analgetikum som ger en mycket låg behandlingsskostnad.

DISTALGESIC[®]

ELI LILLY SWEDEN AB BOX 30037
104 25 STOCKHOLM TELEFON 08-13 02 50

Ledare:

Nya satsningar för SFAM.
Bengt Linder 156

Föreningsnytt:
Årsmöte SFAM. 157

Remissvar. Huvudvärk – underlag till
vårdprogram, PM 93/85. 157

Doktorsavhandling:
"Sollentuna-nytt" men nu en
avhandling. 158

SFAM och datorerna.
*Lars Berg, Britt-Gerd Malmberg,
Göran Sjönell* 160

Internationellt:
Research in primary health care. 162

SIMG-Janssen Prize 1985. 162

Debatt:
Att veta vad man skall mäta.
Magnus Eriksson 164

Allmänmedicinaren behövs till
primärvårdsforskning.
Sten Larsson 165

Organiserad diabetesvård ger effekt om
det går att organisera den effektivt.
Anita Carlsson, Urban Rosenqvist 168

Klarlägganden om läkemedels-
konsumtionen på ett servicehus. 169

Bör uppspårande och läkemedels-
behandling av höga blodfetter få en
renässans i primärvården?
Bengt Järhult 171

Hypertoni:
Hypertoni hos diabetiker. 173

Alkoholvård i primärvård:
Alkoholmottagningen vid Brand-
bergs vårdcentral.
Robert Ludwig 177

Dödlighetsregister:
För tidigt döda män i Borlänge
kommun.
Mats Granvik, Hans Hallberg 181

Dödsorsaksmönster och vård i livets
slutskede i Hofors.
Fritz Eilifsson, Mats Ribacke 187

Mottagningsköterska i primärvård:
Mottagningsköterska i glesbygd – en
resursperson i primärvården.
Lena Westlund, Ingrid Sehlberg 189

BVC:
Erfarenheter av "6-årskontroll" på
barnavårdscentral.
*Magnus Eriksson,
Margareta Brännström* 190

Infektioner i primärvård:
Snabbtympanometri på vårdcentral.
*S Mölstedt, L Borgquist,
M Sjunnesson* 191

**Att skriva och publicera vetenskapliga
artiklar:**
Att söka litteratur och sammanställa
referenslistor.
Bo J A Haglund 193

Olycksfallsprevention:
Den livsfarliga framtiden.
Barbro Westerholm 200

Kurser & konferenser 203
Socialmedicinsk teori och metod.

4:e Nordiska kongressen i
Allmänmedicin. 205

ADB i primärvården. 206

Kongsvoldseminariet – norsk allmän-
medicin lever. 206

Distriktsläkaren inför HS90. 207

HS90 och folksjukdomarna. 209

Recensioner:
Smärta och andra symptom
hos cancerpatienten – diagnos
och behandling. 210

Själrig misstanke "?" ett fall av
misstänkt incest. 210

Nya satsningar för SFAM

SFAM genomför i år en viktig förändring av sina stadgar. Förändringen kan synas ganska obetydlig men borde få stor betydelse. Tidigare har SFAM haft sina årsmöten i samband med Riksstämman för läkare i månadsskiftet november/december. Detta har inneburit att årsmötet ofta varit en proformaangelägenhet och, med vissa undantag, inte ett möte med debatt som fört föreningen framåt. Konkurrensen med övriga begivenheter på och omkring riksstämman har i allmänhet inneburit ett lågt deltagarantal. I höst kommer föreningen för första gången att ha sitt årsmöte i samband med det vetenskapliga höstmötet och vi tror att detta kommer att medföra en kvalitetsförbättring.

Ni medlemmar i SFAM som läser detta har fått årsberättelsen och kallelsen till mötet för några veckor sedan och jag hoppas Ni som kommer att närvara i Södertälje bidrager med synpunkter och gör årsmötet till ett gott sådant.

En förening kräver kritisk granskning och analys som utvecklar både föreningen och, i detta fall, allmänmedicinen.

Det korta, senaste verksamhetsåret har varit intensivt. SFAM har besvarat ett flertal viktiga remisshandlingar. Läkarsällskapet har i sina slutliga svar i allmänhet tagit stor hänsyn till SFAM:s synpunkter, speciellt när det gäller HS90 och cancerutredningens rapport. Remissarbetet är ytterst viktigt, genom noggranna utarbetade uttalanden grundade på ovan nämnd kritisk granskning och analys tillföres ämnet ny valör.

Detta framkom i hög grad vid den senaste, mycket lyckade *Nordiska Allmänmedicinska kongressen* i Lund i juni. Allmänmedicinen och vi, dess företrädare, har i dag en helt annan ställning i den medicinska världen än bara för ett halvt decennium sedan.

Vi får dock inte slå oss till ro och tro att vi nu funnit allmänmedicinens kärna och kan behärska den. Bo Haglund diskuterade, i en ledare, detta problem i föregående nummer av *AllmänMedicin*, där en analys av tre, delvis i varandra liggande, begrepp utfördes: Den sjukdomsorienterade praktiken, Den situationsorienterade praktiken och Den samhällsorienterade praktiken. Allmänmedicinens kärna ligger i det område där dessa tre delar täcker över varandra. Förbättrade insikter i dessa begrepp är nödvändiga.

Den identitetskris som var aktuell för oss allmänläkare i mitten av 70-talet har vårt ämnes utveckling eliminerat. Där har våra nationella, nordiska och internationella möten haft den allra största betydelse. Utbytet av idéer, upptäckten av att våra problem är universella och det gemensamma bearbetandet av dessa ligger bakom vår ökade säkerhet och förbättrade kunskap. Detta har gjort att vi idag sannolikt också är bättre allmänläkare.

De allmänmedicinska institutionerna har fått en allt större betydelse, både på den akademiska nivån och för oss som arbetar i Primärvården. SFAM har under året fortsatt att arbeta för ett förstärkande av den akademiska allmänmedicinen i Sverige. Som ett ytterligare bevis på institutionernas betydelse har ytterligare två distriktsläkare under verksamhetsåret disputerat i för Primärvården och Allmänmedicinen ytterst angelägna ämnen.

Samarbetet med Distriktsläkarföreningen har under verksamhetsåret utvecklats. Initiativ, framför allt på utbildningssidan, har resulterat i att DLF och SFAM till hösten 1985 planerar ett gemensamt möte i Stockholm med titeln *HS90 Från idé till praktik*. Ytterligare gemensamma möten med DLF planeras för framtiden.

Jag är övertygad om att vi kan föra allmänmedicinen framåt genom gemensamma ansträngningar grundade på vår traditionellt mycket goda medicinska kunskap samt den nya medvetenhet som många av oss har inför hälso- och sjukvården på 90-talet. Denna nya medvetenhet innebär att vi tar ett ökat ansvar för det förebyggande arbetet, både vad gäller individen och miljön. Det är då nödvändigt att var och en av oss på sitt sätt tar ansvar för detta. Summan av de enskilda ansträngningarna kommer att föra vårt ämne framåt. Jag är övertygad om att detta kommer att visas redan på höstmötet i Södertälje.

Bengt Linder

Ordförande i SFAM

AllmänMedicin

Manus-stopp

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1985/1986. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1985/1986.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
5/85	31/ 8-85	41
6/85	15/10-85	48
1/86	2/12-85	3
2/86	25/ 1-86	12
3/86	9/ 4-86	22
4/86	10/ 6-86	37
5/86	1/ 9-86	42
6/86	6/10-86	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, 902 37 Umeå.
Tel 090/1245 09

Redaktionsadress:

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

Annonser:

MJ Annon্সförmedling
Ahlströmgatan 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 medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmän Medicin).

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

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1985.

ISSN 0281-3513

Årsmöte – SFAM

Härmed kallas medlemmar i Svensk Förening för Allmänmedicin till ordinarie årsmöte torsdagen den 26:e september klockan 15.00–17.00.

Årsmötet kommer att äga rum i Bergasalen? Hotel Skogshöjd, Södertälje.

Separat kallelse samt verksamhetsberättelse kommer att sändas ut till föreningens medlemmar.

Förutom ordinarie årsmötesförhandlingar så kommer det bland annat att ges utrymme för diskussion om tidskriften Scandinavian Journal of Primary Health Care samt om de allmänmedicinska/samhällsmedicinska institutionernas roll inom allmänmedicin.

Årsmötet arrangeras i samband med föreningens vetenskapliga höstmöte, som äger rum i Södertälje den 26:e–27:e september.

Se separat inbjudan i AllmänMedicin nr 3/85.

Remissvar Huvudvärk – underlag till vård- program, PM 93/85

Socialstyrelsens vårdprogramnämnd har kommit med ytterligare ett underlag för vårdprogram, denna gång med titeln Huvudvärk.

I inledningen är skrivet att vårdprogramunderlaget i första hand är skrivet för läkare som arbetar som allmänläkare eller internister, men torde också ha en del att erbjuda neurologer. Vissa andra specialister, som ögonläkare, öronläkare och ortopedier har också en hel del att hämta.

Ett underlag som har den huvudriktningen borde utarbetas i nära samarbete med företrädare för allmänmedicinen/allmänläkarna. 13 experter har ingått i arbetsgruppen för vårdprogramunderlaget, men ingen av dessa är allmänmedicinare/allmänläkare. En distriktssköterska finns förträd i gruppen, Birgitta Wiklund.

Med ansatsen att skriva vårdprogramunderlag för primärvården och genom att inte ha dess företrädare med i utredningen kan man sålunda inte förväna sig över resultatet. Resultatet är en mycket intressant lärobok, som omspannar i stort sett samtliga sjukdomar, som har symtomet huvudvärk som huvud- eller delsymtom. Vid beskrivningen av huvudvärksformer, som upptar 64 sidor, är det helt dominerande och i primärvården mycket förekommande spänningshuvudvärk av-

VIKTIGA DATUM FÖR SVERIGES ALLMÄNLÄKARE 1985/86

**SEPTEMBER 19–21: 4:e
Balintmötet i Östersund.
21–16: 34 International Congress
on General Practice (SIMG),
KLAGENFURT, Österrike.
Information: Sekretariat, A-9020
Klagenfurt, Bahnhofstrasse 22,
Österrike.
25–28 SFAM:s höstmöte, Södertälje.**

**OKTOBER 30: HS 90 och folk-
sjukdomarna. Från idé till prak-
tik. Folkets Hus, Stockholm.
Arrangör: SFAM/DLF
(Förfrågningar: Gunvor Eriks-
son, 08-790 33 91.)**

**NOVEMBER 27–29 Riksstämman,
Stockholm**

DECEMBER

JANUARI

FEBRUARI

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:–

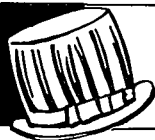
Priserna är exkl. nysättning och originalarbete.
Mervärdesskatt tillkommer.
Särtryck beställs direkt från
Kurt Nilsson, Sätterian, Box 93083,
541 03 Skövde, tel 0500/867 70.

Sammanfattande bedömning

En alltför specialiserad utgåva som saknar goda epidemiologiska underlag och vars rekommendationer och innehåll till största delen är av ringa värde för primärvårdens allmänläkare.

Göran Sjönell

Med dr, distriktsläkare
Specialkunnig i primärvård



"Sollentuna-nytt" men nu en avhandling

HANS ÅBERG

Nyckelord: Primärvård, personaltätet, Sollentuna, avhandling.

Ingvar Krakau försvarade den 24 april 1985 sin avhandling: Development of primary care in Sollentuna. Detta var den första disputationen vid Allmänmedicinska institutionen i Uppsala. Fakultetsopponent var professor Peter Hjort från "Norges almenntvesskapelige forskningsråds gruppe for helsetjenesteforskning" i Oslo. Handledare har varit professor Gösta Tibblin, som också var ordförande vid disputationen.

Avhandlingens form

Avhandlingen består av en 47 sidor lång engelsk sammanfattning som baserar sig på 2 rapporter omfattande sammanlagt 180 sidor exklusive ett antal appendix. Rapporterna är publicerade som nr 2 och 3, 1985, i Allmänmedicinska institutionens i Uppsala rapportserie.

Avhandlingen är både till omfång och innehåll ett mycket gediget arbete. Inledningen utgöres av en noggrann litteraturgenomgång av både den nationella och internationella utvecklingen av primärvård och primärvårdsforskning. Detta är värdefull bakgrundsläsning och översikten har inte mindre än 176 referenser.

Avhandlingens förutsättningar

Stockholms läns landsting beslutade 1978 att i några försöksområden pröva en "väl utbyggd primärvård" i huvudsak enligt kontinuitetsutredningens förslag (1). Man ville undersöka vilka effekter en sådan förändring skulle få på befolkningens vårdutnyttjande och vilka konsekvenserna skulle bli för den övriga sjukvården. Sollentuna blev ett av dessa uttagna försöksområden.

I Sollentuna kommun finns två vårdcentraler och en läkarstation med var sitt betjäningsområde. Sollentuna vårdcentral kom att bli försöksområde medan Rotebro vårdcentral och Edsbergs läkarstation blev kontrollområden. Områdenas befolkningsunderlag var under försöksperioden 1979-1983 för Sollentuna cirka 19.500-19.700, för Rotebro 13.400-14.800 och för Edsberg 12.800-12.300.

Försöksuppläggningsen i enlighet med landstingets intentioner blev att Sollentuna skulle förstärkas på personalsidan medan Rotebro och Edsberg skulle ha väsentligen oförändrad personalstyrka. Vårdcentralen i Sollentuna fick därvid en bemanning motsva-



rande en allmänläkare per 3.000 invånare och en distriktssköterska per 2.200 invånare. I Rotebro däremot var förhållandena en allmänläkare per 4.400 invånare och i Edsberg en per 6.400. Beträffande distriktssköterskornas antal var det klart lägre i kontrollområdena även om det under försöksperioden tillkom två distriktssköterskor i Rotebro vilket var ett avsteg från försöksuppläggningsen.

Avhandlingens syfte

Arbetets syfte var att studera effekterna av en utbyggd primärvård från både dennas och befolkningens perspektiv. Krakau antog att befolkningen i ökad omfattning skulle samla sina sjukvårdskontakter till den utbyggda vårdcentralen och att primärvården skulle bemötas på ett positivt sätt av patienterna liksom av personalen. Vidare antog han att vårdens innehåll skulle utvecklas vid en utbyggd verksamhet.

Åtta specificerade, delvis ganska detaljerade frågor ställdes. Dessa återges ordagrant från avhandlingen.

1. Hur förändras utnyttjandet av allmänläkarvård bland män och kvinnor i olika åldrar, i olika inkomstgrupper och i grupper med olika sjukskrivningsförhållanden?
2. Hur påverkas allmänläkarvårdens tillgänglighet, besökstidens längd och kontinuiteten i vården?
3. Hur förändras befolkningens utnyttjande av distriktssköterskevården?
4. Hur förändras utnyttjandet av andra sjukvårdsinstanser? Avlastas sjukhusens akutmottagningar, tidsbeställda

mottagningar och den slutna vården? Hur påverkas besöken hos privatläkare och företagsläkare?

5. Hur förändras sjukfrånvaron i befolkningen?

6. Hur förändras befolkningens attityder till och erfarenheter av primärvården?

7. Hur upplever vårdcentralens personal arbetet i en utbyggd primärvård?

8. Hur påverkas möjligheterna till vårdutveckling och forskning inom primärvården?

Krakau och handledaren tog sedan ett mycket okonventionellt grepp, då man lät vardera av de 8 frågorna få sitt hypotetiska svar. Dessa hypoteser lästes sedan in och togs fram först vid avslutningen av avhandlingsarbetet varvid dessa fick konfronteras med den funna verkligheten.

Avhandlingens metodik

För att svara på ställda frågor använde Krakau många olika metodiker och i flera fall egna lösningar. Vårdutnyttjandet studerades med hjälp av ett populationsbaserat basregister utgörande ett stickprov om 10 procent av hela befolkningen. Ett särskilt besöksformulär utarbetades för att kunna beskriva vården vid varje besök hos allmänläkare. Vidare användes landstingets öppenvårdsstatistik och slutenvårdsstatistik liksom Riksförsäkringsverkets statistik och dödlighetsstatistiken från det lokala pastorsämbetet. Befolkningens sjukvårdskontakter studerades med hjälp av postenkät som riktades till ett stickprov av befolkningen vid samma tid under varje försöksår, som studien pågick. Den definitiva personalbemanningen i primärvården erhöles från de manuellt förda matrikelkorterna på landstingets personalavdelning. Märkligt nog tillät inte landstingets personaladministrativa system retrospektiva studier av bemanningen på enskilda mottagningar. Personalens uppfattningar om utbyggnaden erhöles via intervju av psykolog.

Några av resultaten

Vid Sollentuna vårdcentral ökade allmänläkarbesöken mellan 1979-1983 med 38,5 procent medan kontrollområdena Rotebro och Edsberg redovisade minskning. Beträffande akutbesöken dubblerades dessa mellan 1977 och 1983 på Sollentuna vårdcentral från 15,3/100 invånare och år till 33,8/100 invånare och år. Kontrollvårdcen-

tralerna hade 8,4 respektive 17,2 och 16,9 respektive 20,2. Ökningstakten i Sollentuna var anmärkningsvärt stor mot bakgrund av att man från början startade högt. Motsvarande relationsstal för hela länet var 10,6 respektive 17,9. Vårdutnyttjandet var i alla åldrar högre bland kvinnor än bland män. Flergångsbesökarna svarade för huvuddelen av det ökade vårdutnyttjandet.

I förhållande till de 3 olika inkomstgrupperna som undersöktes var besöksökningen störst för alla i försöksområdet och den var mest uttalad i låginkomstgruppen. Detta gällde i första hand männen, men liknande fynd gjordes även för kvinnorna.

Distriktssköterskevården ökade påtagligt i Sollentuna men även i Rotebro. På båda ställena nådde besöksfrekvenserna långt över genomsnittet i länet. Tillgängligheten, mätt i andel "tidiga" besök, var större i försöksområdet. Besökens längd var också större det vill säga en mindre andel hade 15 minuters besök och en större hade 30 minuters besök. Vid en besvärsgredning av besöken framkom inga skillnader mellan försöks- och kontrollområdena.

Patient-läkarkontinuiteten, mätt med Ejlerstssons kontinuitetsindex (2), var hela tiden högre på försöksvårdcentralen. Samtidigt pekar Krakau på det viktiga förhållandet att mindre än 25 procent av befolkningen gjorde 2 eller flera besök hos allmänläkare under ett och samma år, varför naturligtvis behovet av strikt läkarkontinuitet kan diskuteras.

Studien visade också att ifråga om jourfall var det ungefär lika stor andel av befolkningen som använde sig av akutsjukhusen som av primärvårdens jourmottagning. Akutmottagningen i försöksområdet användes mindre än i kontrollområdet (Rotebro). Samtidigt som andelen besökande hos allmänläkare ökade under den studerade 4-årsperioden visade besöken vid primärvårdens jourmottagning ingen motsvarande tendens.

När det gällde slutenvårdsutnyttjandet förelåg inga systematiska skillnader mellan försöksområdet och kontrollområdena. Flertalet av de sjukhusvårdade var inte aktuella i primärvården vid tiden för det studerade vårdtillfället. Huvuddelen av de totala vårdtiderna betingades av ett mindre antal patienter med lång vårdtid, mer än 30 dagar.

Någon inverkan på sjukskrivningsutvecklingen hade ej den utbyggda primärvården. Andelen män med olika sjukskrivningslängd och sjukfallsfrekvens var densamma i försöksområdet och kontrollområdena. Några väsentliga skillnader i dessa avseenden mellan könen påträffades inte heller.

De upprepade postenkäterna visade bland annat att en fördubbling inträffade av andelen enkätmedtagare med positiva kommentarer om primärvår-

den i försöksområdet. De positiva kommentarerna rörde tillgänglighet, kontinuitet och bemötande. Däremot var situationen i stort sett oförändrad i kontrollområdena. Där förekom inte sällan klagomål på vårdens tillgänglighet.

Beträffande personalens uppfattning om verksamheten vid Sollentuna vårdcentral bedömdes denna 1980 och 1983. Samma 12 individer, representerande de flesta yrkeskategorier, intervjuades vid båda tillfällena av en psykolog. Då de intervjuade var få till antalet och selekterade bland sådana som stannade kvar är det nödvändigt att tolka undersökningsresultatet försiktigt som också påpekas av Krakau. Intrycket som han emellertid förmedlar är att vårdlagen efter en anpassningsperiod på något år, senare kom att fungera mycket bra. Den ökade personalstabilitet, som kom fram både i intervjuer och på andra sätt, för alla utom läkarkategorien, kan också anföras som bevis. På grund av bland annat de tidsförordnade utbildningstjänsterna för läkare var stabiliteten där betydligt mindre. Sammanhållningen inom vårdlagen visade sig ha en oväntad styrka. Man höll sig inom det egna vårdlaget och kontakterna minskade med de andra mottagningarna. Trots detta upplevdes ändå kontakterna mellan vårdlagen på vårdcentralen som goda.

Slutligen redovisar Krakau forsknings- och utvecklingsarbeten från Sollentuna vårdcentral. Ett av målen var just att få igång sådan verksamhet. Olika personalkategorier engagerades i utvecklingsprojekt av vilka flera även lett till samarbete med olika kliniker, institutioner, socialtjänsten, Apoteksbolaget, Spri och försäkringskassan. Denna samling arbeten är imponerande.

Några sammanfattande slutord

När nu disputationen är avklarad och resultaten i undersökningen kan jämföras med de ursprungliga hypoteserna kan man säga att de flesta slog in. Viktigt är emellertid att man nu fått fakta. Krakau har på ett mycket förtjänstfullt sätt gett oss sådana. Primärvårdsdebatten har ibland kännetecknats av brister i detta avseende. Därför hälsas denna avhandling med stor tillfredsställelse.

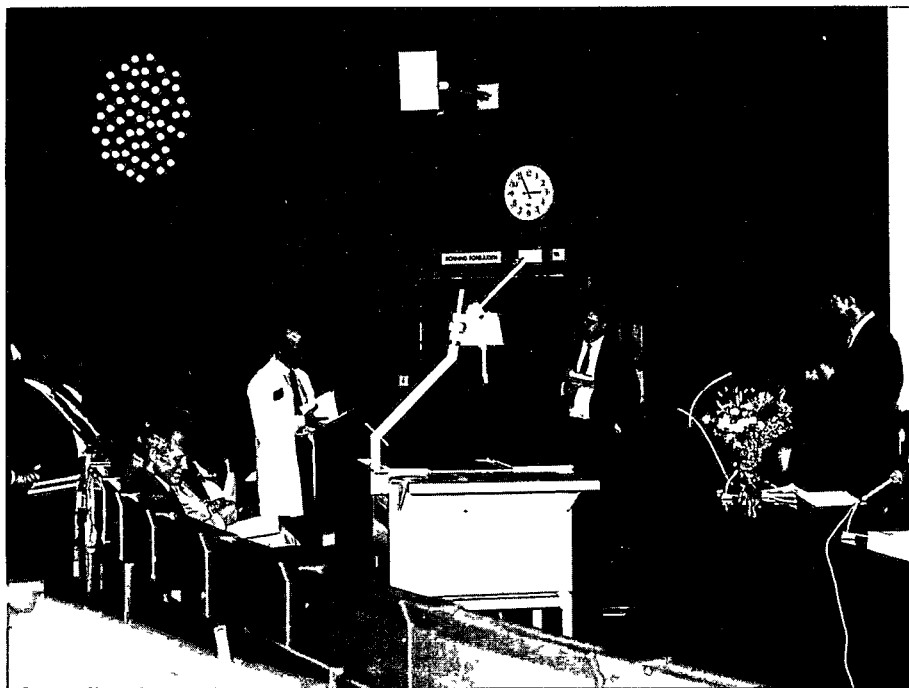
Var det nu något som inte blev som Krakau tänkt sig? Avlastningseffekterna på sjukhusen kunde inte spåras, minskning av antalet sjukskrivningar och deras längd ej heller. Detta är en nyttig läxa. Avlastning av sjukhusen är inte att vänta sig i ett kort tidsperspektiv. I stället får man uppskatta de för patienterna positiva kvaliteterna av en utbyggd primärvård – något som så väl kom fram i denna avhandling genom befolkningens ändrade attityder.

Referenser:

1. Betänkande av kontinuitetsutredningen. Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård. Stockholm: LiberFörlag, 1978 (SOU 1978:74).
2. Ejlerstsson G, Berg S. Continuity of care measures. Med Care 1984; 22: 231–9.

Författarpresentation:

Hans Åberg, klinisk lärare vid Allmänmedicinska institutionen, Uppsala universitet och distriktsläkare vid Årsta vårdcentral, Uppsala.



LARS BERG · BRITT-GERD MALMBERG · GÖRAN SJÖNELL

Nyckelord: Primärvård, ADB.

På initiativ av styrelsen i Svensk förening för allmänmedicin har en initiativgrupp för SFAM:s Datorgrupp bildats. Som en fortsättning på arbetet med basdatagrupper vill föreningen söka etablera inom sin krets en särskild kompetens inom datateknologin. Den 6/6 1985 samlades i Stockholm, som representant för styrelsen Göran Sjönell, samt distriktsöverläkare Britt-Gerd Malmberg, Kronans vårdcentral, Sundbyberg, distriktsöverläkare Lars Berg, Tibro vårdcentral. Kallad till mötet, men förhindrad att närvara var distriktsöverläkare Bengt Dahlin, Gråbo, distriktsöverläkare Christer Gunnarsson, Örnsköldsvik och distriktsöverläkare Marcus Kallionen. En arbetsgrupp bildades av de tre närvarande vid mötet med Britt-Gerd Malmberg som ordförande och Lars Berg som sekreterare. Vid mötet diskuterades olika utvecklingstrender inom datorstöd i primärvården. Bland många aktiviteter som förekommer i landet kan följande kommenteras:

1. Socialstyrelsen har tillsammans med landstingsförbundet tillsatt en grupp WALDEMAR, som ska diskutera öppenvårdsregister inom sjukvården i Sverige. En central fråga i denna utredning är vad landstingen ska leverera för data till socialstyrelsen för mer central bearbetning och hälsoövervakning.

Britt-Gerd Malmberg ingår som representant för primärvården i denna utredning.

2. Av flera konferenser som har hållits kan noteras konferens i Loka Brunn där datorstöd i sjukvården diskuterades. Örebro läns landsting har kommit långt och förefaller vara uppbundet kring kommundata och centraldatorteknik. Vid denna konferens kunde konstateras att företrädare för primärvården och sjukhusen har något olika inställning. Sjukhusen föredrar mer central datororganisation, medan primärvården önskar mer lokalt förankrat datorstöd.

3. Läkarförbundet har tillsatt en referensgrupp för datorfrågor bestående av en representant från varje län. Gruppen som diskuterar datorfrågor har huvudsakligen kommit att inrikta sig på problemet kring sekretess och patientens integritet i systemen.

Arbetsgruppen enades i sina diskussioner om att primärvårdens problem kan ses i olika nivåer avseende datorstöd. Med utgångspunkt från ett primärvårdsområde kan följande nivåer beskrivas:

Nivå 1:

Personaladministrativa rutiner.

Många personaladministrativa rutiner görs fortfarande manuellt. Dessa rutiner, till exempel tjänstgöringsscheman, semester, frånvaro, månadsrapportering, utbildningsverksamhet etc, kan med fördel hanteras med hjälp av dator. En minidator inom primärvårdsområdet klarar utmärkt dessa arbetsuppgifter.

Nivå 2:

Vårdplanering

Att planera patientbesök, hembesök, olika mottagningsaktiviteter etc görs på de flesta håll numer med det så kallade Lerum-systemet. Försök pågår att överföra Lerum-systemet till data och denna typ av planering är säkert möjlig att lägga över på datorer. I det arbete som pågår har dock framkommit ganska stora svårigheter och frågan kvarstår om en datorisering är överlägsen en manuell hantering.

Nivå 3:

Datoriserade journaler

ger en möjlighet till såväl planering som forskning och utvärdering. Den datorteknologi som krävs för journalhantering är dock väsentligt mer avancerad än den rutin som krävs för personaladministrativ hantering.

Arbetsgruppen var helt enig i att det viktiga i den framtida utvecklingen för datorteknologin inom primärvården är att se den praktiska användningen av datorerna som förutsättning för en datorisering.

Centrala, övergripande register, centrala program är ofta av mindre värde för de lokala enheterna. Patientens integritet är oerhört väsentlig och kan inte förbises. Inom det närmaste decenniet kommer stora förändringar att ske och det är viktigt att svenska allmänmedicinare ligger med i utvecklingsfronten och kan påverka datorteknologins tillämpning i primärvården. Annars är det stor risk att mer specialiserade intressen tar över och allmänmedicinerna blir sittande med datorteknologi som inte överensstämmer med vårdens innehåll och målsättning.

Arbetsgruppen sammanfattade SFAM:s Datorgrupps framtida arbetsfält i följande 10 punkter:

1. Formulera och ställa krav på centrala register för användning i primärvården.
2. Bevaka och försvara patientens integritet inom datorteknologin.
3. Utreda och fastställa vilka behov primärvården har visa vi centrala dataregister.

4. Analysera effekterna av datorisering av vårdplanering med krav på bibehållen kompetens hos den arbetande personalen. Avvägningar, bedömningar kan inte överlämnas till tekniken.

5. Initiera och utvärdera försök med personaladministration inom primärvårdsområdet.

6. Dokumentera och beskriva dagsläget, vilka datorprogram finns, Hur används de? Vilka effekter har man hittills kunnat registrera?

7. Initiera och utvärdera försök med datoriserad vårdplanering.

8. Beskriva och utvärdera datorernas praktiska användning i vardagssjukvården.

9. Initiera, starta och utveckla utbildning inom datorstöd i primärvården.

10. Inbjudna alla svenska allmänmedicinare att ta kontakt med SFAM:s Datorgrupp och deltaga i det kommande decenniets utvecklingsarbete.

SFAM:s Datorgrupp vill med denna artikel uppmana alla kollegor och andra i primärvården, som har intresse av och kunskap i datorfrågor att ta kontakt med arbetsutskottet för att vi så snart som möjligt ska kunna organisera det framtida arbetet. Många stora frågor av vital betydelse för den kommande allmänmedicinen kräver vårt aktiva engagemang.

Författarpresentation:

Lars Berg, är distriktsläkare vid Tibro vårdcentrum, Box 275, S-543 01 Tibro

Britt-Gerd Malmberg, är distriktsläkare vid Vårdcentralen Kronan, S-172 83 Sundbyberg

Göran Sjönell, är distriktsläkare vid Matteus vårdcentral, S-113 27 Stockholm

Sydsvenska allmänläkarklubben

Vårmöte i Växjö 1985-04-19

Allmänmedicinare i Växjö, med distriktsläkare Anders Håkansson, vårdcentralen Teleborg som samordnare, var värdar för klubbens vårmöte.

Mötet föregicks av en halv dags handledarutbildning arrangerad av Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby i samarbete med vårdcentralen Teleborg. Ett 20-tal distriktsläkare från regionen, speciellt dess norra del, deltog. Programmet upptog en presentation av allmänmedicinsk undervisning under läkarnas grundutbildning, speciellt som den bedrivs från

Dalby men med utblickar mot utbildningen i riket. Professor Bengt Schersten biträdd av lärare från Dalby svarade för innehållet. Utbildningsdagen innehöll också gruppdiskussioner kring handledningens medicinska innehåll, uppläggning samt förberedda fall.

Allmänläkarklubbens möte tog vid klockan 15. Ett 40-tal medlemmar hade infunnit sig. Efter kaffesamkväm presenterades vårdcentralen och dess försöksverksamhet med patientadministrativt datasystem.

Vid halv 5-tiden förflyttade sig deltagarna till sparbanken Kronans hus i centrala Växjö. Bankekonomen Vera Wendt inledde med ett kåseri över ämnet "Privatekonomi och vardagsjuridik" med utgångspunkt från en fallbeskrivning.

Allmänmedicinskt forsknings- och utvecklingsarbete presenterades genom fem föredrag.

Ett mycket förnämligt ryggprogram hade framtagits genom samverkan mellan sociala och medicinska instanser i Kronobergs län. Programmet har lett till en samlingspärm som innehåller ett vårdprogram för ländryggsbesvär. Programmet kommer genom en mycket ambitiös marknadsföring att få en omfattande spridning inom länet. Ortopeden Thomas Eriksson från Centrallasarettet i Växjö svarade för den intressanta presentationen.

Distriktsläkare Lars Wilhelmsson, Moheda, redovisade ett blodtrycks-

screeningsprogram som genomförts som uppsökande verksamhet i Moheda för ett tusental personer under 1984.

Distriktsläkare Per Andrén, Växjö, som också är verksam i landstingets miljömedicinska råd, redovisade arbetet med kommundiagnoser och pekade speciellt på områden för fördjupade studier. Inom några viktiga hälsoområden kunde klara skillnader uppvisas mellan landstingets olika kommuner.

Distriktsöverläkare Tomas Svensson, Moheda, presenterade en remisstudie som genomförts i samarbete med flertalet sjukhuskliniker i Växjö och Ljungby. Remisstudien bekräftade, vad som även visats från annat håll, att primärvården ingalunda dominerat remisskrivandet till sjukhuskliniker. Företagsläkarna skriver relativt många och även sjukhusets interna remisser utgör en stor andel.

Distriktsläkare Anders Håkansson, vårdcentralen Teleborg i Växjö, hade sammanställt data från 14 månaders läkarmottagningar på vårdcentralens mödravårdscentral. Sammanställningen visade att hälften av de problem läkaren hade att ta ställning till var allmänmedicinska, och att de obstetriska problemen vanligen var av okomplicerad natur. Antalet remisser till specialismödravårdscentral var förhållandevis få. Studien gav stöd för att primärvårdsknuten mödravård på

ett tillfredsställande sätt kan svara för mödravårdens rutinkontroller.

Klubbmötet avslutades med middag där Kronobergs läns landsting var värd. Landstinget företrädades av hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande landstingsrådet Halvard Claesson och ordförande i direktionen för östra sjukvårdsdistriktet Anita Ljungberg.

Efter middagen, i vilken ett 30-tal medlemmar deltog, spelade två unga violinister musik av bland annat Telemann.

Nästa klubbmöte planeras till tisdagen den 5 november med start klockan 15.30. Mötesplatsen blir Malmö där allmänmedicinare samordnade av Erik Trell svarar för programmet. Mötet kommer att förläggas så att det avslutar Dalby-dagarna som i år infaller måndagen den 4 och tisdagen den 5/11.

Vårsmötet 1986 kommer att förläggas till plats inom Kristianstads län. Distriktsläkare Åke Bengtsson, Bromölla samordnar planeringen.

Inbjudan till klubbens möten utgår till medlemmar. Medlemskap är kostnadsfritt. Allmänmedicinare med intresse för Sydsvenska allmänläkarklubben kan anmäla sig som medlemmar till distriktsläkare Birgitta Hovelius, vårdcentralen, 24010 Dalby.

Mogens Hey

KURS I IDROTTSMEDICIN FÖR ALLMÄNLÄKARE I FRANKRIKE V 13, 1986.

SFAM i samarbete med ICI-Pharma AB inbjuder till idrottsmedicinsk kurs i Méribel alternativt annan ort i Frankrike 22-29 mars 1986.

Kursen omfattar totalt 42 timmar i teoretiska och praktiska moment och lägges i förmiddags- och kvällspass.

Följande ämnen ingår i kursen:

Friskvård, traumatologi och näringslära.

De stora folksjukdomarna som till exempel hjärt- och kärlsjukdom och deras samband med idrott och motion.

Kvinnoidrott, barn och idrott samt dopingproblematik.

Kvällspassen avslutas med HLR (hjärt- och lungräddning) samt Friskis/Svettis.

ICI-Pharma AB svarar för kursprogram, kurslitteratur och föredragshållare.

Deltagarna svarar själva för kostnader rörande resa och uppehälle som beräknas till cirka 3.000 kronor. Möjligheter finns för anhöriga att medfölja på resan mot egen bekostnad. Deltagarna bor två och två i lägenhet bestående av två rum. Kursen har förlagts till Frankrike av ekonomiska skäl.

Kursen är anmäld till Landstingsförbundet. Deltagarna uppmanas pröva möjligheten att få kursen bekostad av huvudman.

Antalet deltagare maximerat till 40. Intresserade ombedes omgående ta kontakt med ICI-Pharma AB, Björn Skånberg alternativt Erland Linjer, Stora Badhusgatan 20, 411 21 Göteborg, telefon 031/17 41 20 för erhållande av detaljerat program och ytterligare upplysningar.



internationellt

Research in primary health care

Målgrupp 30. European primary health care workers. Scientific experiences not necessary.

Tid. Monday 4 November 2 p.m. to Friday 8 November 5 p.m. (Saturday 9 November 9 a.m. to 12 optional).

Plats. MRC Epidemiology and Medical Care Unit, Northwick Park Hospital, Harrow, England.

Målsättning. To enable primary health care personnel to formulate ideas that can be tested in a scientific manner, to give a basic understanding of epidemiological methods and biostatistics, to develop critical faculties so that own and others research ideas can be better evaluated, and to give some practical experience in critiques of published work and the development of study protocols.

Undervisningsformer. Lectures, and group sessions about making a protocol and critical reading.

Innehåll. *Monday:* Sir Christopher Booth: Introductory remarks. Description of outline of course and practical organisation. Henrik R Wulff: From idea to project (different designs, causal reasoning). Bjørn Andersen: Basic statistical concepts (biological variation, descriptive and analytical statistics). Henrik R Wulff: Important sources of error (types of bias).

Tuesday: Bjørn Andersen: Interpretation of p-values. Principles of significance testing. Henrik R Wulff: Confidence limits. Poul Krogh-Jensen: Incidence and prevalence – national morbidity statistics. Henrik R Wulff: Randomised clinical trials. Assessment of diagnostic test. Evening: Presentation on the UK General Practice Research Framework (300 group practices around the UK with 2 million patients).

Wednesday: Bjørn Andersen: Sample size. Poul Krogh-Jensen: Scales of measurement and classification. Bjørn Andersen: Fisher's exact test. Henrik R Wulff: Gaussian statistics (SD and SE). Rank sum tests. Bjørn Andersen: Rank sum tests. Evening: Visit and dinner at the Royal College of General Practitioners, London.

Thursday: Poul Krogh-Jensen: Estimation of practice populations. Bjørn Andersen: Correlation and regression. Andrew Haines and Paul Wallace: Making a protocol, critical reading, data collection, design of questionnaires.

Friday: Andrew Haines and Paul Wallace: Evaluation of special projects (group sessions). How to present results. Application for funding. Assessment of course.

Saturday: Participants invited to attend a research meeting of the North-West London Faculty of the Royal College of General Practitioners.

Kursledare. Organised by the European General Practice Research Workshop with the support of WHO, Regional Office for Europe. Course Organiser: Poul A Pedersen, Central Research Unit of General Practice, Institut for almen medicin, Juliane Maries Vej 18, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Overall Chairman: EV Kuenssberg, Little Letham, Haddington, East Lothian, EH41 3SS, UK.

Lärare. Bjørn Andersen (MD, Head of Surgical Department D, Herlev University Hospital), Andrew Haines (General practitioner), Poul Krogh-Jensen (General practitioner), Paul Wallace (General practitioner), Henrik R Wulff (MD, Head of Medical Department C, Herlev University Hospital).

Kurssekreterare. Course secretary: Mrs Verity Duncan, Administrative Secretary, EGPRW, 570 Strathmartine Road, Dundee, DD3 9QP, Scotland. Telephone: (0382) 28212.

Kursavgift. There is no course fee. Expenses for accommodation and travel may be applied for at national organisations or research councils. Hotel accommodation of modest but adequate quality is available. (£30 bed and breakfast) close to the hospital.

Anmälan: To the Course secretary. Closing date: 7 October 1985.

PS! Obs! Forskningsstipendiet i AllmänMedicin nr 3/85 sid 142. Detta kan kanske användas för kursutgifter – efter bedömning av stipendiekommittén.

SIMG – Janssen Prize 1985

This prize aims to promote Research in General Practice. It is open to any General Practitioner in Europe. Applicants should send a typed protocol of no more than 1.000 words, in English, German or French to the under mentioned address. They should state the significance of their project, as well its aims and methods. The work should be completed within 2 years.

The amount of the Prize is 50.000 Bfr.

An international jury will select the best work in respect to specificity, feasibility and relevance for international General Practice.

The prizewinner will receive 30.000 Bfr at the awarding and the remaining sum when the work has been completed.

He should be prepared to present his results at a SIMG Meeting.

In 1984 the Prize has been awarded to Dr M Köhle. He is a G P in Grafing, near to Munich (GRF). He is going to assess the efficiency of the follow-up in hypertensive patients.

Applications can be sent up to 30 November 1985 to:

Prof Dr R De Smet
Secretary of the Jury
Centrum voor Huisartsopleiding
Rijksuniversiteit Gent
Academisch Ziekenhuis
De Pintelaan 185
B-9000 Gent (België)

Nyheter om:

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Tidskriften har under 1985 haft sin huvudredaktion i Köpenhamn under ledning av Paul Backer. Den svenska redaktionen har utökats med en biträdande redaktör, Lars Lindholm från Dalby. De praktiska arbetsrutiner som utvecklats med Almqvist & Wiksells tryckeri i Uppsala under året har medfört att de administrativa rutinerna betydligt förbättrats. Under året har även ansökan gjorts om upptagning av tidskriften i Index Medicin.

Innehållet har breddats under året och tillflödet av svenska artiklar har ökat. Antalet ledare har av några upplevts vara för många. Redaktionen har emellertid bedömt det som angeläget att ge perspektiv på de forskningsarbeten som presenterats. Skälet är att en stor del av tidskriftens läsekrets är verksamma som allmänpraktiker. Antalet prenumeranter är idag större än 4.000.

Trots framgångarna är tidskriften fortfarande i en ekonomiskt brydsam situation. Under de två första åren fick tidningen bidrag till redaktionellt arbete från Nordiska rådet. Detta bidrag finns inte längre och Almqvist & Wiksell (A&W) har tagit över det ekonomiska ansvaret. Från A&W:s sida önskar man nu en ekonomisk garanti i form av kollektiv prenumeration under ytterligare en 2-årsperiod. Övriga nordiska länders vetenskapliga föreningar har tagit ett sådant beslut om fortsatt kollektiv prenumeration. Styrelsen har rekommenderat att SFAM ställer sig solidarisk med sina systerorganisationer i Norden. SFAM:s styrelse menar också att den vetenskapliga tidskriften utgör ett viktigt stöd för utvecklingen av de allmänmedicinska institutionerna i Sverige och att tidskriften dessutom fyller en viktig pedagogisk funktion hos de svenska allmänläkarna. Vår styrelse anser att målsättningen på sikt bör vara att kollektivprenumerationen bör upphöra, men ytterligare en 2-årsperiod med kollektiv prenumeration är nu nödvändig.

Tidskriften är av stor betydelse för den vetenskapliga utvecklingen inom allmänmedicin och primärvård i Norden. Vi vill därför stryka under värdet av ett fortsatt stöd från SFAM genom en kollektiv prenumeration.

Bo Haglund Lars Lindholm

ICI-Pharma är så mycket mer än enbart β -blockerarna Tenormin® och Inderal®.

(atenolol tabl 50, 100 mg,
inj.vätska 0,5 mg/ml)

(propranolol tabl 10, 40, 80, 160 mg,
depå kapslar 160 mg, inj.vätska 1 mg/ml)

Blodtrycksbehandling är
inte bara medicinering.



Vänd Dig därför med förtroende till oss i frågor som rör vidare-
utbildning, utbildningsmaterial, patientinformation m.m. inom
bl.a. det kardiovaskulära området.

 **ICI-Pharma**

ICI-Pharma AB, Stora Badhusgatan 20, 411 21 Göteborg. Tel. 031-17 41 20.

Att veta vad man skall mäta

MAGNUS ERIKSSON

Utifrån en artikel i Allmänmedicin 2, 1985 under rubriken "Att mäta primärvård, - problem och möjligheter", så kommer här ett debattinlägg med synpunkter på artikelns innehåll. Samtidigt frågar sig författaren om vi vet vad vi vill mäta och om vi har med det att göra.

Nyckelord: Debatt, primärvård, utvärdering.

I nummer 2 av Allmänmedicin 1985, så fanns det en artikel av författarna Niels Lynöe och Bengt Mattsson under rubriken "Att mäta primärvård, - problem och möjligheter". Syftet med artikeln angavs inledningsvis vara att belysa varför antalet besök per läkare har minskat de senaste 10 åren.

Personligen känner jag inför denna liksom liknande presentationer ibland en viss trötthet. Det har inte med själva artikeln att göra men den aktualiserar den alltid lika fruktlösa debatten när läkarnas effektivitet relateras i förhållande till antalet läkarbesök. Allra helst när läkarna själva för denna debatt, så känns det som att de försöker ge en acceptabel förklaring till sin egen verksamhet och existens. I den aktuella artikeln försöker man visserligen vidga begreppet läkarbesök - men själva produktivitetmättet och resultatet har istället blivit olika tjocka besök.

Paradoxen - en självklarhet

Enligt mitt förmenande om än med kort praktik som distriktsläkare så måste författarna ha en annorlunda syn på primärvården än jag själv har. Man har bland annat angett att det skulle vara en paradox att antalet besök per läkare har minskat. Det är för mig ingen paradox utan en självklarhet och något vi medvetet strävar efter.

En mycket erfaren kollega sa en gång att han strävar efter att ha sjukvård på förmiddagen och hälsovård inklusive hembesök på eftermiddagen. Då för 7 år sedan lät det tokigt för mig, men idag så tycker jag att han hade alldeles rätt. Vår strävan bör naturligtvis vara att ständigt minska behovet av sjukvård som en följd av ökat preventivt arbete.

Ändrad arbetsorganisation?

Författaren anger att vissa organisatoriska orsaker som BVC med mera kan

ha bidragit till nedgången av antalet besök per läkare, men de anser inte att detta har någon avgörande betydelse

De har med all sannolikhet fel. Distriktsläkare Göran Sjönell har nyligen i Svenska Dagbladet 850316 belyst primärvårdens arbetsorganisation, där man strävar efter att öka distriktsläkarnas indirekta patientarbete till förmån för en ökad satsning på den "basala" sjukvården, - egenvård, vård hos sköterskor, vård och behandling hos undersköterskor och hemsjukvårdare. Samtidigt vill man öka distriktsläkarnas deltagande i förebyggande hälsovård kraftigt. Distriktsläkare Lars Berg med medförfattare har exemplifierat detta i en artikel i tidskriften Allmänmedicin 6/1984, där distriktsläkarnas arbetsuppgifter har analyserats.

Förutom ändrade arbetsuppgifter och ändrad arbetsorganisation så kan även en mängd andra faktorer ha bidragit till en minskning av antalet besök per distriktsläkare. Vi har de senaste åren fått en kraftig ökning av antalet distriktsläkartjänster. Detta har lett till att många av tjänsterna är besatta av unga distriktsläkare eller oerfarna vikarier. Åtminstone för min egen del är det alldeles klart vilken oerhört stor roll patient- och områdeskännedom spelar. Efter att ha lärt känna patienterna under ett par år så kan tidsåtgången vid framför allt akuta besök skäras markant. Jag kan således ta fler patienter per tidsenhet än den mer oerfarne kollegan.

Ytterligare frågor av intresse i detta sammanhang är i vilken grad antalet besök har varit relaterat till enskild läkare eller till läkartjänst. Detta har betydelse vid jämförelse med till exempel specialiteter inom slutenvården där man oftare täcker upp ledighet med vikarier. Arbetstidens längd är också en viktig fråga i detta sammanhang, - 120-, 60-, 48- eller 40-timmars vecka.

Tre symtom kan bli ett

Ytterligare ett par saker skulle jag vilja ta upp i anslutning till artikeln. Författarna har något som de kallar förutsättningar. Dessa givna förutsättningar ger författarna inga som helst bevis för att de gäller. De borde därför rätteligen kallas påståenden eller möjligen hypoteser. Jag tycker dessutom att dessa "förutsättningar" verkar osäkra för att inte säga felaktiga, till exempel att man tidigare hos distriktsläkare alltid bara tog upp ett problem. En sådan förut-

sättning finns det inga belägg för. Författarna är omedvetna om detta, men vidhåller ändå denna förutsättning. En annan intressant fråga är om man kan ta upp problem som man inte har. Enligt min uppfattning är det precis det som ofta är fallet vid konsultation hos allmänläkare. Hur ofta stöter jag inte på patienter med en mängd symtom och besvär, där det slutligen visar sig att det inte alls var därför de sökte. De symtom man anger initialt kan vid sådana tillfällen vara nog så reella som ledvärk, dyspne och högt blodtryck med mera. Även vid dessa tillfällen torde erfarenheten som distriktsläkare spela stor roll vad gäller förmågan att identifiera patientens verkliga problem.

Att veta vad man vill mäta!

Slutligen vill jag återkomma till den viktiga frågan om hur vi önskar mäta primärvården. För att kunna svara på detta måste vi börja med att beskriva vad vi vill mäta. Detta i sin tur kräver klart formulerade mål för primärvården och inte som idag oftast vaga och högtflygande mål. Problemet är också om vi önskar eller skall mäta primärvård separat från den slutna vården. Tanken är ju att dessa vårdformer skall samverka för att ge människor den bästa möjliga hälso- och sjukvård.

Vi skall också fråga oss i vilken mån det är vi inom sjukvården som skall formulera vårdens målsättning. Enligt min mening så skall vi inte göra det. Den skall i stället formuleras av människor i allmänhet och politiker i synnerhet. Men de kan ingenting om sjukvård och primärvård, kan man utbrista! Detta är tyvärr ofta nog så sant, och kanske det är därför vi idag dras med besöksstatistik som mått på vår effektivitet. Samtidigt har jag den uppfattningen att människor i allmänhet mycket väl kan formulera sina krav och önskemål på hälso- och sjukvård, inte minst kan de ofta precisera dessa lokalt och individuellt. Däremot saknar de liksom de flesta politiker grundläggande kännedom om hälso- och sjukvårdens organisation, och detta är kanske ett av de största hindren till att få klart formulerade och mätbara mål för vår verksamhet.

Att spela fotboll utan mål

Vår främsta uppgift som distriktsläkare är kanske därför inte att utforma målsättningen eller mäta primärvårdens effektivitet, utan att informera

om vår verksamhet och kräva vår arbetsgivare på en målsättning som kan relateras till våra befintliga resurser. En sådan målsättning kan till exempel vara "livskvalitet", – med delmål som att veta att man får träffa samma personal, att man vet vart man ska vända sig, att motverka komplikationer till sjukdomar och att man göres uppmärksam på misstänkta och uppenbara hälsorisker. Sådana delmål kan med all sannolikhet mätas på en given befolkning.

Många är kanske de distriktsläkare som liksom jag är arga och besvikna på sina arbetsgivare, – de bryr sig inte om vad jag gör, de ställer inga ordentliga krav på min arbetskapacitet och känslan av meningslöshet smyger sig emellanåt in.

En primärvård utan målsättning är som att spela fotboll utan mål, – man räknar blott antalet tillslag som varje lag har gjort på bollen oavsett åt vilket håll bollen har gått.

Författarpresentation:

Magnus Eriksson, distriktsläkare.

Luna vårdcentral, Nygatan 16, 151 33 Södertälje.

430 60 37

Allmänmedicinaren behövs till primärvårdsforskning!

I AllmänMedicin nr 2/85 aktualiserar Gösta Brydolf och Carl Edvard Rudebeck frågan om de allmänmedicinska professorernas förankring i primärvården och allmänmedicinen. Frågan är högaktuell och av mycket stor betydelse för allmänmedicinens utveckling. I Stockholm finns ännu ingen professor i allmänmedicin men det kommer snart att inrättas en sådan tjänst. Bland annat av detta skäl, kan det vara av intresse att granska hur företrädare för andra specialiteter i sin forskning på primärvården betraktar denna.

Vårdprogram för diabetes

I Stockholms läns landsting fattades 1979 ett beslut om att utveckla ett vårdprogram för diabetes. En undervisningsenhet med docent Urban Rosenkvist som chef inrättades. Undervisningsenheten arrangerar kurser som är mycket uppskattade av distriktsläkare och distriktsköterskor. Inom ramen för denna undervisning diskuteras frågor om organisation av vården. Ett vårdprogram presenteras för kursdeltagarna som förväntas introducera programmet vid vårdcentralerna.

Vårdprogrammet förutsätter att vården organiseras så, att en distriktsköterska vid vårdcentralen tar speciellt ansvar för diabetikerna. Journalföringen skall baseras på en checklista för diabeteskontrollerna. Ett speciellt register skall inrättas över vårdcentralens diabetiker. Det skall organiseras

samarbete i personalgruppen kring diabetikerna.

Utvärdering av vårdprogrammet

Urban Rosenkvist har också gjort en utvärdering av vårdprogrammet. Utvärderingen har presenterats vid Läkaresällskapets riksstämma, vid klinikmöten och vid seminarier. De tio vårdcentraler som bäst uppfyllde kriterierna på ett fungerande vårdprogram, det vill säga diabetesköterska, checklista i journalen, speciellt register över diabetiker och samverkan i personalgruppen, jämfördes med tio slumpvis utvalda vårdcentraler. Undersökningen var mycket resurskrävande. Det gjordes läkarundersökningar av ett tioprocenligt urval av samtliga diabetiker vid de olika vårdcentralerna. Personalen fick svara på en enkät modell större. Undersökningen var upplagd så, att man skulle påvisa skillnader i fasteblodssocker, HbA1C och fotstatus som uttryck för bättre vård från vårdcentralerna med vårdprogram. Några sådana skillnader kunde inte påvisas. De vårdcentraler som uppfyllde kriterierna gav i något större utsträckning vård utan mediciner eller insulin.

Vad utvärderades också?

Man fann vidare att bland patienterna vid vårdcentraler med program, så praktiserades självkontroll i större utsträckning. Födoämneskunskaperna var bättre än vid kontrollcentralerna. Bland patienterna vid kontrollvårdcentralerna angavs i större utsträckning att man fick kontinuitet i vården. Av dessa enkla frekvensuppgifter anser sig Urban Rosenkvist kunna dra slutsatsen "kvalitet kan ersätta kontinuitet".

Är det då så enkelt att forska att man kan dra så för vården viktiga slutsatser ur enkla samband? Svaret är ett klart nej. Om man vill behålla sin trovärdighet som primärvårdsforskare så måste man vara medveten om att frågan om kontinuitet och kvalitet i vården är mångfasetterad och att det krävs en för detta ändamål speciellt upplagd studie.

Jag vill påpeka att om man vill mäta vårdkvalitet i primärvård, så måste man mäta hela utfallet av den vård som ges patienter i mötet med vårdapparaten.

Erfarenheter från Matteus vårdcentral

Vid Matteus vårdcentral registreras diagnos, kön, ålder på ett tioprocenligt urval av besöken. Ur den statistiken kan man utläsa, att under 1981 handlades vid besöken för diabetes i genomsnitt 1,9 problem. Med tanke på att diabetikerna vid vårdcentralen i 65 procent av fallen är över 65 år, så är det inte förvånande att de har ett stort behov av vård utöver den som ges enbart för diabetes. Att i en vårdkvalitetsmätning enbart studera kostkunskaper och kunskaper om självkontroll är att underskatta dessa patienters behov.

Den slutsats som dragits om konti-

nuitet och kvalitet i vården, speglar uppenbarligen mer undersökarens personliga uppfattning än en vetenskaplig sanning.

Vad betyder resultatet av utvärderingen?

Svaret är att vi nu vet att vårdcentraler som uppfyller ovan nämnda kriterier ger lika bra eller lika dålig vård som vårdcentraler i allmänhet. Är detta betydelsefullt att veta? Ja, det skulle kunna vara det, om de valda kriterierna av alla kunde accepteras som kriterier på en vårdcentral som ger god organiserad diabetesvård. Kriterierna måste alltså väljas på ett sådant sätt att de inte mäter något annat än om vårdcentraler tillämpar vårdprogrammet eller inte. Om kriterierna inte mäter det de avses mäta, blir undersökningen helt meningslös.

I detta fall har man vid flera vårdcentraler avstått från att tillämpa de delar i vårdprogrammet som berör vårdens organisation utan att de för den skull avstå från de centrala delarna i programmet som främst ställer krav på innehållet i vården. Att man vid en del vårdcentraler funnit skäl att inte acceptera vårdprogrammets alla krav på organisation tror jag är lätt att förstå för alla allmänläkare som följt debatten bland annat i denna tidning om specialistsjuksköterska på vårdcentral, vårdlag, basdata och registrering av patienter.

Slutsatser

Primärvårdsforskning kräver att forskaren från grunden har kännedom om primärvården arbetssätt och arbetsmetoder. En välmeriterad forskare gör lätt avgörande misstag i sin forskning om han utgår från sina erfarenheter inom annan specialitet, när han forskar på primärvården.

Risken är naturligtvis stor att ett viktigt forskningsfält kommer att bli åsidosatt i framtiden, om inte åtminstone någon professor i allmänmedicin besätts av en person med grundläggande kännedom om allmänläkarnas arbete.

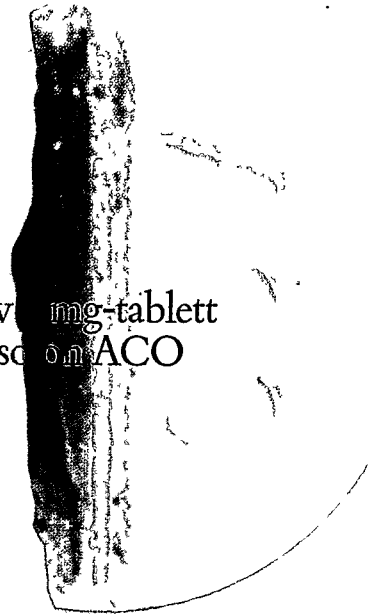
Sten Larsson

Distriktsläkare, Matteus vårdcentral
Surbrunnsg 66, 113 27 Stockholm

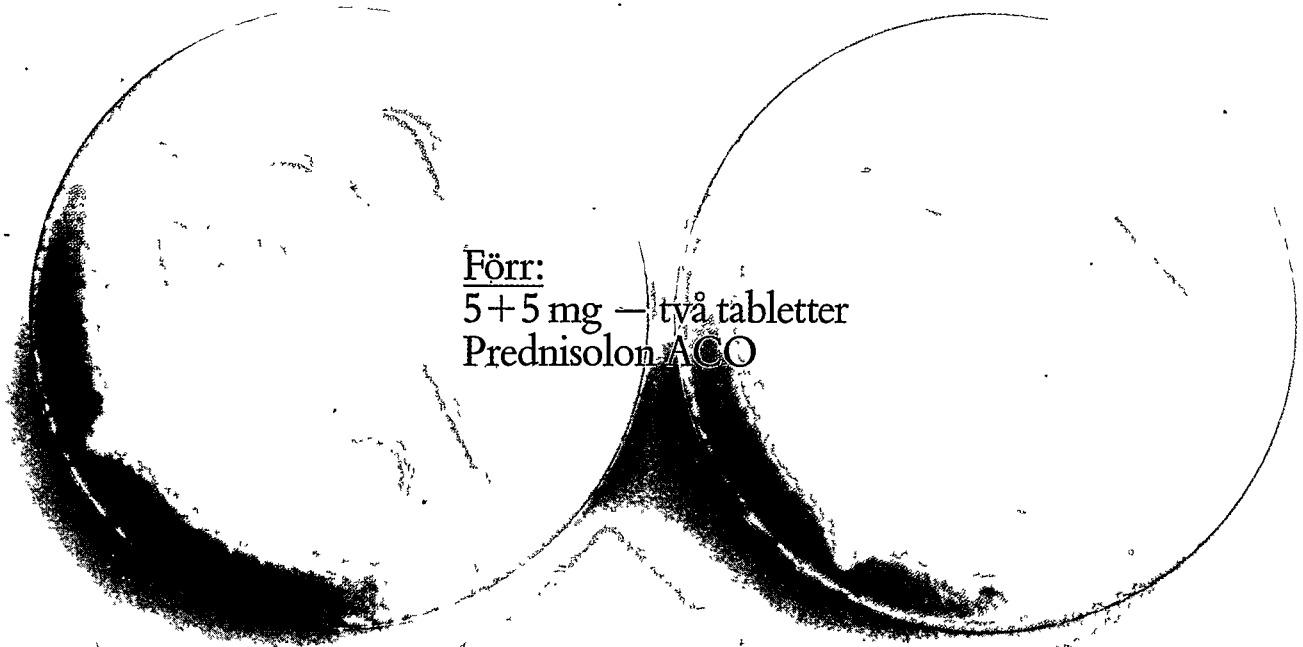
Svar sidan 168!

Dosfö

Förr:
En halv mg-tablett
Prednisolon ACO



Förr:
5+5 mg — två tabletter
Prednisolon ACO



arnuft.

Nu:
2,5 mg — en tablett
Prednisolon ACO

Prednisolon ACO finns nu i tre olika styrkor — 2,5 mg, 5 mg och 10 mg. Viktigt vid förfinad individuell dosering när terapin kräver invärtes glukokortikoider.

En fjärde styrka är det låga priset.

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

ACO — det svenska genericsföretaget.

Nu:
10 mg — en tablett
Prednisolon ACO



ACO Läkemedel AB, Box 3026, 171 03 Solna

Organiserad diabetesvård ger effekt om det går att organisera den effektivt

ANITA CARLSSON · URBAN ROSENQVIST

Ett svar på Sten Larsson's "Allmänmedicinaren behövs till primärvårdsforskning!" – Författarna presenterar sina erfarenheter av en utvärdering av diabetesvården inom primärvården i Stockholms län och hur resultaten kunnat användas för att förändra undervisningen kring vårdprogrammet för diabetes. Den "nya" utbildningen utformas så att diabetesvården blir anpassad till lokala krav och förutsättningar. Detta kräver en lyhördhet från utbildarnas sida som alltmör kommit att fungera som konsulter och handledare när det gäller utvecklingen av diabetesvården.

Nyckelord: Debatt, Diabetes Mellitus, Vårdprogram, Behandling, Primärvård.

Sten Larsson har deltagit i ett seminarium som behandlade vår utvärdering av vårdprogrammet för diabetes i Stockholms län och gör i sitt inlägg vissa reflektioner kring studien. Vi vill i det följande göra några förtydliganden och tillrättalägganden.

Syftet med underlaget till vårdprogram för diabetes är bland annat: att göra det möjligt för diabetikerna att i stor utsträckning skötas i primärvården; att flertalet diabetiker skall få bättre instruktioner och personlig kontakt med vårdpersonalen; att öka samverkan mellan olika personalkategorier inom vårdgruppen så att flera vanliga och tidskrävande åtgärder kan tas över av sjuksköterska och dietist. På sikt skall detta leda till en mer aktiv patient, som själv tar ansvar för sin sjukdom, en bättre livskvalité och en normal livslängd (Luft 1982). Utbildning kring programmet har givits till läkare och sjuksköterskor inom primärvården i Stockholms läns landsting sedan 1980 vid LUCD (Luft, Rosenqvist 1982).

Att utvärdera effekterna av programmet är en omfattande uppgift. Den kan utföras på olika sätt, men valet av metoder och mätvariabler bör göras så att resultaten kan bli till nytta för utvecklingen av en god diabetesvård, som tillfredsställer patienternas behov och krav (Rosenqvist 1984).

Vår uppgift var att studera i vilken utsträckning programmet anammats

vid vårdcentraler, som haft personal i utbildning vid LUCD, och vilken effekt programmet haft på patienternas hälsa, välbefinnande och erfarenheter av vården (Rosenqvist, Carlson 1984).

Resultaten visade att 10 av 94 vårdcentraler uppfyllde samtliga av följande fyra kriterier, som vi ställt upp för en vård organiserad enligt programmet: en sjuksköterska som ägnade särskilt tid åt diabetikerna; diabetikerna skötes av ett team och/eller sjuksköterskan modifierade behandlingen; det förelåg ett patientregister som omfattade diabetikerna; det fanns skrivna riktlinjer för diabetesvården. Kriterierna utformades utifrån programmet och efter intervjuer med personal i primärvården. Dessa tio vårdcentraler jämfördes med ett slumpmässigt urval för övriga vårdcentraler med avseende på: organisation av diabetesvården; inställning hos personalen till diabetes-sjukdomen och diabetespatienten; samt olika mått på patientens hälsa och välbefinnande.

Totalt undersöktes 194 patienter från 20 vårdcentraler. Dessa utgjorde ett 10 procent slumpmässigt urval bland diabetiker som under senaste året besökt vårdcentralen. Patienterna genomgick läkarundersökning, provtagning och fick besvara en enkät.

Huvudresultaten från undersökningarna var:

1. *Patienter från den 10 vårdcentralerna med program uppgav i högre utsträckning att man, vid vårdcentralen, fått information om: Kost (79 respektive 58 procent), motion (67 respektive 44 procent), alkohol (61 respektive 45 procent), fotvård (57 respektive 24 procent), och blodsockertest (54 respektive 26 procent).*

2. *Patienter från vårdcentraler med program visade sig kunnigare då det gällde att peka ut olämplig kost och då det gällde att åtgärda hyperglykemi.*

3. *En större andel av patienterna från vårdcentraler med program testade själva sitt blod- eller urinsocker två gånger/månad eller mer (62 respektive 43 procent).*

4. *En större andel av patienterna från vårdcentraler med program kunde behandlas med enbart kost (43 respektive 25 procent).*

5. *Ingen skillnad framkom vad gällde metabol kontroll eller senkomplikationer.*

Utgående från vår övertygelse att en välinformerad, kunnig diabetespatient har bättre förutsättningar att klara sin sjukdom än en sämre informerad och mindre kunnig, dristade vi oss till slutsatsen att en organiserad diabetesvård ger effekt.

Den mindre läkemedelsanvändningen av patienterna vid vårdcentraler med program skulle om programmet infördes vid samtliga vårdcentraler i landstinget kunna leda till en besparing på cirka 3,6 miljoner kronor per år (Jonsson, Rosenqvist 1985).

I frågan om vårdkvalitet och kontinuitet har vi missuppfattats av Sten Larsson. Vi är alla överens om att kontinuitet är en aspekt av vårdkvalitet och ingenting i våra data säger att inte de patienter vi tillfrågade anser det samma. Vad våra data däremot visar är att patienter från vårdcentraler med program oftare prioriterar klar information, trygghet och att känna sig säkra på personalens kunskaper före att ha en bestämd person att vända sig till, när det gäller vad som är viktigt för dem vid besöket på vårdcentralen, medan övriga patienter oftare ser att ha en bestämd person att vända sig till som det allra viktigaste. Samtidigt sade sig patienter från vårdcentraler med program oftare ha fått information från sjuksköterska och dietist. Kanske kan rutiner för omhändertagande och tillgång till exempel en kunnig sköterska för patienten vara en annan viktig aspekt av vårdkvalitet?

I vår studie kunde vi också spåra några faktorer i arbetsmiljön och organisationen av arbetet som påverkade införandet av organiserad diabetesvård. De viktigaste var kommunikationen och upplevelse av delaktighet inom personalgruppen (Carlson 1985).

Resultaten från utvärderingen har fått oss att lägga om utbildningen vid LUCD. I den "nya" undervisningen försöker vi arbeta nära vårdcentralen och möjliggöra för den att bygga upp sin organisation av diabetesvården efter sina lokala förutsättningar och behov. I detta arbete lägger vi ner mycket tid på att sätta oss in i varje enskild vårdcentralers arbetsförhållanden och problem. Det behöver nämligen inte vara så att tillräckligt stor erfarenhet av förhållandena vid en eller ett par vårdcentraler leder till förståelse för primärvårdens arbetssätt. Tvärtom kommer mycket specifika förhållan-

den och problem upp till diskussion vid de olika enheterna. Vi instämmer alltså helt i att "primärvårdsforskning kräver att forskaren från grunden fått kännedom om primärvårdens arbets-sätt och arbetsmetoder". Vi skulle vilja gå ännu ett steg och påstå att inte bara primärvårdsforskaren behöver denna grundläggande kännedom om arbets-sätt och metoder vid vårdcentralerna utan också utbildare på olika nivåer med uppgift att höja kvaliteten på *innehållet* i vården liksom administratörer/politiker som initierar förändringar som påverkas arbetsformer, yrkesroller, förhållande till patienter etc. Detta gäller förstås också författare till vårdprogram som kräver en omorganisation av vården.

Vi menar att specialisterna, i samarbete med primärvården, bör kunna utveckla normer för *innehållet* i vården, medan den *organisation* som skall bära upp och garantera att innehållet får kvalitet, måste utvecklas av dem som ytterst berörs och i vars totala organisation vårdprogrammet skall fungera.

Referenser:

Carlson A: Ändrad arbetsfördelning och införande av nya rutiner i diabetesvården. Om hindrande och befrämjande faktorer i förändringsarbetet. LUCD-rapport 1985:1.

Jonsson PM, Rosenqvist U: A comprehensive care program for diabetes in Stockholm County; The program's impact on the cost-effectiveness of diabetes care. Manuscript 1985.

Luft R: Diabetes. Underlag till vårdprogram för primärvården. Socialstyrelsen - Vårdprogramnämnden 1982.

Luft R, Rosenqvist U: Diabetes i primärvården den svenska modellen. Läkartidningen 79: 3459-3461 1982.

Rosenqvist U: Vad är en effektiv utvärdering? Sv Soc Med Tid 61: 234-237 1984.

Rosenqvist U, Carlson A: Organiserad diabetesvård ger effekt. Rapport 1984. ISBN 91-86294-16-4.

Författarpresentation:

Anita Carlson är psykolog och doktorand och Urban Rosenqvist* är överläkare vid Landstingets undervisningscentrum för diabetes, LUCD som är förlagt till Karolinska sjukhuset, Stockholm.

*Postadress: LUCD, Karolinska sjukhuset, 104 01 Stockholm

Klarlägganden om läkemedelskonsumtionen på ett servicehus

I AllmänMedicin 3/85 uttalar sig Jerker Löfgren mycket kritiskt om min artikel om läkemedelskonsumtionen på ett servicehus i AllmänMedicin 1/85. Hans reflexioner bygger dock på missförstånd. Jag vill därför klargöra några förhållanden som måhända beskrevs otydligt i min artikel.

Att läkarinsatsen övergick från att vara arvoderat extraarbete till att ingå i en distriktsläkares ordinarie arbetstid spelar sannolikt ingen roll. Läkarbytet var en av flera förändringar. Läkaren bytte ut "ronden" mot en tidsplanerad mottagning på servicehuset 2 timmar per vecka. Detta gav betydligt mer tid för samtal med och undersökning av enskilda patienter än tidigare rutin som totalt tog samma tid.

Dessutom förekommer tät telefonkontakt mellan läkaren och servicehuset, vilket jag gissar också Jerker Löfgren som arvoderad läkare har. De "boende" fick liksom övriga kommuninvånare börja betala för konsultation och mediciner.

Med undantag för tillfällig ledighet blev det också nu en och samma läkare som sköter arbetet och han gör det i nära samråd med föreståndarna och med hjälp av distriktssköterska, distriktssjukkugymnast och kommunens arbetsterapeut. Precis som Jerker Löfgren anser jag denna nära kännedom om servicehusets "boende" och personal vara en viktig förutsättning för en god läkarinsats.

Jerker Löftren antar att vårdtyngden under de två åren minskat kraftigt. Tillgängliga fakta talar för motsatsen. Som framgår av stapeldiagrammet har medelåldern förskjutits uppåt. Tabell I visar att de som flyttat in under perioden hade något mer mediciner vid andra mättillfället än de som bott kvar hela perioden.

De som flyttat bort, oftast till långvårdskliniken, eller avlidit hade lägre antal mediciner vid första mättillfället än de som bodde kvar. Under dessa år skedde en kraftig utbyggnad av hemsjukvården i Säfle och samtidigt svängde attityden till förmån för fortsatt boende i hemmet både inom kommunens hemtjänst och inom primärvården. Följden är att de som nu flyttar till servicehus sannolikt är mera vårdberoende än tidigare var fallet, åtminstone i psykiskt avseende.

Huruvida antalet terminalvårdsfall ändrats har jag inga uppgifter på. Antalet dödsfall på servicehuset var betydande under perioden och personalen har strävat för att ge de dödssjuka gamla lugn och ro utan förflyttningar. Mitt intryck är att attityden till terminalvård på servicehuset inte ändrats.

Min viktigaste slutsats var den att arbetsformer och rutiner är viktiga förutsättningar för det medicinska arbetets innehåll. Kan inte Jerker Löfgren skiva under på det?

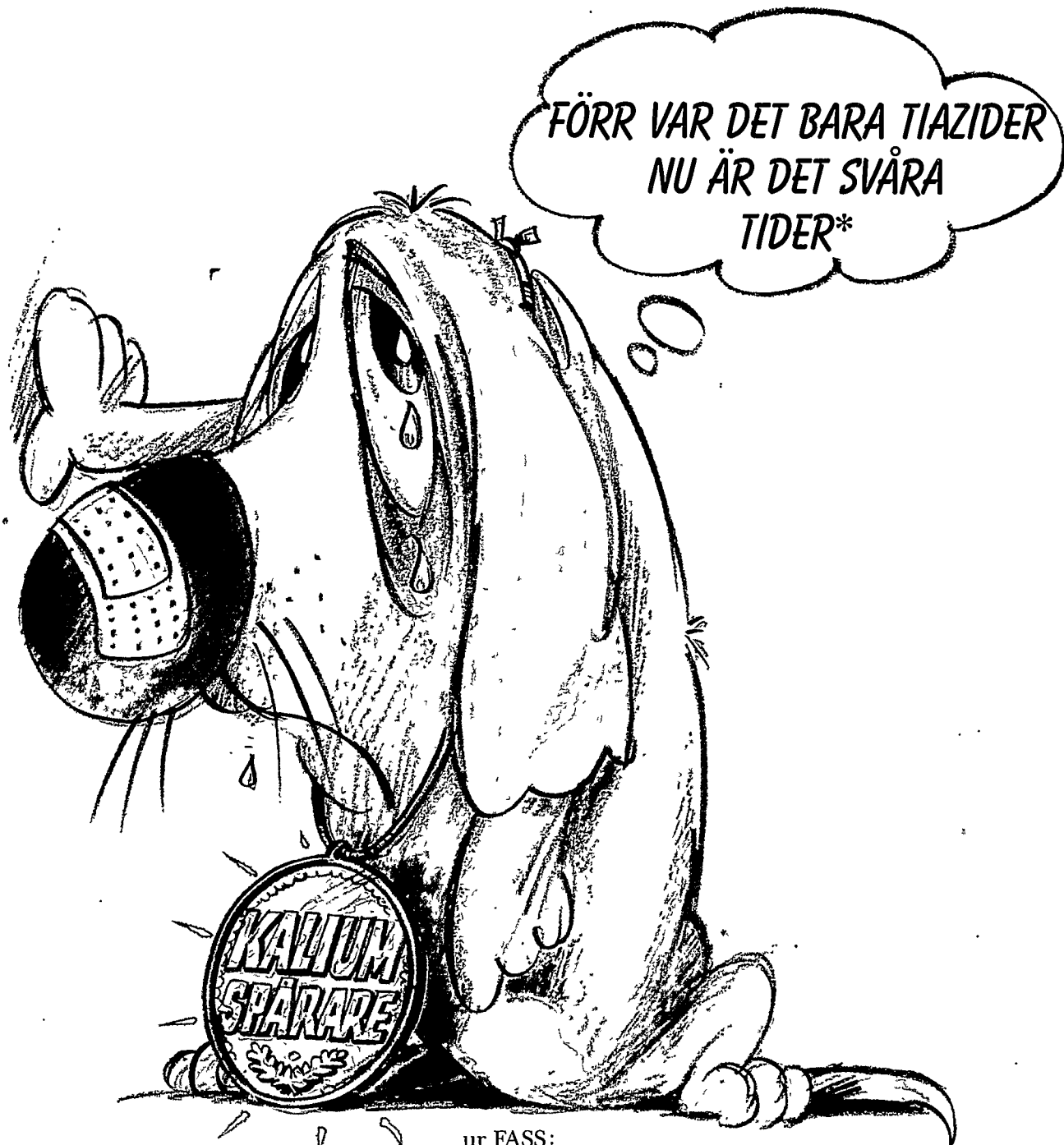
Stig Andersson

Röker en så röker alla.

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

SOCIALSTYRELSEN.

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



ur FASS:

*Elektrolytsammansättningen i urinen efter furosemid skiljer sig från den som erhålles med tiazider; vid samma diures ger furosemid mindre (kaliumförluster) samt mindre bikarbonatutsöndring.

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

Lasix® Retard®

Furosemid i retarderad form för underhållsbehandling av ödem och mild till måttlig hypertoni.

Lasix® Retard®

Depotkapslar 30 mg och 60 mg

R. F.

Loopdiuretikum och blodtryckssänkande medel med furosemid i retarderad form. Grupp 2F 1010.

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 (vid hög dosering). Tidigare känd allergisk reaktion på furosemid och närstående sulfonamider, t.ex. antidiabetika.

Graviditet och amning. Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt  i FASS.

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

Metaboliska: Enstaka fall av hyperurikemi och hyperglykemi har iakttagits.

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

Övrigt: Vid intensiv terapi kan hypovolemi uppträda. Vid höga plasmakonzentrationer har linnitus iakttagits. Laktationshämning.

Gastrointestinala besvär ses sällan och föranleder undantagsvis utsättande av preparatet.

Interaktion. Se speciellt avsnitt i FASS märkt  grupp 2F 10 Loopdiuretika, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats.

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

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.

Observera. Vid njurinsufficiens samt vid uttalad vätskeretention rekommenderas LASIX tabletter.

Förpackningar: Depotkapslar 30 mg (grön/gul): 100 st, 250 st. Depotkapslar 60 mg (grön/gul): 100 st, 250 st.

Hoechst

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

Bör uppspårande och läkemedelsbehandling av höga blodfetter få en renässans i primärvården?

BENGT JÄRHULT

Kostinformation är en av primärvårdens viktigaste uppgifter och bör löpande, precis som rökavvänjning, integreras i mottagningsarbetet. Allmän screening av höga blodfetter och farmakoterapi vid hyperlipedemi kan emellertid starkt ifrågasättas. Kolestyraminförsäljningen (Questran) i Sverige har påtagligt ökat under de senaste två åren i samband med en diskussion om medikamentell behandling av höga blodfetter. Det är ett observandum! Skall 70-talets misstag på detta område – farmakoterapi vid hyperlipedemi (clofibrat) – upprepas? Artikeln sammanfattar ett föredrag vid "Primärvårdens dag" i Blekinge 1984.

Nyckelord: Blodfetter, kost, behandling, prevention, debatt.

Svensk sjukvård, inklusive primärvård, vimlar av behandlingsformer som introducerats med goda avsikter, ofta utifrån ett teoretiskt underlag, men där aldrig en fullgod dokumentation över behandlingsresultaten funnits. Låt mig påminna om några exempel; sängläge veckovis vid hjärtinfarkt, Enterovioformbehandling av ospecifika diarréer, amning strikt var 4:e timme med start sent efter förlossningen. Allt var högsta vetenskap och beprövad erfarenhet ända tills det visade sig att det var helt fel, ja direkt skadligt. Det är paradoxalt att en av forskningens viktigaste uppgifter blivit att utmönstra dessa odokumenterade vårdrutiner. Vi ska inte tala om kostnaderna.

Dokumentation av förebyggande insatser

När sjukvården, inte minst primärvården, nu ska börja arbeta mer förebyggande, bland annat utifrån den nya hälso- och sjukvårdslagens ambitioner, får vi inte upprepa samma misstag som den kurativa sjukvården gjort. Vi får inte föra in hälsoråd, så kallade förebyggande kontroller och behandlingar utan övertygande bevis om nyttan, och med en exakt balansräkning över vins-

ter och förluster. Sjukvårdspolitiker är i en svår situation, där krav och förhoppningar om förebyggande insatser värde för befolkningen kan leda till förhastade beslut.

Sist höga blodfetter var populära att tala om i sjukvården var för 10–15 år sedan när läkemedlet clofibrat (Atromidin med flera) gjorde sitt segertåg över västvärlden. Miljontals människor behandlades tills en stor WHO-studie visade ökad dödlighet, inte minskad, för dem som tagit blodfettssänkande medicin. Detta på grund av långtidsbiverkningar. Clofibrat-historien blev därför en milstolpe precis som Neurosedyn. Den bidrog till en ökad insikt om läkemedels långtidsbiverkningar och att kortsiktiga vinster kan ätas upp av långsiktiga negativa effekter, till och med ökad dödlighet.

LRC-studie

Den under föregående år publicerade amerikanska fettstudien Lipid research clinics (LRC), är imponerande i sin uppläggning och sin uppföljning av patienterna. Den har följdriktigt fått en enorm genomslagskraft i vården. Men 10 års perspektiv räcker inte för en behandling som startar i medelåldern och efter 10 år ändå ger förhållandevis små vinster. Låt oss heller inte glömma bort att Colestyramin (Questran) ger frekventa subjektiva – om än lindriga – biverkningar. Men framför allt: innan en läkemedelsbehandling av detta slag införs i massprofylax syfte måste balansräkningen i ett längre perspektiv vara klar. Detta enkla faktum gör att primärvården inte bör införa så kallad screening av blodfetter på friska individer, inte enligt min uppfattning heller vid så kallade hälsokontroller.

Nu invänder kanske någon att blodfettsscreening inte innebär läkemedelsbehandling utan kan leda till lämpliga kostråd, som alla är överens om är bra, för övrigt inte bara mot för höga blodfetter. Jag har tre synpunkter på detta:

Varför inte allmän screening?

1) Vi måste ha respekt för att läkarkåren är läkemedelsfixerad och har en tendens att ge piller istället för alternativa behandlingsråd, till exempel på

kostsidan. Även på 60- och 70-talet, när blodfetterna skulle sänkas, var köstråd förstahandsalternativ. Men i praktiken blev kostinformationen dålig och Klofibratbehandlingen startades vid endast måttligt förhöjda värden. Läkemedelsindustrin känner läkarnas själsliv väl. I en lång reklamkampanj för ett Klofibratpreparat på 70-talet visades en fet smörgås garnerad med majonäs och högst upp i pålägget en Klofibratkapsel.

2) Att resultaten under en läkemedelsprövning med rigorösa kontroller och massiva behandlings- och uppföljningsinsatser var goda, innebär inte att samma resultat uppnås i rutinsjukvård. Man får där förvänta sig sämre resultat och har inte vinsterna i de kliniska prövningarna visat sig betydande kan man ifrågasätta om behandlingen i mass-skala alls gör någon nytta. LRC-studien är en typisk sådan studie. Därför bör inte screening på friska införas.

3) Kostinformation är en av primärvårdens viktigaste uppgifter och bör löpande, precis som rökavvänjning, integreras i mottagningsarbetet. Primärvårdsläkaren har ofta en god kunskap om familj, livsomständigheter och förhoppningsvis ett förtroendekapital utifrån kontakter vid sjukdom och livsproblem bland familjemedlemmar. Det är detta som ger styrka att påverka sin patients felaktiva kostvanor, inte ett blodprov på fetthalten, som för övrigt – om det är normalt – ofta blir ett alibi för att inte göra några livsstilsförändringar alls. Vi i sjukvården måste också vara observanta, så att vi inte med magiska laboratorieriter som sänka, blodvärde, kolesterol och triglycerider istället läser människor i en "status quo-situation". Nyligen fick jag vid ett akutbesök träffa en av mina kollegors patienter på vårdcentralen. Hon hade för några år sedan upptäckts ha ett högt blodtryck, var ordentligt överviktig och fick ett läkemedel mot högt blodtryck. Samtidigt hade hon emellertid fått kostinformation och genom kollegans engagemang och stöd vid återbesök hade hon gått ner trettio kilo i vikt på några år och blodtrycket var nu normaliserat. Hon kunde sluta med sin medicin.

Intresset viktigt

Det är inte blodfettsprovtagningen som är det viktigaste utan att få oss sjukvårdspersonal intresserade av kost och icke medikamentella behandlingsåtgärder. Vi saknar också i hög grad utbildning och fortbildning, och våra landsting har här ett stort ansvar.

Jag måste också kommentera kostnadssidan. Skulle en mass-screening och behandling enligt LRC-studien införas i till exempel Blekinge (150.000 invånare), skulle under en 10-årsperiod teoretiskt något liv kunna räddas och ett visst antal icke-fatala infarkter undvikas. Detta skulle med de mycket höga läkemedelskostnaderna för Colestyramin och kontrollerna varannan månad motsvara samhälleliga kostnader på minst 15 miljoner kronor. Detta är kanske en struntsumma för Blekinge, som med en trängd landstingsekonomi skall satsa hårt på förebyggande åtgärder. Men jag vill påstå att pengarna kan göra bättre nytta! De skulle räcka till att till exempel tillföra

en allmänläkartjänst per primärvårdsområde för samlade förebyggande insatser mot till exempel rökning, högt blodtryck, medicinskt ogynnsam alkoholkonsumtion, felaktiva kostvanor och psykosocial ohälsa – allt integrerat i det vardagliga sjukvårdsarbetet. Eller vad skulle en förstärkning på dietistsidan i primärvården motsvarande kunna åstadkomma?

Sammanfattning

Integrerad kostrådgivning i vardagsarbetet på vårdcentralen utan screening av blodfetter bör få en renässans i primärvården. Några viktiga grupper för "riktad" screening är förlagsvis:

- Personer med symptom eller sjukdomar relaterade till blodfettssrubning.

- "Familjescreening" i åldersgruppen 20–55 år när den så kallade "indexindividen" under 55 år får hjärt-kärlsjukdom. Blodfettet är här en del vid sidan om till exempel rökning och högt blodtryck. Organisatoriskt bör en sådan familjeuppföljning ligga väl till

för primärvården och rutiner borde tas fram för att överföra information från den slutna vården till primärvården, när den till exempel 45-årige mannen läggs in på lasarett för sin hjärtinfarkt.

- Riktad screening mot blodfett i samband med en utredning mot andra riskfaktorer som sker när en ny yngre patient upptäcks ha högt blodtryck. Åldersgräns förlagsvis 50 år. Antalet nya individer per år per primärvårdsområde är få.

Intensiv kostrådgivning, inklusive besök hos dietist, bör ges under en längre uppföljningsperiod innan läkemedelsbehandling eventuellt provas. Samråd med internmedicinsk specialist om indikation och uppföljning kan vara av värde.

Författarpresentation:

Bengt Järhult, distriktsläkare vid Vårdcentralen i Olofström och Utvecklingsenheten för primärvård i Blekinge.*

Postadress: Vårdcentralen, 293 00 Olofström

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distriktssköterskemottagning.

ALLMÄN MEDICIN

kostar 250 kronor för år 1985. Avgiften insättes på postgiro 37 5440-5.

Ange prenumeration för 1985 på talongen.

ALLMÄN MEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Hypertoni hos diabetiker

OLOF LINDQUIST

I artikeln ges en översikt över förekomst av hypertoni hos diabetiker. Artikeln belyser förekomst, orsaker samt klinisk betydelse för behandling av hypertoni.

Nyckelord: Hypertoni, diabetes, behandling, etiologi, epidemiologi.

Hypertoni är ett vanligt problem hos patienter med såväl Typ 1 (insulinberoende) som Typ 2 (icke insulinberoende) diabetes. Jag skall efter litteraturgenomgång här göra ett försök att belysa olika aspekter på såväl epidemiologi, etiologi som klinisk betydelse och behandling av hypertoni hos diabetiker. Det är emellertid alldeles uppenbart att mycket fortfarande är oklart och att ytterligare information behövs för att kunna klargöra de närmare orsakssambanden.

Epidemiologi

Hypertoniprevalens hos diabetiker har varit ett kontroversiellt ämne under många år med varierande siffror angivna på mellan 10 och 80 procent i rapporter från olika studerande populationer. Många äldre rapporter kan emellertid kritiseras på en rad punkter, exempelvis brist på tillfredsställande kontrollmaterial, användande av felaktiga definitioner av såväl hypertoni som diabetes, bristfälliga betingelser och felaktig teknik vid blodtrycksregistreringen och för det sätt på vilket de statistiska bearbetningarna skett. Sålunda saknas till exempel i många äldre studier matchade kontroller. Blodtrycksregistreringarna har ofta ej heller skett under standardiserade betingelser med definierad kroppsställning i samband med registreringarna och med användande av adekvata manschettstorlekar. Det senare är av extra stor betydelse vid undersökning av ett patientmaterial innefattande många obesa individer såsom fallet är vid Typ 2 diabetes. Ytterligare förvirring har ibland uppstått i samband med själva blodtrycksmätningarna på grund av bristfällig definition av ingångskriterierna, till exempel rörande val av Korotkoff fas 4 eller 5 för det diastoliska blodtrycket.

Tidigare avsaknad av en enhetlig definition av högt blodtryck har ytterligare bidragit till förvirringen. Numera tycks dock de flesta undersökare

tillämpa de av WHO angivna hypertonikriterierna (1) där hypertoni definieras som systolskt blodtryck ≥ 160 och/eller diastolskt blodtryck ≥ 95 mm Hg.

Av tidiga rapporter kan den av Adams från 1929 nämnas, i vilken 1.001 diabetiker jämfördes med en kontrollgrupp friska individer som ansökt om livförsäkring (2). Man fann i denna undersökning att systolskt blodtryckshöjning, men ej diastolskt, var 6 gånger vanligare hos både manliga och kvinnliga diabetiker över 40 år än hos jämnåriga individer utan diabetes. Denna konstaterade skillnad i systolskt blodtryck försvann emellertid helt sedan korrektion gjorts för övervikt. I Priscilla White's (3) stora material av juvenila diabetiker hade bland dem som haft sin diabetes under mer än 35 år 53 procent hypertoni. Blodtrycksstegringen var emellertid också klart relaterad till ålder. Den förekom sällan hos patienter under 20 år men uppgick till 40 procent vid 40 års ålder. Karlefors (4) har från Sverige redovisat förekomst av högre blodtrycksvärden redan hos unga diabetiker med varierande diabetesduration jämfört med kontrollgrupper, och denna skillnad var framför allt framträdande efter arbete. Pell och D'Alonso (5) fann i sitt material att hypertoni var 54 procent vanligare bland såväl manliga som kvinnliga diabetiker jämfört med matchade (ålder och kön) kontroller bland de anställda i ett stort företag. Denna påvisade skillnad kvarstod i detta material även efter matchning för övervikt.

Även i färskare brett upplagda populationsstudier har intresset fokuserats på det eventuella sambandet mellan diabetes och hypertoni. I Framinghamstudien noterades sålunda lätt men signifikant förhöjda medelvärden för systolskt blodtryck hos diabetiker jämfört med köns- och åldersmatchade kontroller, och denna skillnad var störst hos kvinnor (6). I Tecumseh var frekvensen hypertoni också högre än förväntat bland diabetiska kvinnor men ej bland män med diabetes (7). För män påvisades emellertid en sådan skillnad av Jarret o a från Whitehall och Bedford (8) med positiv korrelation mellan blodglukosnivå och såväl systolskt som diastolskt blodtryck oavsett kroppsmassans storlek. Samma samband påvisades också av Barrett-Connor i en annan tämligen färsk studie av en population äldre individer i åldrarna 50–79 år (9) även om det på-

visade sambandet i denna studie försvagades något efter korrektion för kroppsvikt. Tyvärr har man i få studier differentierat mellan Typ 1 och Typ 2 diabetes, men det förefaller som om systolskt blodtrycksförhöjning tycks föreligga vid bägge typerna av diabetes. Sålunda fann Chrieslieb o a (10), som enbart studerade juvenila Typ 1 diabetiker, en signifikant överrepresentation av hypertoni bland sina patienter. Prevalensen uppgick till 15–20 procent i åldersgruppen 35–44 år för att sedan öka markant, särskilt hos kvinnor över 54 års ålder. Dessa låga siffror för de yngre åldrarna förklaras nog emellertid av det tveksamma i att använda WHO-kriteriet $\geq 160/95$ mm Hg på den yngre åldersgruppen. Moss har sålunda med användandet av matchade kontroller visat att diabetesbarn sannolikt redan under ungdomsåren har lätt förhöjda blodtrycksvärden (11).

Konklusionen av denna genomgång blir att det föreligger en klar korrelation mellan diabetes och framför allt systolskt blodtrycksförhöjning. Vid Typ 2 diabetes kan visserligen mycket av den observerade systolska blodtrycksstegringen relateras till övervikt men även om man tar hänsyn till detta föreligger en signifikant ökad prevalens åtminstone i åldrarna över 50–60 år. Stödet för en ökad prevalens av diastolskt blodtrycksförhöjning vid Typ 2 diabetes är däremot ej övertygande. Vid Typ 1 diabetes tycks det redan tidigt föreligga en systolskt blodtrycksförhöjning hos det stora flertalet medan en mera definitiv "systolsk hypertoni" som regel ses först vid 45–50 års ålder. Definitiv "diastolsk hypertoni" (≥ 95 mm Hg) är hos denna grupp vanligen förenad med njurengagemang (12).

Etiologi

Etiologin till hypertoni vid diabetes är fortfarande i stor utsträckning oklar. Ett flertal teorier rörande bakomliggande orsak(er) har framkastats. Sannolikt finns emellertid ingen enhetlig orsak bakom hypertoni vid Typ 1 respektive Typ 2 diabetes. Några av de olika teorier som föreslagits redovisas nedan.

CNS-störning

Det konstaterade sambandet mellan redan mycket milda former av försämrad glukostolerans och hypertoni (8) har lett till funderingar om att diabetesjukdomen i sig kanske ej är orsa-

ken till den åtföljande hypertoni. Är det kanske i stället så att bägge sjukdomstillståndet är uttryck för en gemensam defekt, möjligen av centralnervöst ursprung? Det har således på senare tid spekulerats i huruvida en rubbning i förekomsten av endogena opiater skulle kunna ligga bakom, eftersom en dylik rubbning kan förmodas ha uttalade effekter såväl på blodtrycksreglering som glukoshomeostas.

Rubbad Na-homeostas

Det finns åtskilligt med såväl experimentella data som rikligt med teoretiska funderingar om hur kropps-Na är involverat vid hypertoni hos Typ 2 diabetiker. Sålunda har De Fronzo (15) elegant belyst insulinets roll för Na-absorption i njurarna och påvisat en signifikant ökad Na-retention i samband med en endast obetydlig ökning av plasmainsulinnivån. Det är därför fullt tänkbart att den basala hyperinsulinism som ses vid Typ 2 diabetes, särskilt hos obesa individer, kan leda till en ökning av mängden retinerat natrium. Att så är fallet finns det stöd för i flera studier och sålunda har det visats att mängden utbytbar Na är ökad med cirka 10 procent hos såväl normotensiva som hypertensiva diabetiker jämfört med normala ålders- och viktmatchade kontroller (16, 17). Weidmann o a (16) har också visat att diuretika tillförsel åstadkommer en normalisering av Na-nivån samtidigt som blodtrycket signifikant reduceras.

Påverkan via renin-angiotensin systemet

Christlieb o a (18, 19) har vid konstellation hypertoni och diabetes studerat relationen till renin-angiotensin systemet.

De har undersökt såväl diabetiker med hypertoni utan njurskada eller andra kliniska komplikationer som patienter med hypertoni och samtidig diabetisk nefropati. Plasmareninaktiviteten (PRA) jämfördes dels med den hos helt friska individer dels med den hos patienter med essentiell hypertoni. Man fann härvid att diabetiker utan komplikationer hade normala PRA-värden. Diabetiker med hypertoni utan nefropati uppvisade samma fördelning i sina PRA-värden som patienter med essentiell hypertoni. Vid diabetes komplicerad både med hypertoni och nefropati noterades låga och jämfört med andra diabetesgrupperna signifikant sänkta PRA-värden. Man kan spekulera i orsaken till detta och någon enkel förklaring finns sannolikt inte, även om flera olika teorier presenterats. En orsak skulle kunna vara hyalinisering av den afferenta arteriolen till de juxtaglomerulära cellerna medförande minskad reninfrisättning. Hos diabetiker med nefropati ses emellertid också sänkta nivåer av cirkulerande katecholaminer, vilket kan vara en annan förklaring, eftersom katecholaminer stimulerar reninfrisättningen. Den sänkta PRA-nivån kan emellertid

även tänkas vara sekundär till den Na-retention och därav följande blodvolumexpansion som redogjorts för ovan. Bilden är emellertid ej entydig och i en färsk studie (20) på enbart Typ 1 diabetiker med nefropati påvisades tvärtom förhöjda PRA-värden (liksom förhöjt blodtryck) jämfört med matchade kontroller utan komplikationer.

Defekt katecholaminsvar

En ökad känslighet i kärlväggen för katecholaminer har konstaterats hos diabetiker med hypertoni utan att detta kunnat förklaras med en höjning av den cirkulerande nivån. Katecholaminnivån är sålunda vanligen normal men kan vara förhöjd vid samtidigt förekommande autonom neuropati liksom vid ketoacidosis och dålig metabolisk kontroll (21, 22).

Microangiopati

Ytterligare en tänkbar orsak till utveckling av hypertoni hos diabetiker och som ej har att göra med det endokrina systemet föreslogs av Goldenberg och Blumenthal redan 1958 (23). De fann nämligen vid undersökning av biopsier från diabetiker en hög frekvens av extensiva diffusa proliferationer av småkärl med förträngningar av lumen, vilka fynd även bekräftas i senare studier (24). Sannolikt ligger sådana förändringar bakom den nedsatta töjbarhet i kärlväggen hos diabetiker som nyligen beskrivits (25), något som sannolikt predisponerar för hypertoniutveckling.

Kliniska konsekvenser

Såväl hypertoni som diabetes medför en ökad morbiditet och mortalitet i hjärt- kärlsjukdom. Diabetes tycks framför allt medföra en ökad risk för utveckling av hjärtsvikt (26). Den ökning i relativ risk för koronarsjukdom som en samtidig hypertoni medför hos diabetiker är emellertid svår att definitivt värdera. Visserligen noteras en ökad incidens av myocardinfarkt men ökningen förefaller begränsad och tycks enbart vara rent additiv (27). Hos diabetiker har även rapporterats en drygt 50-procentig ökad strokeincidens liksom en trefaldig ökning av antalet TIA-attacker (28, 29). Delvis förklaras sannolikt dessa resultat av den samtidigt föreliggande hypertoni. En övertygande korrelation föreligger också, särskilt bland äldre diabetiker, mellan systolisk blodtrycksförhöjning och perifer kärlskada (30, 31). Vad som är orsak och verkan vid dylika sjukdomsmanifestationer är emellertid vanskeligare att uttala sig om. Om möjligt ännu svårare är det att värdera den betydelse som en samtidig hypertoni kan tänkas ha vid utvecklandet av diabetisk nefropati. Det tycks emellertid som om en redan existerande hypertoni vanligtvis ej har någon större betydelse för nefropatiutvecklingen (32). Motsatsen har emellertid också hävdats av Mogensen (33) som i en studie kunde visa att det initiala blodtrycket

hade betydelse för hur snabbt nefropatin progredierade. Dessa resultat har emellertid ej kunnat bekräftas av andra forskare. De flesta tycks däremot vara överens om att en etablerad hypertoni sällan brukar förekomma hos diabetiker innan en persisterande proteinuri redan existerar. Hypertoni skall med andra ord snarast ses som en manifestation av nefropatin (12, 34). Däremot förefaller det som om en adekvat blodtrycksbehandling medför en betydligt långsammare försämring av njurfunktionen (GFR) än vad som eljest kan förväntas (35).

Ej heller vid andra diabetiska senmanifestationer såsom till exempel retinopati går det att med säkerhet uttala sig om den betydelse en eventuell samtidig hypertoni kan tänkas ha. Kanske är det rent av så att såväl hypertoni som retinopatin endast är uttryck för en och samma svåra microangiopati? Beträffande Typ 1 diabetiker har det dock i en retrospektiv studie rapporterats en ökad prevalens av hypertoniker jämfört med matchade patienter utan ögonkomplikationer (36). Även i en annan och prospektiv studie av övervägande Typ 2 diabetiker noterades liksom i klart ökad retinopatiincidens bland dem med hypertoni (37).

Behandling

Allmänt

Utgångspunkt för all behandling av samtidig hypertoni och diabetes måste vara en helhetsbedömning av patientens kliniska situation. Det finns visserligen inga klara hållpunkter för att en dålig sockerkontroll i sig skulle påverka blodtrycksnivån i någon nämnvärd grad. Däremot finns numera belegg för vilken stor betydelse en god sockerkontroll har för att förhindra uppkomsten av diabetiska senkomplikationer (38). Självklart är det också angeläget att avlägsna eller reducera övriga riskfaktorer (39). Patienterna bör sålunda uppmanas att försöka sluta röka, särskilt som cigarettrökning utöver sina välkända negativa långtidseffekter även medför en akut blodtrycksstegring (40). Givetvis är det också angeläget att uppmana till vikt-reduktion, särskilt vid Typ 2 diabetes, med tanke på den stora roll som övervikt tycks spela för uppkomsten av framför allt systolisk blodtrycksförhöjning (41). Sannolikt bör också det totala Na-intaget begränsas, eftersom detta kan medföra ytterligare reduktion av blodtrycksnivån (42).

Farmakologisk terapi

Med hänsyn till vad som tidigare sagts om patogenesen till hypertoni vid diabetes och beaktande den ogynnsamma additiva effekt som hypertoni har på redan tidigare diabetesskadade kärl bör aktiv behandling sättas in tidigt och drivas mera aggressivt än hos patienter utan diabetes. Emellertid kan terapivalet många gånger vara svårt på grund av våra bristfälliga kunskaper

om de olika antihypertensiva medlens metabola effekter. Nästan alla hypertenimedel har sålunda påtagliga nackdelar eller begränsningar i samband med diabetes.

Diuretika

Ett flertal diuretika finns tillgängliga på marknaden och de har alla en mer eller mindre uttalad antihypertensiv effekt. Mekanismen bakom den erhållna blodtryckssänkningen är sannolikt komplex. Initialt förorsakar diuretika en reduktion av plasmavolymen. Den tendens till natriumretention som särskilt ses hos Typ 2 diabetiker motverkas samtidigt. På litet längre sikt uppstår troligen en intraarteriell Nabrisk, vilket sannolikt leder till en försämrad reaktion på endogena vasopressorsubstanter och därigenom lägre blodtryck. Dessvärre är emellertid framför allt thiazider men även loopdiuretika förenade med ett flertal bieffekter. Sålunda är hypokalemi en rätt vanlig påföljd vid diuretikaterapi. En sådan läkemedelsinducerad hypokalemi kan hämma insulinfrisättningen (43, 44), vilket särskilt hos Typ 2 diabetiker leder till en försämrad glukostolerans (45). Sannolikt finns också andra förklaringar än hypokalemi till den försämrade glukostolerans som kan ses vid thiazidbehandling av diabetiker (46). Det tycks emellertid som om thiazider och loopdiuretika icke nämnvärt påverkar sockerkontrollen hos Typ 1 diabetiker. Lyckligtvis är det också långt ifrån alla Typ 2 diabetiker med hypertoni som får ett försämrat sockerläge under thiazidbehandling, men dessvärre finns det ännu inga möjligheter att förutbestämma vilka patienter som löper en sådan risk. Försämrad urinsyrespegel och förhöjd kolesterolnivå är andra exempel på metabola bieffekter av given thiazidterapi (47). Nyligen rapporterades också om en signifikant incidensökning av impotens bland thiazidbehandlade hyperteniker (48), vilket bör beaktas speciellt som potensproblem ingalunga är ovanligt bland diabetiker även utan thiazidterapi.

Mot bakgrund av ovanstående bör en viss försiktighet gälla vid förskrivning av thiazider till framför allt Typ 2 diabetiker, men att helt avråda från diuretika som ett möjligt alternativ vid behandling av hypertoni hos diabetiker är att gå för långt. Givetvis kan man välja att avstå från thiazider och i stället använda något kaliumsparande medel såsom spironolacton, vilket dock förutsätter en intakt njurfunktion och extra observans beträffande kaliumspegeln. I detta sammanhang bör dock påpekas att hypertoni vid diabetes rätt sällan förefaller vara särskilt renin-aldosteronberoende (49), varför den blodtryckssänkande effekten av spironolactonbehandling möjligen kan tänkas vara sämre hos diabetiker.

β -blockerare

Av metabola skäl förefaller β -blockerare vara att föredra framför diuretika

vid behandling av hypertoni hos diabetiker. Emellertid tycks även β -blockerare kunna leda till en försämrad glukostolerans (50, 51), men möjligen gäller detta enbart icke-selektiva β -blockerare. En katecholaminmedierad stimulering av β_2 -receptorerna medför bland annat en glucoagonfrisättning. Teoretiskt skulle därför en uppkommen hypoglykemi kunna aggraveras av en icke-selektiv β -blockad på grund av dess hämmande effekt på glucagonfrisättningen, vilket leder till en minskad glycogenolys och glyconeogenes. Detta har också studerats, dock utan att man kunnat påvisa att β -adrenerg blockad medförde någon förändring i uppmätta så kallade NADIR-värden för blodglukos vid insulininducerad hypoglykemi (52, 53). Durationen av hypoglykemin förlängdes emellertid avsevärt av propranolol medan den påverkades mycket litet eller ej alls av de kardioselektiva medlen som testades. Förklaringen till denna skillnad ligger i att de metabola β -receptorerna förblir funktionella vid kardioselektiv β -blockad, varför motregulatoriska mekanismer vid behov kan träda i funktion trots dylik terapi. Eftersom vasodilaterande β -receptorer ej heller påverkas nämnvärt av β_1 -blockerare torde risken för utveckling av episoder med "diastolisk hypertension" i anslutning till hypoglykemiattacker också vara mycket liten (52) om även kanske ej helt utesluten (54) vid kardioselektiv blockad. Alla β -blockerare (det vill säga även de selektiva) måste emellertid användas med viss försiktighet och omdöme på diabetiker, eftersom hjärtsvikt sekundärt till koronarsjukdom, diabetisk kardiomyopati och hypertoni ingalunda är någon ovanlighet bland dessa patienter. Alla potenta farmaka som har en hämmande effekt på myokardiets kontraktilitet kan medföra att en latent hjärtsvikt manifesteras. När sådan risk föreligger bör β -blockad ej ges utan föregående digitalisering. Den antihypertensiva effekten av β -blockerare vid diabetes är något osäker och varierar i olika rapporter från som mest 29/14 till som minst 12/4 mm Hg. Om effekten av given terapi är otillräcklig kan β -blockerare dock mycket väl kombineras med andra hypertenimedel, såsom vasodilaterare, om ytterligare trycksänkning är önskvärd.

Sammanfattningsvis kan man utan tvekan rekommendera användandet av β -blockerare vid hypertoni hos Typ 2 diabetiker antingen de står på enbart diet eller behandlas med peroral anti-diabetika. Selektiva β -blockerare såsom atenolol och metoprolol kan också övervägas vid behandling av hypertoni hos någorlunda stabila Typ 1 diabetiker under förutsättning att de ej har benägenhet för hypoglykemiepisoder.

Vasodilaterare

Dessa läkemedel, av vilka hydralazin är mest välkänt, verkar direkt på arteriolisidan genom att åstadkomma en

vasodilatation och därigenom en minskning av det periferä kärlmotståndet. De påverkar emellertid ej venisidan, varför det venösa återflödet till hjärtat ej reduceras, vilket medför en ökning av "cardiac output" och därmed också ökat hjärtarbete. Detta kan i sin tur utlösa angina pectoris, aggraverad redan existerande angina och i värsta fall till och med förorsaka myokardinfarkt hos patienter med uttalad koronarskleros. Å andra sidan kan hypertoni i sig medföra försämrad myokardfunktion, varför även singelterapi med vasodilaterare i vissa fall kan åstadkomma en förbättring genom att blodtrycket sänks. Genom att kombinera vasodilaterare med β -blockerare vid behandling av patienter utan hjärtsvikt får man endast en mindre ökning i "cardiac output" samtidigt som en additiv effekt på blodtrycket erhålls. Vasodilaterare medför dessutom ej någon risk för försämrad glukostolerans, vilket givetvis är en stor fördel och dylika preparat kan därför rekommenderas som tilläggsterapi vid behandling av hypertoni hos diabetiker.

Övriga hypertenimedel

Klonidin, α -metyldopa, guanetidin samt prazosin bör enligt min mening användas med stor återhållsamhet och försiktighet vid diabetes. Skälet till detta är främst att benägenheten för ortostatisk hypotension (ingalunda ovanligt hos diabetiker) kan aggraveras hos patienter med autonom neuropati. Vidare medför sympatikushämning en påtaglig risk för att det adrenerga svaret på insulininducerad hypoglykemi maskeras (55). Flertalet av dessa medel kan också förorsaka impotensproblem (55). Huruvida ACE-(angiotensin converting enzyme) hämmare, såsom Captopril, i låg dos allmänt skall kunna rekommenderas som andra- eller tredjehandsmedel vid hypertoni hos diabetiker är för tidigt att ännu ha någon definitiv uppfattning om. Visserligen förefaller det som om den endogena ACE-aktiviteten är förhöjd hos diabetiker (56), särskilt hos sådana med retinopati, men den eventuella nyttan av Captopril-terapi på denna patientkategori är fortfarande oklar. Dessutom kan ju Captopril medföra proteinuri (57). Då dylik behandling även har rapporterats kunna leda till njurinsufficiens hos patienter med njurartärstenos (58) kan Captopril-terapi även befaras ha negativa konsekvenser vid behandling av diabetiker, särskilt med tanke på dessas benägenhet för såväl mikro- som makroangiopati.

Referenser:

1. World Health Organization. Report of a WHO Expert Committee on Hypertension. WHO Tech Rep Ser, Geneva, 1979.
2. Adams S. A study of the blood pressure of patients with diabetes mellitus. Am J Med Sci 1929; 177: 195-201.
3. White P. Natural course and prognosis of juvenile diabetes. Diabetes 1956; 5: 445-50.

4. Karlefors T. Circulatory studies during exercise with particular reference to diabetes. *Acta Med Scand* 1966; Suppl 449.
5. Pell S, D'Alonzo CA. Some aspects of hypertension in diabetes mellitus. *JAMA* 1967; 202: 104-10.
6. Dawber TR. Diabetes and cardiovascular disease. In: *The Framingham Study*. Cambridge: Harvard University Press, 1980; 190-201.
7. Ostrander LD, Francis T, Hayner NS et al: The relationship of cardiovascular disease to hyperglycemia. *Ann Intern Med* 1965; 62: 1188-98.
8. Jarret RJ, Keen H, Mc Carney M et al. Glucose tolerance and blood pressure in two population samples; their relation to diabetes mellitus and hypertension. *Int J Epidemiol* 1978; 7: 15-24.
9. Barret-Connor E, Crigui MH, Klanber MR, Holdbrook M. Diabetes and hypertension in a community of older adults. *Am J Epidemiol* 1981; 113: 276-84.
10. Christlieb AR, Warram JH, Krolewski AS et al. Hypertension: The major risk factor in juvenile-onset insulin-dependent diabetes. *Diabetes* 1981; 30 (Suppl 2): 90-96.
11. Moss AJ. Blood pressure in children with diabetes mellitus. *Pediatrics* 1962; 30: 932-36.
12. Parving HH, Andersen AR, Smidt UM et al. Diabetic nephropathy and arterial hypertension. *Diabetologia* 1983; 24: 10-12.
13. Mason JS, Heber D. Endogenous opiates modulate insulin secretion in flushing non-insulin-dependent diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 1982; 54: 693-97.
14. Rubin P, Blaschke TF, Guilleminault C. Effect of naloxone, a specific opioid inhibitor, on blood pressure fall during sleep. *Circulation* 1981; 63: 117-21.
15. De Fronzo RA. The effect of insulin on renal sodium metabolism. A review with clinical implications. *Diabetologia* 1981; 21: 165-71.
16. Weidmann P, Beretta-Piccoli C, Keusch G et al. Sodium-volume factor, cardiovascular reactivity and hypotensive mechanism of diuretic therapy in mild hypertension associated with diabetes mellitus. *Am J Med* 1979; 67: 779-84.
17. Beretta-Piccoli C, Weidemann P, Ziegler WH, Gluck Z, Keusch G. Plasma catecholamines and renin in diabetes mellitus. *Klin Wochenschr* 1979; 57: 681-91.
18. Christlieb AR, Kaldany A, D'Elia JA. Plasma renin activity and hypertension in diabetes mellitus. *Diabetes* 1976; 25: 969-74.
19. Christlieb AR. Nephropathy, the renin system and hypertension in diabetes mellitus. *Cardiovasc Med* 1978; 2: 417-31.
20. Drury PL, Bodanski HJ, Oddie CJ, Cudworth AG, Edwards CRW. Increased plasma renin activity in type I diabetes with microvascular disease. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1982; 16: 453-61.
21. Christlieb AR. Vascular reactivity to angiotensin II and to norepinephrine in diabetic subjects. *Diabetes* 1976; 25: 268-74.
22. Zadik Z, Kayne L, Kappy M, Plotnick LP, Kowarski AR. Increased integrated concentration of norepinephrine, epinephrine, aldosterone and growth hormone in patients with uncontrolled juvenile diabetes mellitus. *Diabetes* 1980; 29: 655-58.
23. Goldenberg S, Alex M, Blumenthal HT. Sequelae of arteriosclerosis of the aorta and coronary arteries: a statistical study in diabetes mellitus. *Diabetes* 1958; 7: 98-108.
24. Warren S, Le Compte PM, Legg MA. The Pathology of Diabetes Mellitus. Philadelphia: Lea & Febiger, 1966; chap 13, 200-45.
25. Faris I, Agerskov K, Henriksen O, Lassen NA, Parving HH. Decreased distensibility of a passive vascular bed in diabetes mellitus: an indicator of microangiopathy. *Diabetologia* 1982; 23: 411-14.
26. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular risk factors. The Framingham study. *Circulation* 1959; 8-13.
27. Goodkin G (1975) Mortality factors in diabetes. *J Occup Med* 1975; 17: 716-23.
28. Palumbo PJ, Elyeback LR, Whishnaut JP. Neurologic complications of diabetes mellitus: transient ischaemic attack, stroke and peripheral neuropathy. *Adv Neurol* 1978; 19: 593-601.
29. Asplund K, Hägg E, Helmers C, Lithner F, Strand T, Wester PO. The natural history of stroke in diabetic patients. *Acta Med Scand* 1980; 207: 417-24.
30. Janka HV, Strandl E, Mehnert H. Peripheral vascular disease in diabetes mellitus and its relation to cardiovascular risk factors: Screening with the Doppler ultrasonic technique. *Diabetes Care* 1980; 3: 207-13.
31. Baird RN. Distensibility of the arterial wall in diabetes. IN: RM Greenhalgh, ed. *Hormones and vascular disease*. London: Pitman Medical. 1981; 139-42.
32. Deckert T, Poulsen JE. Diabetic nephropathy: fault or destiny? *Diabetologia* 1981; 21: 178-83.
33. Mogensen CE. Renal function changes in diabetes. *Diabetes* 1976; 25: 872-79.
34. Christiansen JS, Gammelgaard J, Frandsen M, Parving HH. A prospective study of glomerular filtration rate and arterial blood pressure in insulin dependant diabetes with diabetic nephropathy. *Diabetologia* 1981; 20: 457-61.
35. Mogensen CE. Long-term antihypertensive treatment inhibiting the progression of diabetic nephropathy. *Acta Endocrinol (Kbh)* 1981; Suppl 242: 31-32.
36. Bodansky HJ, Cudworth AG, Drury PL, Kohner EM. Risk factors associated with severe, proliferative retinopathy in Type I (insulin-dependent) diabetes. *Diabetes Care* 1982; 5: 97-100.
37. Knowler WC, Bennett PH, Ballantine EJ. Increased incidence of retinopathy in diabetes with elevated blood pressure. *N Engl J Med* 1980; 302: 645-50.
38. Tchobroutsky G. Relation of diabetic control to development of microvascular complications. *Diabetologia* 1978; 15: 143-52.
39. Medalic JH. Risk factors other than hyperglycaemia in diabetic macrovascular disease. *Diabetes Care* 1979; 2: 77-84.
40. Cellina GU, Honour AJ, Litter WA. Direct arterial pressure, heart rate and electrogram during cigarette smoking in unrestrictd experiments. *AM Heart J* 1975; 89: 18-25.
41. Heyden S. The working man's dict. II: effect of weight reduction in obese patients with hypertension, diabetes, hyperuricaemia and hyperlipidaemia. *Nutr Metab* 1978; 22: 141-59.
42. Mac Gregor GA, MarKandu N, Best Fet al. Double-blind randomised cross-over trial of moderate sodium restriction in essential hypertension. *Lancet* 1982; 1: 351-54.
43. Conn JW. Hypertension, the potassium ion and impaired carbohydrate tolerance. *N Engl J Med* 1965; 21: 1135-43.
44. Sagild W, Andersen V, Andreassen PB. Glucose tolerance and insulin responsiveness in experimental potassium depletion. *Acta Med Scand* 1961; 169: 243-51.
45. Bengtsson C. Impairment of glucose metabolism during treatment with antihypertensive drugs. *Acta Med Scand* 1979; Suppl 628: 63-67.
46. Lewis PJ, Petrie A, Kohner EM, Dollery CT. Deterioration of glucose tolerance in hypertensive patients on prolonged diuretic treatment. *Lancet* 1976; 1: 546-66.
47. Grimm RH, Leon A, Hunninghake ID, Hannon P, Blackburn H. Increased lipids and lipoproteins in diuretic treated mild hypertensives. *Am J Cardiol* 1979; 43: 419, Abstract.
48. Medical Research Council Working Party. Adverse reactions to bendroflumazide and propranolol for treatment of mild hypertension. *Lancet* 1981; 2: 539-43.
49. Christlieb AR. Diabetes and hypertensive vascular disease; mechanisms and treatment. In: JH Laragh, ed. *Hypertension manual*. New York: York Medical Books, 1974; 405.
50. Mohler H, Bravo EL, Tarazi RC. Glucose intolerance during chronic beta-adrenergic blockade in man. *Clin Pharmacol Ther* 1979; 25: 237.
51. Bengtsson C, Lennartsson J, Lindquist O et al. On metabolic effects of diuretics and beta-blockers. Results from a cross-sectional and longitudinal population study of women. *Acta Med Scand* 1982; 212: 57-64.
52. Lager I, Blohmé G, Smith U. Effect of cardioselective and non-selective betablockade on the hypoglycemic response in insulin-dependent diabetes. *Lancet* 1979; I: 458-62.
53. Deacon SP, Karunanayake A, Barnett D. Acebutolol, atenolol and propranolol and metabolic response to acute hypoglycemia in diabetes. *Br Med J* 1977; 2: 1255.
54. Shepherd AM, Lin MS, Keeton TK. Hypoglycemia - induced hypertension in a diabetic patient on metoprolol. *Ann Intern Med* 1981; 94: 357-58.
55. Christlieb AR. The hypertension of diabetes. *Diabetes Care* 1982; 5: 50-58.
56. Lieberman J, Sastre A. Angiotensin - converting enzyme: elevations in diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 1980; 93: 825-26.
57. Case DB, Atlas SA, Mouradian JA et al. Proteinuria during long-term captopril therapy. *JAMA* 1980; 244: 346-49.
58. Hrick DE, Browning PJ, Kopelman R et al. Captopril-induced functional renal insufficiency in patients with bilateral renal-artery stenosis or renal artery stenosis in a solitary kidney. *N Engl J Med* 1983; 308: 373-76.

Författarpresentation:

Olof Lindquist, Assoc Prof

Postadress: Kuwait University
Department of Primary Care
Faculty of Medicine
P.O. Box 24923
Kuwait

Alkoholmottagningen vid Brandbergens vårdcentral

ROBERT LUDWIG

Avgiftning och rehabilitering av alkoholmissbrukare i öppen vård kan med framgång bedrivas på vårdcentral, i stort med befintliga resurser om ett gott samarbete etableras med övriga berörda samhällsinsatser.

Patientbeskrivning och behandlingsutvärdering efter fyra års verksamhet presenteras av Robert Ludwig och Jonas Åberg.

Nyckelord: Alkoholism, behandling, primärvård, utvärdering, Brandbergen.

Bakgrund

Brandbergens vårdcentral öppnades januari 1978 och tillgodoser primärvården för cirka 21.000 invånare i Brandbergen och Vendelsö. Sjukvårdsmässigt tillhör området Stockholms läns landstings södra förvaltning. Ansvarig alkoholklinik ligger dock vid Danderyds sjukhus norr om Stockholm. Först sedan 1980 finns det en socialläkarmottagning i Haninge kommun med en halv socialläkartjänst.

Befolkningsstrukturen i Brandbergen visar låg genomsnittsalder (28 år) och hög andel invandrare (22 procent), varav endast 7 procent utomnordiska). Befolkningen har sämre skolbetyg, lägre utbildning och lägre andel "manchetterken" jämfört med övriga länet. Andelen förvärvsarbetande är lika hög medan inkomsten är väsentligt lägre än i Stockholms län i övrigt. (2)

Vårdcentralen är belägen i Brandbergens centrum, i ett område som huvudsakligen utgörs av flerfamiljshus, uppförda i mitten på 70-talet. Personalen på Vårdcentralen har varit densamma sedan starten, förutom på läkarsidan, där över 50 läkare vikarierat på de tre lediga distriktsläkartjänsterna och AT-tjänsten. Kontinuiteten i vårdarbetet har sålunda upprätthållits av den övriga personalen. Ingen av de anställda hade vid projektets början någon utbildning eller vårdpraktik anläggande alkoholmissbruk.

Arbetsbeskrivning

Flertalet patienter med alkoholbesvär söker primärt för dessa, andra hänvisas till mottagningen efter att ha sökt för följsjukdomar (se "patienttillflödet"). Socialtjänstlagen förutsätter ett samarbete mellan socialtjänst och sjukvård och alkoholmottagningen utgör ett led i detta samarbete genom att socialtjänstens klienter kan remitteras

till vårdcentralen. Många brott sker under alkoholpåverkan, varför en vanlig påföljd är kravet på vård för alkoholbesvärerna under skyddstillsyn (se "patientbeskrivning"). Även Försäkringskassan kan tillföra mottagningen patienter med alkoholbesvär genom att utse distriktsläkaren till anvisningsläkare, framför allt i fall med många korttidssjukskrivningar med skilda diagnoser av olika läkare.

Inbokning av tider sker efter angelägenhetsgrad, det vill säga efter den så kallade Lerummodellen. Patienten med alkoholbesvär träffar vid första, oftast akuta besöket en läkare, som efter penetration av alkoholanamnesen och undersökning lägger upp en behandlingsplan. En sjuksköterska eller ett sjukvårdsbiträde utses som kontaktman för patienten.

Under behandlingstiden träffar patienten sin kontaktman dagligen. Lördagar och söndagar hänvisas i angelägna fall till närbelägen jourcentral. Nykterhet skall påvisas dagligen genom Alkometerprov. Om inga kontraindikationer finns skall varje patient ta en daglig dos av Antabus (flytande) i sköterskans närvaro. Under avgiftningsperioden, som i regel varar två veckor, kan patienten dagligen erhålla gängse mediciner (Esucos, Tegretol, Propavan, B-vitaminer och eventuellt Mogadon till natten).

Förutsättningen därtill, liksom för den retroaktiva sjukskrivningen, är nykterhet. Diagnosen för sjukskrivningen är i de flesta fall 303, 10 (alkoholismus habitualis). Kontaktmannen inleder rehabiliterande åtgärder under sina dagliga samtal med patienten. Ett uppföljande läkarbesök sker efter 2 veckor. Innan dess har patienten lämnat laboratorieprov (Hb, blodsocker, sediment och levertransaminaser). Den undersökte bör nu vara fri från abstinensbesvär och undersöks närmast för bedömning av eventuellt bakomliggande sjukdom. Om inga andra besvär än alkoholmissbruk framkommer planeras inga ytterligare läkarbesök. Patienter som nu återgår till arbetet rekommenderas fortsatt kontakt med kvällsmottagningen. Vårdcentralen håller öppet till klockan 19.00 två dagar i veckan, då det finns två av personalen kvar, enkom för alkoholpatienter som är i arbete. Vanligast förekommande är dock att patienten är utan fast anställning och att det tar tid att komma in i förvärvslivet igen. Sam-

arbetet med Arbetsförmedlingen och Arbetsvården underlättas av att en distriktsläkare är verksam som LAN-läkare vid den lokala Arbetsförmedlingen. Då fortsatt försörjning sker via socialvården kräver socialsekreterare i regel att klienten även fortsättningsvis håller kontakterna med mottagningen. Samarbetet mellan Vårdcentralen och sociala servicecentralen underlättas av en kommunanställd socialsekreterare ("kurator"), som delar sin tjänst mellan instanserna. Detta onödiggör dubbelarbete och kuratorn kan även ta sig an fall, där längre samtal behövs och där hennes särskilda kunskaper kommer till användning.

Under en eftermiddag i veckan (en och en halv timme) diskuteras aktuella fall mellan kontaktman, läkare och kurator. Alternativa behandlingsmetoder diskuteras. Unga familjer och fall där det finns barn i familjen kan ha nytta av fortsatt terapi hos Haningegruppen, psykologer i Brandbergen som är anslutna till PBU. Första samtalet sker i så fall vid Vårdcentralen. Vårdcentralens personal har även ett gott samarbete med Verdandi, som finns alldeles i närheten. En del mer komplicerade fall anmäles till Försäkringskassans Reha-konferens för en allsidig bedömning. Till socialläkare har man under senare tid remitterat enskilda patienter som inte klarat Vårdcentralens hårda nykterhetskrav. Behandlingshem utnyttjas någon gång i terapieresistenta fall.

Material och metod

Studiepopulationen utgörs av samtliga vid alkoholmottagningen aktuella fall under fyraårsperioden 780101-811231 (261 personer). Materialet sammanställdes av patienternas läkare och kontaktmän. Demografiska uppgifter liksom sociala faktorer såsom familjesituation, arbetsintensitet och eventuellt nyktert umgänge hämtades ur journalhandlingar. Ur kortregistret framtogs data om besöksfrekvenser vid alkoholmottagningen och orsaker till avbrytande av behandlingen. Uppgifter om patienttillflödet, graden av påtryckning, störningsfrekvensen och tillståndet efter behandlingsperioderna (tabell I och II) grundar sig även på personalens bedömning och personliga kännedom om klientelet. Informationer inhämtades även från socialvården (andelen aktuella ärenden och behandlingshemvistelser), Försäkringskassan (sjukskrivningsdata), Kri-

Tabell I.
Orsak till avbrytande av behandlingen.

Färdigbehandlad, återställd	56
Avbrutit, återställd	9
Avbrutit, ej återställd	33
Avbrutit, tillstånd oklart	38
Flyttat	28
Intagen behandlingshem, kriminalvård eller sjukhus	24
Död	14
Kvar i projektet	59
	n = 262

Tabell II.
Utveckling från första till sista kontakten enligt personalens bedömning.

Mycket förbättrad	49	(21%)
Något förbättrad	72	(32%)
Föga förbättrad	67	(29%)
Sämre	26	(11%)
Död	14	(6%)
Vet ej (otillräcklig, kort vårdtid för bedömning).	33	
	n = 261	

Tabell III.
Sjukskrivningsdagar.

	året före	året efter start i projektet
0- 9	83	43
10-29	29	16
30-49	15	15
50 eller mer	98	119
Pensionerade	2	25
	n = 227	218 personer

minalvårdsregistret (kända, respektive aktuella fall) och Landstingsdata (sjukhusvistelse).

Patientbeskrivning

Populationen vid vårdcentralens alkoholtillfällena utgöres till 46 procent av personer i åldern 30-39 år. Andelen kvinnor är 18 procent (figur 1). Andelen invandrare är 28 procent, samtliga utom tre personer är finländare. 24 procent av dessa talade ej svenska. 57 procent av klientelet var ensamboende och i 19 procent fanns barn hemma-boende. 55 procent hade vid start fast anställning medan 20 procent var arbetslösa. Månaden innan första kontakten med mottagningen hade 45 procent inte varit på arbetsplatsen alls. Endast 28 procent hade god nykter kontakt i sin omgivning, 45 procent saknade all sådan kontakt, vilket antyder att denna patientgrupp är tämligen hårt socialt belastad. 31 procent var vid start kända hos kriminalvården, de flesta aktuella övervakningsärenden. En fjärdedel av patienterna hade tidigare vårdats på behandlingshem. 47 procent var ej kända av myndighet som missbrukare.

Resultat

Patienttillflöde

Hälften av klientelet sökte sig av eget initiativ till mottagningen, 22 procent hänvisades dit av vårdcentralens läkare. I den senare gruppen påträffades

Tabell IV.
Antal vårdtillfällen på sjukhus året före respektive året efter start i projektet.

	för alkoholbesvär		för annat än alkoholbesvär	
	före	efter	före	efter
0	190	171	201	184
1	42	39	37	30
2	11	8	6	10
3	8	5	6	1
4 eller fler	5	2	6	1
	n = 256	225	256	226 personer

(Några hade inte varit aktuella ett helt år vid mottagningen.)

Tabell V.
Antalet vård dagar på sjukhus året före respektive året efter start i projektet.

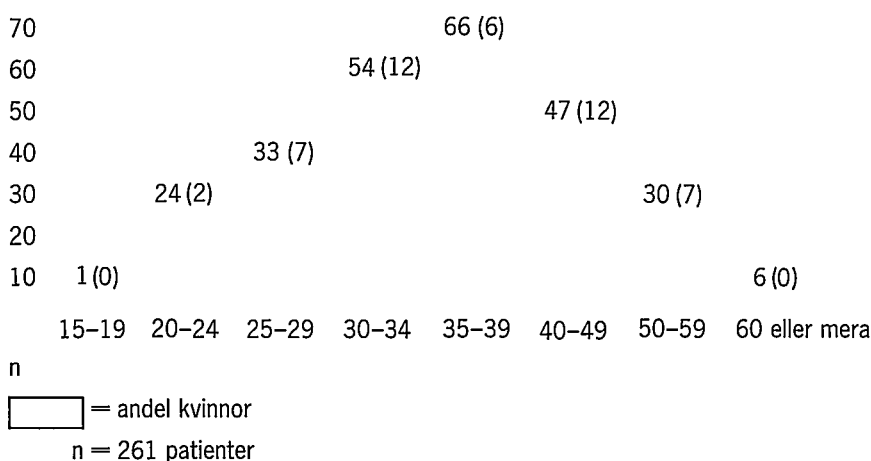
	för alkoholbesvär		för annat än alkoholbesvär	
	före	efter	före	efter
0	190	171	201	184
1- 9	18	17	20	16
10- 19	21	20	12	12
20- 49	14	11	15	8
50- 99	8	5	4	0
100-199	5	1	0	1
	n = 256	225	252	221 personer

(Se anmärkning tabell VII.)

Tabell VI.
Specialstudie av gruppen "återställda".

	"Återställda"	"Ej återställda"
0- 49 dagar i projektet	30	93
50-149 "	24	43
150 eller fler "	11	60
stor grad av påtryckning	23	80
fast anställning	42	102
nyktert umgänge	45	88
sökt själv	35	95
känd av myndighet för alk	32	107
	n = 65	196 personer

Figur 1.
Ålder och könsfördelning.



det stora antalet patienter som söker för psykiska och somatiska följd tillstånd av alkoholkonsumtion. 11 procent kom via övrig sjukvård och 11 procent från socialtjänsten. Enstaka fall kom till mottagningen genom anmodan eller uppmuntran av Försäkringskassan, distriktssköterskan eller arbetsgivare. I minst 59 procent av fallen kände man till att det låg vissa påtryckningar bakom patienten att på-

Tabell VII.
Dödsorsaker.

Hjärtinfarkt, åderförkalkning	5
Lunginflammation	2
Dråp	2
Läkemedelsöverdosering	2
Alkoholförgiftning	1
Klara självmord	2
	n = 14

tienten sökte för alkoholbesvären. Hos 39 procent ansågs det förekomma kraftiga påtryckningar till att patienten sökte.

Behandlingsbeskrivning

I medeltal stannade de deltagande cirka sju veckor i projektet, men variationerna är stora. 12,6 har varit kvar mer än 300 dagar. Minst lika stor är spridningen av tiden patienterna varit aktuella vid mottagningen, det vill säga anteckningarna från första till sista aktuella dagen i projektet. (Medianvärdet ligger här mellan 100 och 199 dagar.) Många patienter kommer för flera avgiftningsperioder. Hela 30 procent har varit aktuella under fler än 400 dagar. Här återfinns vi kroniker med bestående kroppsliga följsjukdomar som uppmuntras till kontinuerlig kontakt liksom många som är nyktra och i arbete, men vill hålla kontakten med kvällsmottagningen. Antal läkarbesök för alkoholbesvär ligger i medeltal mellan ett och fem besök (203 av 261 patienter). Tidigare undersökningar av Landstinget visade att den sortens läkarbesök utgör cirka tre procent av samtliga besök vid Brandbergens vårdcentral. (3)

Under aktuella fyraårsperioden utnyttjades i 13 procent av fallen behandlingshem för alkoholmissbrukare. I 6 procent (16 fall) anlätades PBU (Haningegruppen) för familjeterapi.

Missbrukarnas läkarbesök för annat än alkoholbesvär är något högre två år efter än två år före start i projektet. Antagandet att man är mindre benägen att söka för symptom av följsjukdomar efter det att missbruket uppdagats och behandlats kunde sålunda inte bekräftas. Alkoholmissbrukarna har vid tio tillfällen uppträtt störande i väntrummet, två av patienterna har varit störande vid ett flertal tillfällen.

Behandlingsresultat

Av de 114 personer som var aktuella vid socialtjänsten över huvud taget vid start av projektet återstod 87 (76 procent) efter ett år och efter två år var 59 personer (52 procent) fortfarande aktuella på socialkontoret.

65 av 261 individer, som bedömdes som återställda, specialstuderades beträffande olika variabler. Det fanns antydningar om att de "lyckade" fallen i större utsträckning hade fast anställning, var mer motiverade för behandlingen och i mindre utsträckning var kända för alkoholbesvär av myndigheter. Sjuktalet var i stort lika året före start jämfört med året efter avslutat deltagande i projektet. En statistiskt signifikant skillnad (på 95 procentnivån), befanns endast föreligga i fråga om "god nykter kontakt" med omgivningen. Även gruppen kvinnor har specialstuderats beträffande olika variabler, dock utan att någon statistiskt säkerställd signifikans kunnat fastställas i någotdera hänseende (ej redovisat här).

Någon signifikant skillnad i sjukvårdskonsumtion året före jämfört

med året efter kontakten med mottagningen kunde ej påvisas. Att siffrorna förefaller betydligt lägre efter kontakten med vårdcentralens alkoholmottagning kan troligen främst tillskrivas ett fåtal patienter med många vård dagar för alkoholbesvär som sedan avgiftades på mottagningen i Brandbergen i stället. Man har även anledning att förmoda att sjukvårdskonsumtionen borde ökat med tiden i ett missbrukarklientel.

Diskussion

Strukturförändringen inom svensk sjukvård med decentraliseringen av den öppna vården till vårdcentraler har fört med sig ett närmande till en av sjukvårdens svåraste patientkategorier, alkoholmissbrukarna. "Helhets-syn"-ideologin tillåter inte att man fortsättningsvis håller dessa utanför vården, respektive endast behandlar symptomen av drickandet. Den nya socialtjänstlagen förutsätter ett närmare samarbete mellan socialsekreterare och distriktsläkare. I förslaget till alkoholpolitiskt program för Läkarförbundet anser man att huvudansvaret för alkoholvården i ett primärvårdsdistrikt bör ligga på primärvården och socialvården i samverkan. (4) Vårdcentralen har med sin närhet till patienten, sina samarbetsmöjligheter med övriga lokala organ och sitt mål att tillgodose all primär sjuk- och hälsovård goda möjligheter att bemöta dessa krav.

Vid Brandbergens vårdcentral har en alkoholpoliklinisk verksamhet pågått sedan januari 1978. En retrospektiv undersökning efter fyra år redovisas med patientbeskrivning och behandlingsutvärdering. Resultaten tillåter inga slutsatser om graden av behandlingseffektivitet utan är i huvudsak en beskrivning av verksamheten ur ett antal aspekter. Ett syfte med utvärderingen är att visa att det över huvud taget går att bedriva en alkoholpoliklinisk verksamhet vid en vårdcentral, i stort med dess befintliga resurser.

Under 80-talet aktualiseras frågan om ett överförande av de medicinska resurserna vid kommunalt drivna alkoholpolikliniker från kommunerna till landsting (5). En alkoholmottagning av Brandbergens modell kan dock aldrig bli mera än ett komplement till övrig alkoholistvård. Fördelen med en fast och välfungerande primärvårdsanknuten alkoholmottagning, som står för akut avgiftning och inledande rehabilitering, skulle bland annat kunna vara att socialläkarmottagningens resurser friställs för det långt viktigare arbetet med långsiktig rehabilitering av alkoholmissbrukarna. Vidare måste det understrykas att den vid detta projekt verksamma socialsekreteraren ("kuratorn") haft en betydelsefull samordnande funktion sjukvården och socialvården emellan.

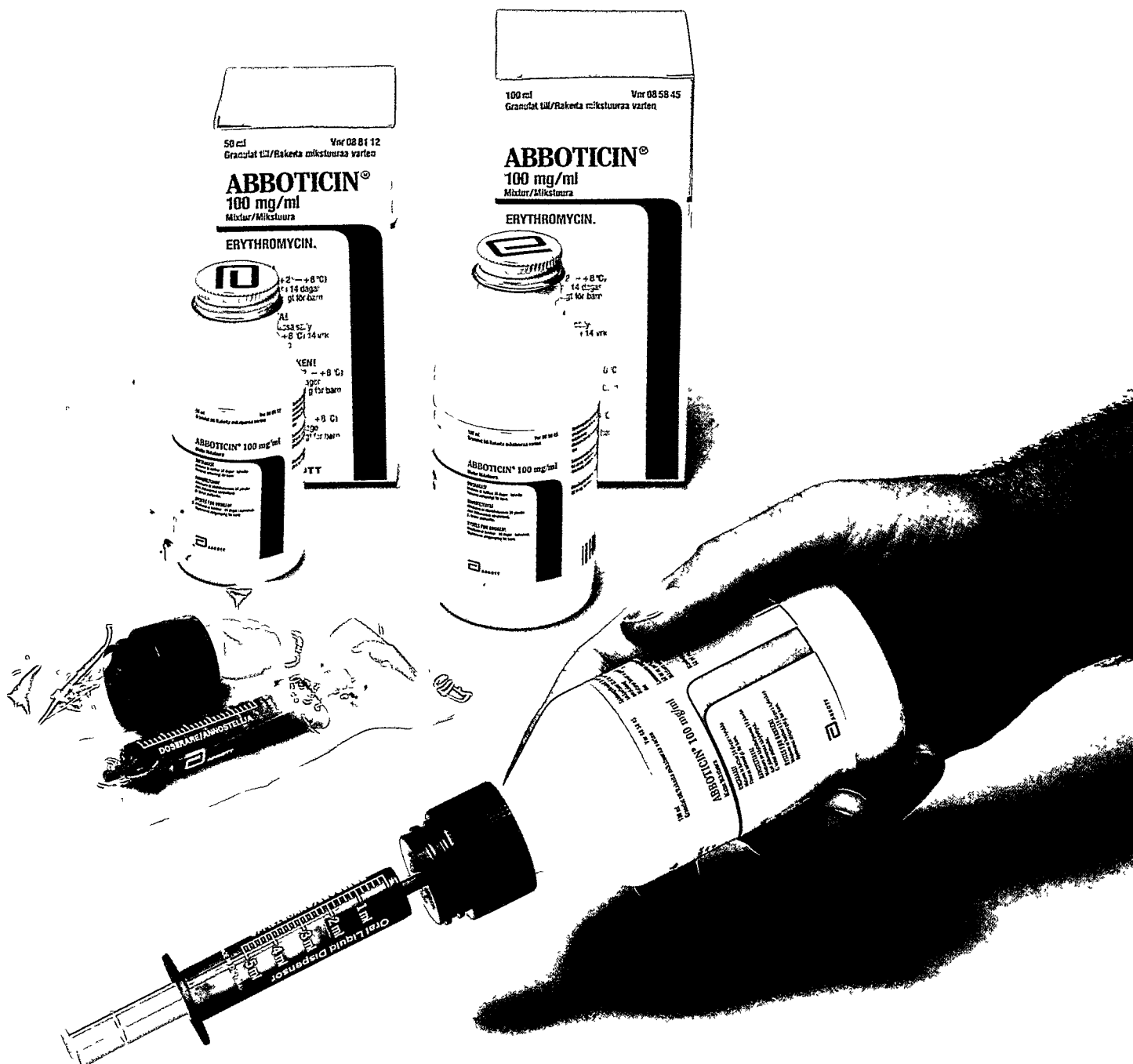
Förutsättningen för att ovan beskrivna verksamhet skall vara praktiskt

genomförbar är intresse hos vårdcentralens personal. De så kallade kontaktmännen är stöttepelarna i denna behandlingsmodell, då personkontinuitet anses vara helt avgörande för att lyckas i missbrukarvården. Tidigare intervjuundersökningar har visat att primärvårdspersonal inte alltid är redo för arbetet med alkoholmissbrukare (6). Utbildningen i frågan anses bristfällig av alla personalkategorier (7). Farhågor av arbetsgivare och personal om att arbetet med missbrukare på detta sätt skulle ta för mycket läkartid i anspråk och att klientelet skulle var för störande i vårdcentralens miljö har inte kunnat bekräftas, snarare tvärtom. Andelen störningar förorsakade av missbrukarklientelet var försvinnande liten under fyraårsperioden och skulle sannolikt vara högre under ett mera konventionellt avvisande arbets-sätt.

Alkohol är en av de viktigaste orsakerna bakom sjukdom och för tidig död. Enligt en nyligen gjord uppskattning kan man räkna med att mellan en tredjedel och hälften av all sjuklighet har samband med alkohol (8). Den under senare tid så diskuterade dolda alkoholisten, såsom den under graviditeten missbrukande kvinnan, kräver en annan öppenhet för alkoholproblematiken av primärvårdens personal. Genom att ha sådan verksamhet direkt knuten till vårdcentralens bibehålles kontinuiteten. Förhoppningen att upptäcka missbruket innan psykiska, somatiska och sociala följder uppträtt i för hög omfattning är då god. Hos de mera etablerade missbrukarna kan här en nedåtgående trend brytas genom att distriktsläkare eventuellt med påtryckningar (motivationsarbete) hänvisar till vårdcentralens mottagning i stället för att endast behandla alkoholismens följsjukdomar.

Litteratur:

1. Ludwig R, Nyman L, Sehlin J: Alkoholmottagning vid en Vårdcentral. Läkartidningen: 1977, 45: 4000-4002.
2. Stockholms läns landsting, Regionalplanekontoret. Bostadsområden i Stockholms län: Översiktliga beskrivningar. Rapport 1981; 1: 50.
3. Boström M: Nulägesrapport från alkoholmottagningen vid Brandbergens distriktsläkarmottagning. SLL, HSN, SFO, primärvårdsblocket, 1981 (stenciler).
4. Sveriges Läkarförbund. Förslag till alkoholpolitiskt program, 1981.
5. Johansson, T: Alkoholistvård vid Vårdcentral - Ett närmande mellan primärvård och socialtjänst - Exemplet Brandbergen i Haninge kommun. Länskommittén för missbrukarfrågor. PM IV, 1982 (stencil).
6. Persson CH, Teng K: "Men vi har ju inte tid..." 20 poängs uppsats i ämnet psykologi. Socialhögskolan, Stockholms universitet, Institutionen för socionomutbildning, 1982.
7. Jansson B-M, Ramberg I-L, Östberg S: Alkoholmissbrukare i primärvården - En förstudie. 40 poängs uppsats i ämnet Hälso- och sjukvårdsadministration vid Samhälls-



En välmotiverad nyhet!

ABBOTICIN[®] (erythromycin) mixtur 100 mg/ml förenklar användningen av ABBOTICIN[®] till vissa barn. ABBOTICIN[®] mixtur 100 mg/ml medför:

1. Enklare dosering
2. Mer exakt dosering
3. Mindre volym att ge

Kom bara ihåg: 0,5 ml/kg/dygn fördelat på 2 doser.

ABBOTICIN[®] Mixtur 100 mg/ml Antibiotikum B.

Deklaration. Granulat för beredning av 1 ml mixtur innehåller: Erythromycin, aethylsuccin. respond. erythromycin, 100 mg, sacch. 0,4 g, constit. et aroma q. s.

Egenskaper. Vattenmixtur (körsbärs- och vaniljsmak) speciellt avsedd för barn. Vattnet tillsättes av apoteket (bör tillsättas i småportioner under omskakning). Denna högre styrka jämfört med ABBOTICIN[®] 40 mg/ml medför att mindre volym behöver ordinerar.

Erythromycinetylsuccinat är en ester av erythromycin och efter absorption sker hydrolys till fritt aktivt erythromycin. Se fö ABBOTICIN[®] tabletter.

Indikationer. Infektioner orsakade av Chlamydia trachomatis t ex spädbarnskonjunktivit och -pneumoni. Pertussis samt övriga indikationer där en högre dos krävs.

Kontraindikationer. Känd överkänslighet för erythromycin.

Försiktighet. Eftersom erythromycin huvudsakligen utsöndras via levern skall försiktighet iaktas vid administrering till patienter med nedsatt leverfunktion.

Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt g.

Erythromycin passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser. **Biverkningar.** Gastrointestinala besvär i form av magknip, illamående och diarré kan förekomma efter peroral tillförsel. Dessa biverkningar kan vara av övergående natur. Allergiska reaktioner är sällsynta.

Dosering. 0,5 ml/kg/dygn fördelat på två doser. Denna dosering ger en dygnsdos av erythromycin om 50 mg/kg/dygn. Förpackningen är försedd med doseringsanordning.

Inträffar gastrointestinala problem rekommenderas upp-

delning av dygnsdosen på 3 eller 4 administreringstillfällen. För vuxna och barn över 35 kg ges 10 ml två gånger per dygn. Optimal absorption erhålles om dosen intages omedelbart före måltid.

Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt i, grupp 7B 3005 Erythromycin.

Hållbarhet och förvaring. Förvaras kallt (+2°—+8°C) och är då hållbar i 14 dagar. Hållbarhetsbegränsningen beror på att smaken kan påverkas efter längre tids förvaring. Erythromycin koncentrationen påverkas ej nämnvärt. **Förpackningar.** Mixtur 100 mg/ml: 50 ml, 100 ml!

ABBOTT SCANDINAVIA AB

Box 1074, 163 11 Spånga. Tel 08-752 00 50

För tidigt döda män i Borlänge kommun

MATS GRANVIK · HANS HALLBERG

I linje med landstingets ambitioner på det samhällsmedicinska området att utveckla arbetssätt och metoder inom epidemiologi och prevention har en fallstudie av 91 "för-tidigt-döda" män mantalsskrivna i Borlänge kommun genomförts i syfte att belysa riskfaktorbilden.

Den retrospektiva granskningen och sammanställningen av uppgifter från socialbyråns, arbetsförmedlingens och försäkringskassans register, dödsbevis och hälso- och sjukvårdens journalhandlingar visade ett påtagligt skiftande utfall i dödsorsaker mot bakgrund av olikheter i geografisk mobilitet. Vi fann en relativt stor grupp medelålders män avlidna genom suicid varande män som samtliga flyttat in till Borlänge kommun från annat håll och en annan stor grupp avlidna i alkoholbetingade sjukdomar bestående av män som alla hela sitt liv varit bosatta i Borlänge.

Nyckelord: Samhällsdiagnos, dödsorsaker, alkoholism, socialt nätverk, suicid, prevention, Borlänge.

Introduktion och syfte

Borlänge kommun är i förhållande till övriga kommuner i länet en kommun som kännetecknas av en hög andel fränskilda män, en hög andel utländska (finska) medborgare, en låg medianålder bland både män och kvinnor, ett högt antal invånare per km²

vetenskapliga institutionen, Stockholms universitet, 1980.

8. Johansson T: Missbruk och samverkan. Underlag för missbrukarkommitténs fortsatta arbete och planering för 1981/82. Länskommittén för missbrukarfrågor. PM I, 1981.

Författare:

Lobert Ludwig, distriktsläkare vid Brandbergens vårdcentral. Initiativtagare till verksamheten.*

Jonas Åberg, socialläkare i Haninge kommun. Handledare vid utvärderingen.

*Postadress: Box 3029, 136 03 Handen

land, högt antal sysselsatta i medeltal per verksamhetsställe, hög andel sysselsatta inom järnbruksarbete och varuhandel, samfärdsl och privata tjänster, hög andel kvinnor av kvarstående arbetssökande utan arbete, hög inkomst i kronor per inkomsttagare, hög andel socialhjälpstagare av befolkningen, hög andel "socialistiska" mandat i kommunfullmäktige och hög brottslighet (2).

Försörjningsstrukturen i Borlänge kommun har en klar profilering mot industriella verksamheter. Andra kommuner i Kopparbergs län med sådant inslag är Avesta, Ludvika, Smedjebacken och Hedemora. Alkoholbetingade sjukdomar hos män, lungcancer hos män och ischemiska hjärtsjukdomar hos män är högfrekventa i dessa kommuner. De mönster i försörjningssätt, samhällsstruktur och dödlighet som framträder pekar på att det är troligt att det på ett allmänt plan föreligger ett orsakssamband. Sambandet förefaller emellertid vara starkare för män än för kvinnor. En anledning till detta kan vara att män förvärvsarbetar oftare än kvinnor (2).

Redovisad undersökning (9) av "för-tidigt-döda" män i Borlänge har haft det övergripande syftet att utifrån tillgängliga uppgifter från dödsbevis, försäkringskassa, alkoholpoliklinik, hälso- och sjukvårdens journalhandlingar, socialbyråns register och arbetsförmedlingens sökanderegister identifiera så kallade riskfaktorer för död bland medelålders män. Särskild uppmärksamhet har riktats på gruppen fränskilda män. Vad *kännetecknar* denna grupp med avseende på dödsorsaker, missbruk, etnisk bakgrund, yrke och kontakter med hälso- och sjukvårdssaparat, socialbyrå och arbetsförmedling i jämförelse med gifta och ogifta? Kan dessa (eventuella) kännetecken ge ledtrådar till preventiva insatser av något slag?

Material

Från SCB erhöles persondata avseende de personer som under åren 1979–81 avlidit i Borlänge och som varit födda 1923 till och med 1946 samt vid tidpunkten för sin död varit mantalsskrivna i Borlänge. Följande variabler och koder relevanta för undersökningen fick vi genom dödsorsaksregistret: personnummer, civilstånd, dödsdatum,

grund för dödsorsaksattesten, underliggande dödsorsak (kod enligt ICDs detaljlista på 3-siffernivå [4]), skadans natur (kod enligt ovan), antal bidragande dödsorsaker samt bidragande dödsorsaker (kod enligt ovan).

Populationen kom att omfatta 91 individer vilket vi tror är en tillräckligt stor grupp för att möjliggöra meningsfulla statistiska analyser men ej så stor att själva datainsamlingen skulle komma att bli alltför tidsödande i vardagsarbetet.

För 74 av de 91 personerna (82 procent) låg klinisk obduktion eller rättsmedicinsk undersökning till grund för dödsorsaksattesten. I 15 fall (16 procent) av klinisk undersökning före döden i samband med sjuhusvistelse. I denna grupp dominerar cancer (7 fall) och akut hjärtinfarkt (5 fall) som underliggande dödsorsak. Tillförlitligheten i fastställda dödsorsaker måste bedömas som hög.

Metod

Den för tidiga döden i Borlänge analyserade vi genom att ta fram frekvens- och korstabeller för de variabler vi samlat in data för. I syfte att sammanfattningsvis bedöma huruvida materialet innehåller grupper av avlidna med särskilda kännetecken, det vill säga om vi kan finna mönster vad gäller dödsorsaker och bakgrundsfaktorer bland de avlidna, prövade vi en (multivariat) klusteranalysmetod, Wards Method (2, 3), för hierarkisk klassificering av de avlidna männen.

Resultat

Populationen av för tidigt döda män innehåller cirka 2,5 gånger fler fränskilda män än vad som kan förväntas utifrån gällande civilståndsfördelning för män i Borlänge i aktuella åldersklasser. Den ökade dödligheten för medelålders svenska män under i vart fall 1970-talet kan antas bero på en *förhöjd dödlighet för de fränskilda männen* i jämförelse med gifta (5) och på att *de fränskildas andel i befolkningen ökat kraftigt* (1, 6, 7). 20 personer (22 procent) var *ej födda i Sverige* utan i annat Skandinaviskt land, framför allt i Finland (17 personer). Detta tyder på att *de som flyttat in från Finland har en ökad dödsrisk jämfört med de som är födda i Sverige*. Utifrån enbart underliggande dödsorsaker i dödsbevi-

0-80

Vnr 55 66 96
Spironola
50 mg



100



1983
Spironolaktone ACO gör entré
på marknaden.

1985
Spironolaktone ACO har tagit över
Aldactone's plats på ca 80% av
läkemedelskommittéernas listor.

på 2 år!

Rivstart för Spironolakton ACO!

För två år sedan fanns nästan bara Aldactone® på läkemedelskommittéernas listor över kaliumsparande diuretika.

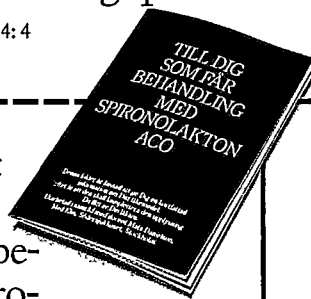
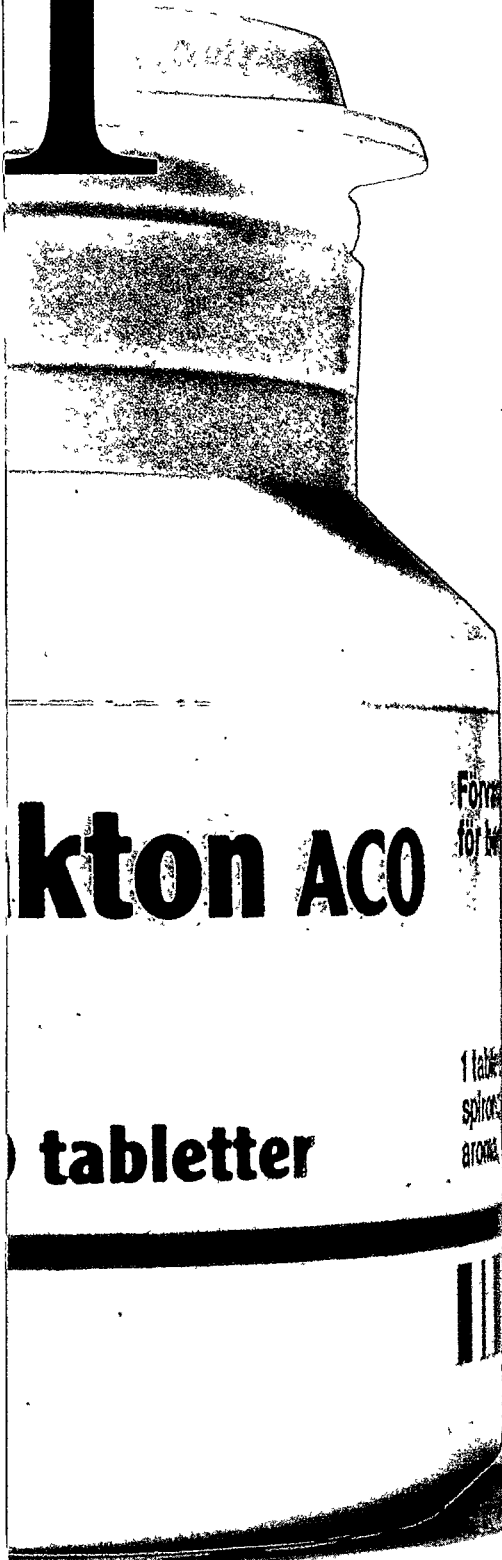
Idag är situationen en helt annan. Nu finns Spironolakton ACO på nära 80 procent av listorna för behandling av ödem och hypertoni.

En av förklaringarna är att Spironolakton ACO har nästan 30 procent lägre pris. Svensk sjukvård kan sänka läkemedelskostnaderna med över 12 miljoner genom ett byte¹⁾.

Tabletterna är likvärdiga med samma biologiska tillgänglighet. Båda finns i styrkorna: 25, 50 och 100 mg.

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

1) Information från Socialstyrelsen 1984: 4



Jag beställer _____ st patientbroschyrer: "Till Dig som får behandling med Spironolakton ACO."

Befattning: _____

Namn: _____

Adress: _____

Postadr: _____

Frankeras ej.
ACO betalar
portot.

ACO Läkemedel AB

Svarspost
Kontonr 29705027
171 03 SOLNA

ACO Läkemedel AB, Box 3026, 171 03 Solna.

set har endast 5 av männen (6 procent) *avlidit på grund av alkoholrelaterad dödsorsak* (ARD) medan andelen växer till 19 personer (21 procent) om även bidragande dödsorsaker beaktas. Andelen är ungefär densamma som Pettersson och Trell (8) funnit i sin prospektiva studie av riskfaktorer för förtidig död hos medelålders män i Malmö där 50 av 218 dödsfall (23 procent) bedömdes som alkoholrelaterade. Ungefär samma andel, 19 procent (17 personer), alkoholrelaterad dödlighet finner man om man använder kända alkoholproblem vid sista besöket på socialbyrån och/eller registrerad vid alkoholpolikliniken som inklusionskriterium.

Skattas andelen alkoholmissbrukare i populationen utgående från anteckningar om missbruk i öppenvårdsjournalerna finner man 32 personer (35 procent) med sådana problem. Den vidaste definitionen på alkoholproblem i gruppen blir om man till dessa 32 adderar personer ej identifierade som alkoholproblematiker i journalerna men med kända alkoholproblem enligt socialbyrå, alkoholpoliklinik eller dödsbevis. Utifrån dessa kriterier kommer gruppen med ARD att omfatta 33 personer (36 procent). Ett karakteristikum för gruppen alkoholproblematiker är hög frekvens vidareremitteringar i samband med de sista två besöken på distriktsläkarmottagningen, nästan uteslutande i form av akutremisser.

Civilståndsvariabeln är strategisk vad gäller risken att dö i ARD (enligt dödsbevis). 12 av de 19 personerna (63 procent) som hade alkoholrelaterad dödsorsak enligt dödsbevis var fränskilda vid sin död och nästan varannan fränskild dog en alkoholrelaterad död. Tiden från skilsmässan till död i ARD uppgår i genomsnitt till 9 1/2 år.

Gruppen med suicid (inklusive ovisshet om uppsåt eller ej) omfattar 14 personer (15 procent) och har helt andra karakteristika än ARD-gruppen i vår studie. Den genomsnittliga tiden mellan (sista) skilsmässa och död i suicid var anmärkningsvärt kort i jämförelse med död i alkoholrelaterade sjukdomar, endast 1 1/2 år vilket gör det rimligt att anta att skilsmässan haft etiologisk betydelse som dödsorsak. Vårdkonsumtionsmönstret för gruppen suicid visar enstaka besök på DLM, i regel av akutkaraktär, i motsats till alkoholgruppens talrika besök både vad gäller akutbesök och tidsbeställda besök. Någon gemensam nämnare för de symptom man sökt för kan ej ses utan det rör sig om vaga opreciserade kontaktorsaker spridda över ett rätt brett kontaktorsaksplanor. De män som avlidit i suicid har alla flyttat till Borlänge från annan ort i Sverige eller från Finland.

I vårt material fanns 20 personer (22 procent) med *akut hjärtinfarkt* som underliggande dödsorsak. Majoriteten av de avlidna på grund av akut hjärtinfarkt var gifta (14 personer). Personer-

Figur 1.
Undergrupper enligt klusteranalys.

25	11 personer	suicid +, remisser -, inflyttade till Borlänge +, 35-49 år +
	14 personer	alkoholproblem +, besök på distriktsläkarmottagning (storkonsument) +, remisser +, 50 år och äldre +, administrativa yrken -
	11 personer	alkoholproblem +, kyrkobokförd hela livet i Borlänge +, socialvård +, 35-49 år +, arbetsförmedling -, suicid -, administrativa yrken -, remisser -
17	9 personer	infarkt +, alkoholproblem -, socialvård -, inflyttade till Borlänge +, arbetsförmedling -, besök på distriktsläkarmottagning -, remisser -
	8 personer	infarkt +, arbetsförmedling -, alkoholproblem -, socialvård -, besök på distriktsläkarmottagning +, gifta +, 50 år och äldre +, kyrkobok för hela livet i Borlänge +
	38 personer	"övriga"

na som avlidit i akut hjärtinfarkt var i stor utsträckning okända inom distriktsvården.

Gruppen avlidna i *cancer* omfattade 14 personer (15 procent). Även den består framför allt av gifta personer (10 individer). Här fann vi många av de äldsta individerna i undersökningsgruppen.

Bland de 91 för-tidigt-döda männen kunde, sammanfattningsvis, fem inbördes homogena och sinsemellan heterogena undergrupper av avlidna urskiljas. Figuren nedan visar undergruppernas storlekar och karakteristika. Den ena gruppen, den som omfattade 38 individer eller drygt 1/3 av totala antalet, är förhållandevis profillös. Men således kunde nära 2/3 av de för-tidigt-döda karaktäriseras i någorlunda preciserade och utmärkande termer (figur 1). Vi skulle kunna benämna dessa grupper "riskgrupper" för förtidig-död.

Resultatet av klusteranalysen visade sålunda att en relativt stor grupp medelålders män avlidna genom suicid är män som samtliga har flyttat in till Borlänge kommun från annat håll och att en annan stor grupp män avlidna i alkoholbetingade sjukdomar är män som alla hela sitt liv varit bosatta i Borlänge kommun. Även för hjärtinfarktgruppen visar klusteranalysen att mobilitetsvariabeln är utslagsgivande.

Diskussion och slutsatser

Det är väl känt att *alkohol* spelar en stor roll för dödligheten hos medelålders män och att den officiella dödsorsaksstatistiken kraftigt underskattar denna roll. Vår studie ger ytterligare stöd åt detta förhållande.

Det är naturligtvis mycket svårt att försöka avgöra vad som är den "sanna" incidensen ARD i materialet där alltså olika definitioner ger en andel varierande från 6 procent (enbart underliggande dödsorsak) till 36 procent (enligt definition ovan). De alkoholproblematiker som är kända inom öp-

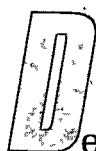
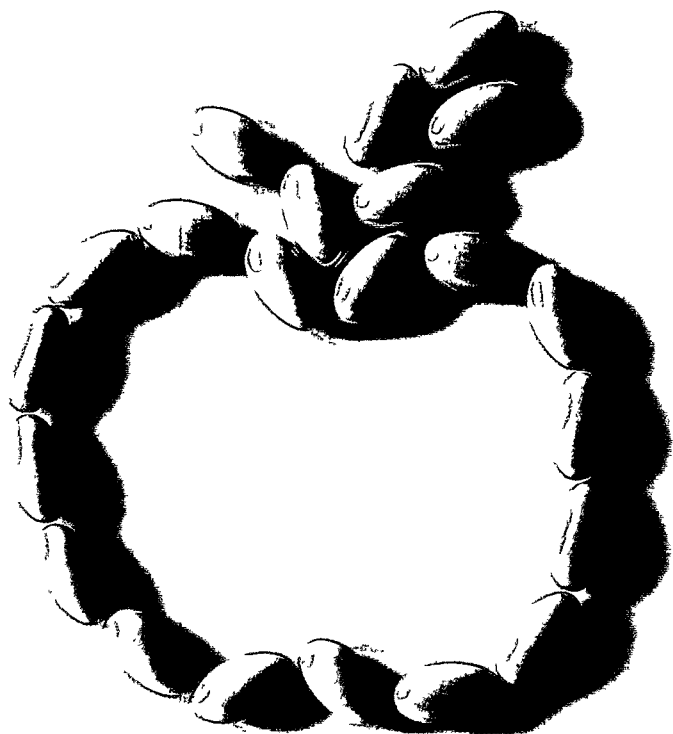
penvården tillhör emellertid "storkonsumenterna" av framför allt akuta besök. Mestadels kommer man för olika somatiska komplikationer till sitt missbruk. Det är dock mera sällan som dessa besök leder till tidsbeställd konsultation och ett penetrerande av den totala livssituationen samt behandlingsförsök beträffande den bakomliggande alkoholproblematiken. Litet tillspetsat kan man uttrycka det så att sjukvården visar låg verkningsgrad då det gäller att använda de många läkarbesöken till att förhindra progress av alkoholiseringsprocessen och förtidig död i ARD.

Anmärkningsvärt är dock att enbart en av de 10 personer som bedömts ha alkoholproblem vid sitt sista socialbyråbesök ingick i gruppen med ARD enligt dödsbevis, medan däremot 13 av de 31 övriga kända vid socialbyrån (42 procent) för andra problem (framför allt ekonomiska) återfanns med alkoholrelaterad dödsorsak. Möjligt är att detta kan ses som ett uttryck för behandlingsnihilism och uppgivenhet från socialbyråns sida: man dokumenterar ej alkoholproblemen i socialakten trots att dessa är uppenbara då man känner hjälplöshet inför möjligheten att bryta alkoholiseringsprocessen. I stället uppmärksammar man de ekonomiska svårigheter som är *en* konsekvens av alkoholismen och i vart fall temporärt kan avhjälpas genom ekonomiska stödinsatser.

Anmärkningsvärt är att döda i ARD beträffande migrationsvariabeln i hög grad hör till de personer som bott i Borlänge hela sitt liv. Den geografiska stabiliteten och därmed möjligheten att under lång tid etablera ett socialt nätverk har tydligen ej kunnat förhindra alkoholiseringsprocessen och den förtidiga döden.

I vårt material synes såväl etniska faktorer som civilståndsfaktorer ha betydelse som riskindikatorer för tidig död, men det skiftande utfallet i död mot bakgrund av olikheter i geografisk mobilitet får oss att tro att det så kallade sociala nätverket, ur såväl kvantitativa som kvalitativa aspekter, är av väl

INGEN NYHET. EN KUNSKAP!



Det är ingen nyhet att Salures-K ger pålitlig blodtryckssänkande effekt till låg behandlingskostnad och med mycket få biverkningar.

För kunniga läkare är det en självklarhet att välja preparat som kombinerar pålitlighet med ekonomi.

Så gott som alla svenska läkare har kunskap om Salures-K och de flesta förskriver det regelbundet.

Salures-K .
Ingen nyhet. En kunskap!



FERROSAN

Box 839
201 80 Malmö

Salures-K. Tabl. bendroflumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 0,57 g.
Indikation: hypertoni. Nu i två förpackningar: 100 st glas och 98 st dospack.

NYHET!
98 st dospack – enkelt
och praktiskt för patienten.

så stor betydelse som den variabel vi inledningsvis fäst störst uppmärksamhet på, civilståndsvariabeln i snäv bemärkelse. Trots detta är det på marknivå obestriddigt att fränskilda män som grupp har större risk för för-tidig död jämfört med gifta män. Som utgångspunkt för preventiva åsatser är faktorn skilsmässa, definierat som den juridiskt sett upphörda samlevnaden mellan man och hustru, idealisk då det är lätt att få tillförlitliga uppgifter på den.

Primärvårdens preventiva ansvar beträffande cancersjukdomarna är svår att avgränsa närmare. På senare år har främst rökningens och i viss mån kostens betydelse satts i fokus. Även yrkesrelaterade cancerogena faktorer har givits stor betydelse. Ur organisatorisk synpunkt har dessa dock vanligen uppmärksamats inom företagshälsovården och på regional nivå av de yrkesmedicinska klinikerna.

Annorlunda är avgränsningen vad gäller den stora gruppen ischemisk hjärtsjukdom (IHD). Här bör primärvården kunna ha ett stort ansvar för såväl primär- och sekundär prevention som rehabilitering och uppföljning. Idag omfattar primärvårdens preventiva arbete huvudsakligen de traditionella riskfaktorerna (blodtryckssjukdom, rökning, kostförhållanden, alkohol, övervikt) vilka dock sammantagna ej kan förklara mer än cirka hälften av IHD-morbiditeten (10). Det är, vilket bland annat HS-90-arbetet visat, angeläget att ökat utrymme ges för prevention riktad mot psykosociala riskindikatorer av typ etniskt ursprung, ensamboende, yrkesfaktorer, arbetslöshet med mera.

Bland de som avlider i suicid finns en anhopning av personer med långvarig svår psykisk sjukdom, oftast av psykoskaraktär. Huvudansvaret för denna grupp ligger på den psykiatriska vårdorganisationen i form av öppen sektorerad vård och/eller sluten psykiatrisk sjukhusvård. Dessutom finns emellertid också en annan grupp suicid där distinkt psykiatrisk sjukhistoria saknas men däremot psykiska kriser (till exempel vid skilsmässa) eller sociala förändringar (till exempel vid arbetslöshet) predisponerar för eller utlöser suicidhandlingen. Även här förefaller primärvården inrymma en preventiv potential.

Alkoholen spelar en betydande roll för den för-tidiga dödligheten bland män. Mycket talar för att primärvården är den institution i samhället som har de bästa förutsättningarna för att agera preventivt. För flertalet som tidigt i alkoholiseringsprocessen söker kontakt med primärvården har missbruket ännu ej lett till sociala komplikationer eller irreversibla somatiska skador. Där sådana konsekvenser redan har uppstått är prognosen som vi vet generellt sett dålig och behandlingsarbetet får på grund härav en mera defensiv och ineffektiv utformning.

Samarbete mellan olika vårdinstanser och myndigheter är nödvändigt, men aktualiserar ofta svåra avvägningar gentemot integritets- och sekretessaspekter.

En förskjutning av *innehållet* i vården är nödvändig för att reducera för-tidig-död i alkoholism. Sålunda måste fokus ligga på missbrukarens totala livssituation (socialpsykiatrisk anamnes) och ej enbart de olika skador och organstörningar som missbruket leder till. Detta medför också att kontakterna mera får karaktären av tidsbeställda planerade besök och mindre akutbesök.

Referenser

1. Hallberg H. Skilsmässa som riskfaktor hos män - Problembeskrivning och preventionsförsök inom primärvården, Projektplan, Kopparbergs läns landsting, Maj 1984.
2. Granvik M. Kommundiagnoser i Kopparbergs län, Kopparbergs läns landsting, April 1982.
3. Wishart D. Clustan 1 C User Manual, University Collage London, 1975.
4. Socialstyrelsen, Klassifikation av sjukdomar m.m. 1968, Systematisk förteckning, Fjärde upplagan, Stockholm 1982.

5. Statistiska meddelanden, Sveriges officiella statistik, HS 1981:10.3. Dödstal efter kön, ålder och dödsorsak. Volym III: Civilstånd 1969-1973 och 1974-1978.

6. Trots J, Hultåker Ö, Swedish Divorces: Methods and responses, Uppsala universitet, Sociologiska institutionen, 1982.

7. Hälso- och sjukvård inför 90-talet, Sekretariatspromemoria 1: Demografiska och socio-ekonomiska förhållanden inom befolkningen, Stockholm 1981.

8. Pettersson B, Trell E, Riskfaktorer för förtidig död hos medelålders män i Malmö. Läkartidningen 1984; 81, s 3697-700.

9. Granvik M, Hallberg H, 91 för-tidigt döda män i Borlänge kommun, Kopparbergs läns landsting, Oktober 1984.

10. Orth-Gomér K m.fl. Psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdom, SOU 1984: 43.

Författare:

*Mats Granvik** är 1:e sekreterare vid Kopparbergs läns landstings kansli.

*Hans Hallberg*** är distriktsläkare vid vårdcentralen Jakogsgårdarna i Borlänge.

* Postadress: Landstingets kansli, Box 712, 791 29 Falun

**Postadress: Vårdcentralen Jakogsgårdarna, Jaxtorget 7A, 781 63 Borlänge, tfn: 0243-770 00 - 275

Medlemmar rekrytera till SFAM

Alla specialister eller blivande specialister har sin specialistförening.

Allmänläkarnas specialistförening är SFAM. Svensk Förening för Allmän Medicin.

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

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

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

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

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

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

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKURAN

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm

Dödsorsaksmönster och vård i livets slutskede i Hofors

FRITZ EILIFSSON · MATS RIBACKE

Hälso- och sjukvårdslagen anger att vård, liksom förebyggande arbete inom sjukvårdens ram, ska organiseras utifrån kunskap om patienternas och befolkningens behov. Genom analys av uppgifter i dödsorsaksbevis kan man lokalt få fram material som tillåter konkret diskussion beträffande användningen av resurserna inom primärvården såväl i omvårdnadsarbetet som i det förebyggande arbetet. Här presenterad studie är ett exempel på projektarbete under FV-tjänstgöring i allmänmedicin, och är en bearbetning i artikelform av en mer fullständig rapport.

Nyckelord: Dödsbevis, dödlighetsregister, terminalvård, samhällsdiagnos, primärvård, vårdorganisation, prevention.

Bakgrund

För Gävleborgs län har utförts en hälso- och sjukvårdsbeskrivning genom registerstudier som bland annat omfattar dödlighet och dödsorsaker, sjukvårdskonsumtion, sjukförsäkringsstatistik, sociala förhållanden (1). Undersökningen har förts ner på kommunnivå så att resultatet för varje kommun ställts mot övriga kommuner. I kommundiagnosarbetet har använts dödsbevis som kodats via Statistiska Centralbyrån. Detta material är tillgängligt cirka två år efter aktuellt dödsår.

I här presenterat projekt har vi använt lokalt tillgängligt material för att studera dödsorsaksmönstret i Hofors kommun under ett år, fördelat efter åldersgrupper, kön, diagnoser, vårdkontakter och plats för dödsfallet. Genom att använda tidsmässigt näraliggande material är avsikten att belysa primärvårdens roll vid vård i livets slutskede.

Liknande undersökning har gjorts inom andra landsting, till exempel Västerbotten, Kopparberg (2, 3) och vidare finns undersökningar redovisade från Tierp och Sollentuna (4, 5).

Syfte

Syftena med projektet är att
– med hjälp av lokalt material ge underlag för diskussion om primärvår-

dens engagemang i terminalvården och

– presentera lokalt material för diskussion om möjligheten att genom ändrad vårdorganisation medverka till senareläggning av dödsfall.

Metod

Från pastorsexpeditionerna i Hofors och Torsäkers församlingar inhämtades uppgifter om samtliga dödsfall under perioden 820701–830630. Kopior av dödsorsaksbevis innehöll uppgifter om personnummer, namn, tidpunkt för död, dödsplats, dödsorsak och eventuell obduktion. Som dödsorsak har i enlighet med gängse bruk använts underliggande dödsorsak. För att fastställa denna har i vissa fall kompletterande uppgifter från journaler inhämtats, och trots varierande kvalitet på dödsbevisen har klassificeringsproblem kunnat undvikas.

Resultat

Totalmaterialet omfattar 198 dödsfall. För 37 procent av dödsfallen gäller att dödsorsaksuppgifterna grundar sig på obduktion.

I tabell I beskrivs dödsfallen fördelade på kön och åldersgrupp. Där framkommer en klar överdödlighet bland männen jämfört med kvinnorna. Vid ytterligare uppdelning på 5-årsklasser framgår att dödstalet per 1.000 män för

Tabell I.
Dödstal fördelat på åldersgrupper och kön.

Ålder/kön	män		kvinnor	
	n	%	n	%
–14	1	,8	1	1,3
15–24	1	0,8	–	–
25–44	6	4,9	2	2,7
45–64	17	13,8	7	9,3
65–74	36	29,3	10	13,3
75–	62	50,4	55	73,3
	123	100	75	100

Tabell II.
Dödsorsaker uppdelat på kön och viktigaste diagnosgrupper. Procent.

Diagnos	Män	Kvinnor	Total	Riket
Cancer	19,5	20,0	19,7	20,2
Ischemisk hjärtsjukdom	48,0	42,6	45,4	36,3
Cerebrovaskulär sjukdom	9,8	8,0	9,1	10,0
Olycksfall	3,2	4,0	3,5	6,8
Övriga	19,5	25,4	22,3	26,7

Hofors ligger högre än rikets dödstal från och med 60 års ålder. Totalt ligger dödstalet för Hofors på 19 per 1.000 män att jämföra med rikets dödstal som är 12 per 1.000 män. Någon lika markant skillnad för kvinnor framkommer ej, dödstalet för Hofors är 11,9 per 1.000 kvinnor och för riket 9,7 per 1.000 kvinnor. Skillnaden i dödlighet mellan könen förklaras ej av skillnaden i befolkningssammansättning, av kommunens innevånare utgörs 50,7 procent av män och 49,3 procent av kvinnor.

Dödsorsakernas fördelning inom några huvudgrupper framgår av tabell II. Den överdödlighet i ischemisk hjärtsjukdom som visades i kommundiagnosarbetet på ett 10-årsmaterial framträder även i detta 1-årsmaterial.

Platsen där dödsfallet inträffade är av intresse vid diskussion av terminalvård och framgår av tabell III. Det är dock viktigt att ha i minnet att alla dödsfall inte har inneburit behov av terminalvård, liksom att platsen för dödsfallet inte självklart överensstämmer med platsen där den terminala vården har skett, förflyttning kan ha skett under ett finalt skede.

Journalgenomgång beträffande de avlidnas kontakter med distriktsläkare visar att 47 procent haft sådan kontakt under sista året. Ytterligare 42 procent var kända över huvud taget hos di-

Tabell III.
Plats där dödsfallet inträffade.

Dödsplats	Antal	Procent
Akutsjukhus	108	54,5
Annat sjh/sjukhem	47	23,7
Servicehus	10	5,6
Ej intagen för vård	33	16,7

Tabell IV.
De avlidnas kontakt med primärvården.

Sjukdomsgrupp	Kontakt dl	sist året dsk	Ej känd dl	dsk	Total
Cancer	19	26	5	3	38
Ischemisk hjärtsjukdom	43	29	8	30	78
Cerebrovaskulär sjukdom	5	8	—	6	16
Lungsjukdom	3	4	—	—	5
Övriga	11	14	5	11	34
	81	81	18	50	171

striktsläkare medan 10 procent inte var kända eller hade varit på besök de senaste 10 åren. Skillnad framkommer för olika sjukdomsgrupper, se tabell IV. I samma tabell beskrivs även de avlidnas kontakter med distriktsvården. I tabellen är ej medtagna de 27 personer som varit intagna på långvårdsklinik mer än ett år före dödsfallet. För fyra av de avlidna gäller att de inte är kända vare sig hos distriktsläkare eller distriktssköterska.

Diskussion

Kvalitetsproblem vad gäller dödsorsaksstudier baserade på dödsbevis finns redovisade i Spri-rapport 122 (6). Där redovisas en betydande variation vad gäller obduktionsfrekvenser i riket, den varierar mellan regioner, mellan åldersgrupper och med dödsorsak. Cirka 1/3 av alla avlidna obduceras på patologavdelning eller av rättsmedicinare. I vårt material grundar sig 37 procent av dödsbevisen på någon form av obduktion. Vid klassificering av underliggande dödsorsak har vi använt samma material som SCB har tillgång till, dessutom kompletterat med journaler hos distriktssköterska och i något fall personlig kännedom. Vi bedömer därför att det material vi använt fyller rimliga kvalitetskrav.

Det allmänna dödstalet uttrycks som en kvot mellan antalet döda och genomlevd tid, oftast används totalbefolkningen, till exempel medelfolkmängden under en period (till exempel ett år). För att eliminera betydelsen av olika åldersstruktur används ibland så kallad standardiserat dödlighetsindex, detta tillåter då jämförelse mellan olika populationers dödlighet och dödsorsaksmönster.

Vid kommundiagnosarbetet påvisades för Hofors med denna senare beräkningsmetod en statistiskt säkerställd överdödlighet för män i ischemisk hjärtsjukdom i samtliga åldersgrupper, mest uttalat i åldersgruppen 45–64 år, där index jämfört med länet var 129, det vill säga en överdödlighet med 29 procent (7). Denna överdödlighet i ischemisk hjärtsjukdom framträder även i vårt material. Se tabell II. Vårt beräknings sätt ger andelen dödsfall i aktuell diagnos relativt total dödlighet. Det lokalt framtagna 1-årsmaterialet ger således upplysning av samma karaktär som det centralt framtagna 10-årsmaterialet som underlag för lokalt hälsoplaneringsarbete, och inriktning av aktiviteter av förebyggande karaktär.

Vad gäller platsen där dödsfallet äger rum måste konstateras att dödsorsaksbevisen lämnar ofullständiga upplysningar. Tydligt är dock att endast en mindre del av dödsfallen äger rum utanför institution. I gruppen "Döda på akutsjukhus" finns dels sådana som avlidit i akut sjukdom och dessförinnan varit friska, dels sådana som vårdats i hemmet eller på annan institution och med anledning av final försämring tagits in på akutsjukhus. Fortsatt observation får visa vilken av grupperna institutionsvårdade som kan minskas och vilka resurser som i så fall krävs.

Då det gäller mönstret för de avlidnas kontakter med primärvården skiljer sig diagnosgrupperna åt (tabell IV). De cancersjuka, där omvårdnad och så småningom terminalvård är ett väsentligt inslag i omhändertagandet, har i större utsträckning haft kontakt med distriktssköterska än med distriktsläkare. Samma resonemang kan anses gälla för gruppen med cerebrovaskulär sjukdom. Omvänt tycks gruppen med ischemisk hjärtsjukdom i ökad utsträckning ha haft kontakt med distriktsläkare och i mindre utsträckning med distriktssköterska. Det fortsatta arbetet innebär diskussion om möjliga organisatoriska förändringar för att öka informationsutbytet mellan vårdgivarna. Vi bedömer det möjligt att distriktsläkaren i större utsträckning än hittills kan ersätta slutenvårdsläkarna då det gäller att stötta distriktssköterskorna i omvårdnadsarbete i livets slutskede. Det här aktuella projektet har fokuserat problemen och har diskuterats vid distriktsmöte där personal från såväl slutenvård som primärvård och kommun deltagit.

Sammanfattning

Genom att använda lokalt tillgängligt material, som beskriver förhållandena kring dödsfall och tillåter klassificering av underliggande dödsorsak, kan man på hälsocentralsnivå beskriva arbetsuppgifterna inom terminalvården. Jämförelse med material insamlat på andra vägar talar för att uppgifterna håller tillräckligt god kvalitet. För personalen blir dessa uppgifter en konkret utgångspunkt i diskussioner beträffande vårdorganisation, samverkan, inriktning av förebyggande insatser. Studieområdet torde vara intressant för varje hälsocentral, och arbetsuppgiften är lämplig som projektarbete för FV-läkare i allmänmedicin.

Referenser

1. Sundman L: Kommundiagnoser för Gävleborgs län. Utredning, Gävle: Gävleborgs läns landsting 1984.
2. Granvik M: Dödlighetsmönster i kommunerna inom Västerbottens län. Umeå: Socialmedicinska institutionen, Umeå universitet 1977.
3. Granvik M: Ett lokalt hälsoarbete utifrån en epidemiologisk strategi. Kopparbergs läns landsting, Hälsopolitiska enheten 1982.
4. Åberg H, Smedby B: Dödsorsaker för personer i åldern 15–64 år i Tierps kommun under åren 1972–1976. Tierpsprojektet, socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet. Rapport 1981-04-23.
5. Krakau I: Dödlighetsmönster i Sollentuna. NYTT från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1982;2: 17–23.
6. Spri-rapport 122/83: Dödsorsak? Dödsorsaksstatistik som underlag för planering.
7. Jakobsson S, Sundman L: Misstänkt överdödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – validering av dödsbevis. AllmänMedicin 1983;4: 33–4.

Abstract

CAUSE-OF-DEATH PATTERN AND CARE IN THE TERMINAL PHASE OF LIFE IN HOFORS DISTRICT

The Swedish Public Health Act stipulates that care, as well as preventive work within the scope of the Public Health System, shall set out from factual knowledge about the needs of the patients and the local population. By analyzing information in death certificates it is possible to locally obtain material permitting an objective discussion concerning the utilization of the resources within primary care as well as in welfare work and in preventive activities.

The study presented here is an example of project work during post graduate education in general medical practice and constitutes an edited version of a more complete report.

Författarpresentation:

Underläkare Fritz Eilifsson är FV-läkare i allmänmedicin i Sandvikens sjukvårdsdistrikt och fullgör primärvårdsdelen vid Hofors Hälsocentral.

Mats Ribacke är distriktsläkare i Hofors och chef för Utvecklingsenheten för Primärvård knuten till Hofors Hälsocentral.*

*Postadress: Utvecklingsenheten för primärvård, Centralgatan 14, 813 00 Hofors
Telefon 0290/279 20

MOTTAGNINGSSKÖTERSKA I PRIMÄRVÅRD

Mottagningsköterska i glesbygd – en resursperson i primärvården

LENA WESTLUND · INGRID SEHLBERG

Vid vårdcentralen i Vilhelmina, en glesbygds kommun, har vi gjort en undersökning av mottagningsköterskans handläggning av huvudsakligen telefonkontakterna med patienter. Undersökningen kartlägger det dagliga, nödvändiga beslutsfattandet inför akuta patientärenden, dels i en läkarbristsituation, dels i en situation med god läkartillgång. I diskussionsdelen görs även ett försök till analys av mottagningsköterskans arbetssituation.

Nyckelord: Mottagningsköterska, glesbygd, primärvård.

Inledning

Mottagningsköterskan i glesbygd måste göra bedömningar vid patientkontakter per telefon och på annat sätt vad gäller alla sjukdomstyper och klientelet omfattar alla åldersgrupper. Avståndet till närmaste sjukhus i vårt fall är 12 mil, Lycksele lasarett och till närmaste större sjukhus 23 mil, Umeå regionsjukhus. Mottagningsköterskans arbete är ansvarsfyllt, stressande, genom alla snabba beslut som måste fattas. Det blir än mer betungande under perioder med dålig läkartillgång, vilket ofta inträffar i glesbygden. Vi har velat studera mottagningsköterskans beslutsfattande, vid kontakter med de sökande, under hög respektive låg läkartillgång. Mottagningsköterskans övriga arbete, till exempel planering, personalledning, utbildning, ingår inte i denna studie.

Mottagningsköterskans ständiga, nödvändiga beslutsfattande, har mycket stor betydelse för patienterna. Vilken typ av beslut fattas under hög respektive låg läkartillgång?

Metod

Under två månader, november och december 1982 och en månad maj–juni 1983, registrerades patientkontakterna med mottagningsköterskan. Läkarbemanningen var i genomsnitt per dag i november 3,72 och i december 4,0 och i maj–juni 1,6.

Klassifikationen gjordes så att dagen för kontakt och patientens ålder och kön angavs.

Åtgärderna registrerades på följande sätt:

1. *Akut* – pat överfördes till akutdoktorn.
2. *Tidsbeställning* – pat bedömdes då kunna vänta och få en tid på mottagningen senare.
3. *Rådgivning* – Mottagningsköterskans egen bedömning och rådgivning.
4. *Medicinbeställning* – Pat beställde medicin per telefon vilket senare eventuellt effektuerades av läkaren.
5. *Samtal med läkare* – Samtalet överfördes till vederbörande läkare.
6. *Övriga åtgärder* – Till exempel omläggningar, injektioner, vaccinationer, provtagningar samt hänvisning till andra vårdorgan. Till exempel distriktsköterskor, socialtjänst och dylikt.

Ur det samlade materialet har vi nu analyserat en vecka ur varje period november respektive december 1982 och maj–juni 1983. Under dessa perioder hade vi 681 kontakter varav 323 män och 358 kvinnor. Medianåldern på kontakterna var 47–48 år.

Resultat

1 Hänvisning till akutläkaren

Som vi väntat oss ökade hänvisningarna vid låg läkartillgång. Tidsbeställningar kunde inte ske. Hänvisningarna ökade från drygt 25 procent till omkring 45 procent av hela klientelet.

2 Tidsbeställningar

Av naturliga skäl minskade tidsbeställningen vid låg läkartillgång till omkring 5–10 procent, från omkring 30 procent vid hög läkartillgång.

3 Rådgivning

Mottagningsköterskans egen rådgivning ökade från omkring 10 procent vid hög läkartillgång, till mellan 15–20 procent vid låg läkartillgång.

4 Medicinbeställning

Denna låg på ungefär samma nivå såväl vid hög som låg läkartillgång, omkring 15 procent av kontakterna tillhörde denna grupp.

5 Samtal till läkare

De samtal som överfördes till läkare låg på en oförändrad låg nivå vid de båda olika bemanningssituationerna. Den låg på cirka 2 procent.

6 Övrigt

Denna grupp omfattade bland annat injektioner, vaccinationer, omläggningar, provtagningar och hänvisning-

ar till andra vårdorgan och låg på en tämligen konstant nivå, omkring 18 procent av alla kontakter vid de olika bemanningssituationerna.

7 Kontaktfrekvens per dag

Vårt antagande var att måndagar skulle visa högsta belastning och fredagar den lägsta, endast det sista besannades, onsdagarna visade sig vara den högst belastade dagen.

Allmän diskussion

De preliminära resultaten av vår undersökning pekar i den riktning vi förväntat oss. Man får inte dra för långtgående slutsatser, men en allmän diskussion kan föras. Undersökningen omfattade en kort tid. Studien är gjord under olika årstider. Olika belastningar från befolkningens sida råder under dessa villkor och sjukdomspanoramat växlar också med årstiden. Även befolkningens beteende förändras eftersom kännedomen om läkarsituationen snabbt sprids i glesbygd.

Mottagningsköterskan spelar alltid en central roll vid bedömning av sjukdomar och problem, inte minst som telefonrådgivare. I läkarbristens Norrland förstärks denna roll. Läkarnas kompetens växlar också starkt. Arbetet försvåras, inga riktiga rutiner kan skapas. Samtidigt arbetande läkare har olika syn på arbetet och sjukdomarna, vilket gör mottagningsköterskans roll ännu svårare. Hon kläms mellan motstridiga behandlingsrutiner och intressen.

Den underställda personalen på mottagningen bevakar sina intressen, vilket kan leda till problem. I detta nätverk riskerar patienterna att hamna i riskfyllda situationer.

Vårdcentralen i glesbygd har en monopolroll. Patienten kan inte vända sig någon annanstans inom rimligt geografiskt avstånd och blir ofta utlämnad till mottagningsköterskans bedömning. Detta upplever vi som en stor stressfaktor. I bakgrunden nuddar tanken vid ansvarsnämnden.

Kanske får mottagningsköterskan i glesbygd till och med ibland påta sig en läkarroll. Hon måste spanna över ett brett register. All sjukdomssymptomologi bör vara känd för henne. Hon får inte stå främmande för någon specialitet och måste kunna ge rimliga råd.

Mottagningsköterskans arbete innefattar också all akutsjukvård, svåra

Erfarenheter av "6-årskontroll" på barnavårdscentral

MAGNUS ERIKSSON · MARGARETA BRÄNNSTRÖM

Under 1983 började man efter rekommendationer från barnhälsovårdsöverläkare att genomföra rutinmässig läkarkontroll på alla 6-åringar inskrivna vid barnavårdscentralen. Syftet med undersökningen var att uppspåra medicinska eller andra hälsoproblem före skolstarten för att ge tidig information till skolhälsovården och möjliggöra en bättre anpassning för dessa barn inför skolstarten. Nedanstående artikel redovisar det första årets erfarenheter av 6-årskontroller på en årskull. Man kan utifrån resultaten ännu inte dra några direkta slutsatser annat än att ytterligare utredningar och utvärderingar är önskvärda.

Nyckelord: BVC, läkarkontroller, 6-årskontroller.

Från och med 1983 rekommenderade Barnhälsovården inom Sydvästra förvaltningsområdet, Stockholms läns landsting, att man rutinmässigt lade in läkarkontroll vid 6 års ålder. Detta skedde bland annat för att om möjligt uppspåra hälsoproblem eller andra medicinska problem i god tid före skolstarten. Tanken var bland annat att man om möjligt bättre skulle kunna förbereda såväl barnen som skolan på de barn som hade medicinska problem

som krävde speciell anpassning. Man hoppades också fånga upp tecken på psykosomatiska avvikelser, samt andra sjukdomar eller hälsoproblem som tidigare inte uppmärksammats vid rutinkontroller på Barnavårdscentralen.

Vi som började arbeta med denna nya rutinkontroll upplevde det som viktigt att försöka utvärdera resultatet. Frågan var närmast i vilken mån vår insats motsvarades av nyupptäckta hälso- och sjukvårdsproblem alternativt remiss till skolhälsovård.

Metod

Samtliga barn födda 1977 kallades till 6-årskontroll hos läkare. Ofta förlade man från BVC:s sida även den fjärde poliovaccinationen till denna tidpunkt. På BVC registrerades vilka som kom och vilka som uteblev. I samband med läkarbesöket registrerades vilka barn som fick remiss för ytterligare utredning, behandling, återbesök eller remiss till skolhälsovård.

Resultat

Inriktningen av läkarundersökningen blev till stor del somatisk då medverkande läkare och BVC sköterska endast hade arbetat en kortare period på BVC. De hade därför inte etablerat en

Tabell I.
Avvikelser.

Antal barn	Symtom	
7 st	Sned rygg	1 st
	Talfel	2 st
	Enures	1 st
	Testiklar	4 st
	Diplegi	1 st
		9 st

Av 61 barn hade 7 barn 9 symtom

Tabell II.
Åtgärd från BVC.

Remiss logoped	2 st
Remiss röntgen	1 st
Remiss barnkirurg (HS)	3 st
Remiss neurolog 1 st	1 st
Ny kontroll BVC	1 st

Tabell III.
Slutgiltig bedömning.

Röntgen u a	1 st
Logoped – ej åtgärd	1 st
Logoped – kontroll 1/2 år	1 st
Vidare neurol utredning	1 st
Testiklar – remiss u a	
enures matta	1 st
Testiklar u a	1 st
Testiklar – rem svar u a	2 st

olyckor, svårt sjuka patienter. Vid katastrof måste hon vara beredd att arbeta ute på fältet.

I diskussionen om läkarbristen i glesbygderna, borde man också föra fram mottagningssköterskans försvårade roll i detta läge. Kanske tvingas hon i en bristsituation fatta så restriktiva beslut att risk uppkommer för patienterna. Bredden i arbetet sätter hennes kunskaper på svåra prov. En slutsats måste också bli att utbildningen inte tillfredsställer de krav som uppkommer i glesbygderna. Påbyggnadskurser är nödvändiga. Vi avser fördjupa och bredda vår undersökning.

Författarpresentation:

Ingrid Sehlberg, avdelningsföreståndare.*

Lena Westlund, mottagningssköterska.*

*Postadress: Vårdcentralen, 912 00 Vilhelmina

långvarigare kontakt med familjerna sedan tidigare.

Av 66 barn som kallades infann sig 56 stycken på utsatt tid. Ytterligare 5 barn kom efter att föräldrarna hade ändrat tid. Två stycken barn hade besökt läkare på BVC kort tid före 6-årskontrollen och avstod därför från rutinkontrollen. Tre barn uteblev på grund av flyttning.

De avvikelser som iaktogs registrerades i enlighet med tabell I.

Dessa avvikelser ledde i sin tur till åtgärder enligt tabell II.

Efter att dessa åtgärder hade utförts så gick vi änyo igenom remissvar samt den slutgiltiga bedömningen av barnets avvikelser, vilket finns registrerat i tabell III.

Dessutom fick en familj en tillfällig psykologkontakt för stödsamtal. Det förelåg dock vid besöket inga uppenbara psykiska avvikelser hos barnet i fråga.

Diskussion

Av de kroppsliga avvikelser som iaktogs vid första besöket så var det vanligaste fyndet avsaknad av en eller två testiklar. Vid kontrollpalpation så kunde man i samtliga dessa fyra fall återfinna två testiklar såsom normalt. Detta stödjer erfarenheten från undersökningen att pojkar ofta var osäkra och lite spända inför inte minst palpation av testiklar. De hade därför en "oerhörd förmåga" att retrahera testiklarna långt upp i pungen. Vid återbesök var de mer avspända och testiklarna kunde då palperas som normalt hos läkare på BVC eller hos barnkirurg.

Avvikelse i språk och talutveckling återfanns i liten utsträckning. Detta kan eventuellt bero på att det är svårt att vid ett enstaka mycket kort besök få ett begrepp om barnets spontana språkförmåga. Det kan också vara svårt att rent anamnestic utfråga föräldrarna på ett riktigt sätt vad gäller barnens språkutveckling. Ofta upplever man som läkare att denna fråga är "lite" emotionellt laddad. Sannolikt är det bättre i de kommuner där språkutvecklingen bedöms inom förskolan. Många kommuner har också kommunalt anställda logopeder som gör kontroll av språkutvecklingen hos 6-åringar samt vidtar åtgärder vid avvikelser.

Hos ett barn fann man en allvarlig avvikelse i form av en misstänkt diplegi. Det anmärkningsvärda med det fyndet var att man redan vid 4-årskontrollen hade misstankar om detta. En pla-

nerad kontroll och uppföljning blev emellertid inte av, varför upptäckten försenades till 6-årskontrollen.

Från tidigare undersökningar vad avser barns hälsa så vet vi att psykisk ohälsa inte sällan förekommer. Vid den aktuella 6-årskontrollen så upplevde vi dock starka begränsningar när det gällde att få fram eventuella psykiska problem hos barnen eller inom familjen. Detta kan väl förklaras av att vi på BVC var nyanställda och saknade en långvarig och förtroendefull kontakt med de familjer och barn som undersöktes.

Själva besöket tog ofta 10-15 minuter. Vi upplevde att det var viktigt att barnen fick tid att i lugn och ro försöka att själva redogöra för sin hälsa. De skulle även ha tid att i lugn och ro klä av och på sig inför läkaren, vilket delvis gav en uppfattning om deras grov- och finmotorik.

Den undersökande doktorn fick vissa misstankar om att vaccinationen i samband med läkarbesöket upplevdes som besvärande av vissa barn. De hade oftast fått information om detta av föräldrarna och en del barn gav intryck av att vara ängestfyllda inför själva vaccinationen. Vaccinationen i sig gick i de flesta fall utan komplikationer och med barnens medverkan. Eventuellt kunde läkarundersökningen här uppfattats som mer positiv om vaccinationen hade varit skild från själva läkarundersökningen. Huruvida detta motiverar att skilja vaccination och läkarundersökning åt är tveksamt. Det innebär i sådana fall två besök för barnen och familjerna, samt ökad personalinsats.

Som personal så slogs man mycket av de individuella skillnaderna som förelåg inom "normalområden" vad gäller psykisk och fysisk mognad. Ett uppskattat inslag var hopp på ett ben, samt att klättra upp på en stol och hoppa kråka ned på golvet. Möjligen skulle dessa iakttagelser kunna leda till att man ytterligare bedömde behovet av motorisk stimulans till vissa barn med dåligt utvecklad grov- och finmotorik.

Det bör observeras att vi inte i något fall vidtog åtgärder för tidigare information till skolhälsovården än vad som sker rutinmässigt.

Sammanfattning

Vid 6-årskontrollen som vi genomförde på 61 barn fann vi få medicinska avvikelser. Detta beror sannolikt på att de flesta avvikelser redan har fångats upp vid tidigare kontroller på BVC.

Den psykiska hälsan hos barnen och familjerna gick inte säkert att bedöma vid detta enstaka besök. Vi upplever därför det som mycket angeläget att få förbättrade möjligheter hur man skall kunna få kännedom om sådana problem.

Föräldrarnas uppfattning om denna nya 6-årskontroll har inte klarlagts. Det kan möjligheten vara av värde att ta reda på i vilken mån den innebär en ökad trygghet för föräldrarna.

INFEKTIONER I PRIMÄRVÅRD

Snabbtympanometri på vårdcentral

S MÖLSTAD · L BORGQUIST · M SJUNNESSON

Vid snabbtympanometri mäts mellanörats impedans och man erhåller samtidigt en grafisk bild av trumhinnans rörlighet. Metodens införande i primärvården har diskuterats, dock förvånansvärt nog enbart mellan olika ÖNH-specialister. Vi ville undersöka metodens konsekvenser på vårdcentralsnivå.

100 planerade öronkontroller undersöktes först med otoskopi inklusive Sieglings, därefter med snabbtympanometrin. I 87 procent av fallen var överensstämmelsen i undersökningsfynd god, medan 13 diagnoser fick omvärderas. Huvudparten av dessa kunde frias från otosyalpingit-misstänke och slippa vidare kontroller. Jämfört med kontrollgrupp ökade inte remissfrekvensen till ÖNH-specialist med användandet av snabbtympanometri.

Undersökningen visar att snabbtympanometri är ett bra komplement till sedvanlig undersökningsteknik vid öronstatusbedömning. Metoden är dessutom snabb, smärtfri och barnvänlig. Vi anser att snabbtympanometri är en metod väl lämpad för primärvården.

Våra erfarenheter är också att vi i fortsättningen noggrannare måste specificera våra frågeställningar och vad som skall registreras. Det är möjligt att en hel del medicinska fynd och avvikelser avhjälptes med enklare råd och behandlingsåtgärder som inte registrerades.

Vi som har arbetat med denna 6-årskontroll upplever att det vore av värde att ytterligare diskutera uppläggnings av undersökningen. Man bör bland annat diskutera om det finns speciella hälsoproblem som man bör rikta sin uppmärksamhet på, till exempel barnolycksfallprofylax. Det vore också av värde att diskutera i vilken mån dessa kontroller fordrar läkarinsats eller om det kan skötas av enbart sköterska.

Författarpresentation:

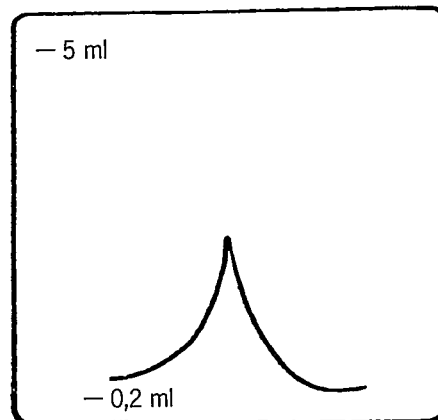
Magnus Eriksson*, distriktsläkare.

Margaretha Brännström, barnavårdssköterska

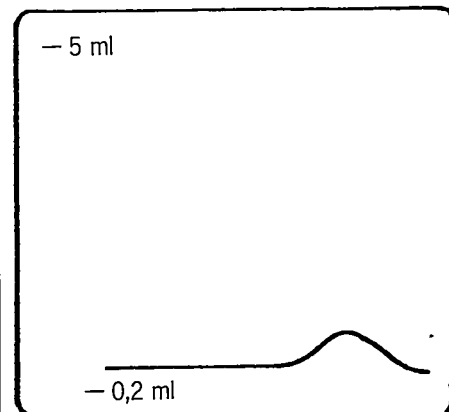
*Postadress: Luna vårdcentral, Nygatan 16-18, 151 33 Södertälje

Nyckelord: Otitbehandling, primärvård.

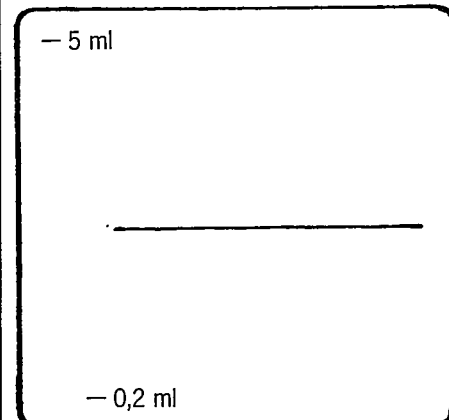
I samband med ett hörselvårdsprojekt hos äldre med stöd av MLL:s utvecklingsfond, fick vårdcentralen i Höör vintern 1983-1984 tillgång till en snabbtympanometer, Digitymp®. Denna apparat mäter trycket i mellanörat, impedansen, och ger dessutom en grafisk bild av trumhinnans rörlighet på en videomonitor, se exempel figur 1, 2 och 3.



Figur 1. Normal trumhinna.



Figur 2. Otosyalpingit.



Figur 3. Fungerande plaströr. Perforation.

Metoden är mycket snabb, tar cirka 10 sekunder, är enkel och helt smärtfri.

Vi ville värdera metoden som komplement till sedvanlig otoskopi (inklusive Sieglings), vid diagnostik av otoskopingit inom öppen vård. Innebär snabbtympanometri bättre diagnostik? Ger metoden färre remisser eller skapas nya bedömningsproblem?

Metod och material

I undersökningen ingår enbart planerade öronkontroller efter otit. Således ingår ej primära otoskopingiter, hörselnedsättningar etc. Vi har ej skiljt på öronkontroll nr 1 (6 veckor efter otit) och öronkontroll nr 2 (efter ytterligare 6 veckor). Vid kvarstående otoskopingit efter 2:a öronkontrollen skrevs remiss till ÖNH-specialist för bedömning, ställningstagande till plaströr etc.

Patienter födda på udda datum blev föremål för tympanometri. Dessa blev efter fastställt formulär bedömda före och efter tympanometri. På anamnes och otoskopi (inklusive Sieglings) sattes först diagnos och åtgärd, därefter gjordes impedansmätning varefter diagnos och åtgärd eventuellt omvärderades. Diagnosalternativen var otit, otoskopingit, läkt. Åtgärdsalternativen var ej åter (läkt), ny kontroll, remiss. Tympanometrin bedömdes i första hand efter kurvans utseende, i andra hand efter det numeriska värdet (gräns - 150 mm vatten).

Patienter födda på jämnt datum som kom för otitkontroll blev jämförelsegrupp. Dessa hämtades via datadiagnosregistrering.

Sammanlagt innehöll undersökningsgruppen 100 besök och jämförelsegruppen 164. Att jämförelsegruppen blev större berodde i första hand på datatekniska förhållanden samt att vissa patienter födda på udda datum missades i registreringen. Alla åldrar ingick i undersökningen, men drygt 65 procent var under 5 år.

De remisser till ÖNH-specialist som skrevs kontrollerades med avseende på remissvaret. Patientens status enligt remissvaret vid specialistundersökningen bedömdes och klassificerades i 3 grupper, otoskopingit, läkt, annat. I gruppen annat kunde till exempel ny otit, vax ingå. Bedömningen av otolog gjordes i allmänhet 1 månad efter remittering.

Resultat

Totalt sett sker små förändringar i bedömningen av öronstatus före och efter snabbtympanometri. Oftast överensstämmer vår otoskopibedömning med tympanometriundersökningsresultatet.

Diagnosen ändras inte i 87 procent av kontrollerna. Dock sker viktiga förändringar inom diagnosgrupperna (se tabell I).

Av 54 öronkontroller, som vid otoskopi fick diagnosen läkt, måste man efter tympanometri omvärdera 4 diagnoser (4 procent). Detta är den ojämn-

förligast viktigaste gruppen, då dessa 4 procent otoskopingiter annars missats och ej vidare kontrollerats eller remitterats.

Av 37 patienter som bedömts i behov av kontroll, kunde man omvärdera 8 undersökningsresultat. 8 procent av patienterna kunde således slippa vidare kontroller inom primärvården eller hos otolog.

I gruppen som bedömts som remissfall, 9 st (kvarstående otoskopingitbild efter öronkontroll nr 2) kunde en patient släppas och friskförklaras efter tympanometri.

Sammanlagt medförde snabbtympanometriundersökningen att 13 procent av satta otoskopidiagnoser omvärderades.

Remissvaren i både undersökningsgrupp och jämförelsegrupp bedömdes dels med avseende på antal, dels med avseende på remissvarets innehåll, det vill säga diagnos och åtgärd satt av otologen (se tabell II). Tabellen visar att antalet remisser var procentuellt sett större i jämförelsegruppen än i undersökningsgruppen. Någon ökning av antalet remisser kunde således ej påvisas.

Sammanfattning

Undersökningen visar att sammanlagt 13 procent av öronkontrollerna får en ändrad diagnos efter undersökning med tympanometri. 9 procent, som bedömts ha kvarstående otoskopingit, kunde efter tympanometri frias och behövde ej vidare kontrolleras eller remitteras. 4 procent som primärt bedömts som friska blev efter patologisk tympanometri omvärderade och uppsatta för vidare kontroller. Remissvarsundersökning gav inte för handen att tympanometri användning givit ökat antal remisser till specialist.

Tabell I.

Resultat av öronbedömning före och efter tympanometri för varje åtgärdsgrupp.

Före tympanometri		Efter tympanometri	
Läkt	54	Läkt	50
		Kontroll	3
		Remiss	1
Kontroll	37	Läkt	8
		Kontroll	29
		Remiss	0
Remiss	9	Läkt	1
		Kontroll	0
		Remiss	8

Tabell II.

Remissvarsundersökning. Diagnos satt av otolog enligt remissvar.

	Patientantal	Antal rem	Rem %	Otosalp	Läkt	Annat
Undersökningsgrupp	100	9	9	5	3	1
Jämförelsegrupp	164	25	15	13	8	4

Diskussion

Under ett vinterhalvår diagnostiserades 500 otiter i Höör (11.500 invånare) vilket medför cirka 750 otitkontroller. Om man dessutom lägger till andra patientgrupper där trumhinnebedömning görs, primär otoskopingit, hörselnedsättning, yrselutredning etc blir antalet undersökningar ännu större.

Vi fann snabbtympanometrin vara ett utmärkt komplement till sedvanlig undersökningsteknik, detta speciellt som vi i primärvården oftast saknar andra undersökningshjälpmedel typ mikroskop, fiberbelysning etc. Snabbtympanometri är speciellt tilltalande vid undersökning av små barn då den är helt smärtfri, snabb och enkel att handha. Snabbtympanometrin har en plats att fylla inom primärvården.

Litteratur:

1. Aursnes, Borgquist, Holst, Knutsson 1984. Projekt för hörselvård i primärvården.
2. Engstrand I, Lyttkens L, Nilsson C. Tympanometri bör inte införas i primärvården. Läkartidningen 1983; 80: 3165.
3. Larsson G. Var fjärde patient visar tecken på otoskopingiter vid enmånadskontroller efter akut mediaotit. Läkartidningen 1983; 80: 1215-6.
4. Renvall U. Tympanometri - testmetod för mellanörat. Läkartidningen 1984; 81: 1028.
5. Handhavande beskrivning. Digtym®. Scandinavian Audiometer AB.

Författarpresentation:

S Mölstedt*, distriktsläkare

L Borgquist*, leg läkare

M Sjunnesson*, läkarsekreterare

*Postadress: Vårdcentralen, 243 00 Höör

ATT SKRIVA OCH PUBLICERA VETENSKAPLIGA ARTIKLAR · 6

Att söka litteratur och sammanställa referenslistor

BO JA HAGLUND

Fem artiklar har tidigare publicerats i serien att skriva och publicera vetenskapliga artiklar. I serien har några av frågeställningarna som belysts varit: Vad var problemet? Hur studerade du problemet? Vad fann du? Vad betyder fynden? I den här artikeln diskuteras dels värdet av litteratursökning när man till exempel formulerar sitt forskningsobjekt och dels utformningen av referenslistor.

Nyckelord: Forskning, litteratursökning, forskningspresentation.

Introduktion

I serien att skriva och publicera vetenskapliga artiklar är detta den sjätte artikeln. I de fyra första artiklarna var utgångspunkten författarens. I den första artikeln diskuterades definitionen av en vetenskaplig artikel och dessutom gavs en översiktig redovisning av innehållet (1). Detta bör besvara frågorna: *Vad var problemet? Hur studerade du problemet? Vad fann du? Vad betyder fynden?* I den andra artikeln gavs en något utförligare presentation av de två första problemställningarna som besvaras i introduktionsmaterial – och metodavsnitten (2). I den tredje artikeln diskuterades svaren på fråga tre och fyra det vill säga vad fann du? och vad betyder fynden? Dessa båda frågor besvaras i avsnitten resultat och diskussion i en artikel (3). I den fjärde artikeln togs rätten till författarskap upp. Läkarförbundets etiska råd har givit ett förslag till riktlinjer för vilka insatser som bör kvalificera till författarskap (4). I den femte artikeln i serien var utgångspunkten istället läsarens där frågeställningen var "hur ska man kritiskt läsa artiklar" (5). Denna frågeställning finns också vidareutvecklad av Rasmussen (6).

Målsättningen med den här artikeln är att diskutera värdet av litteratursökning. Dels när man formulerar objektet inom ramen för forsknings- eller utvecklingsarbete (FoU-arbete) och dels att ge riktlinjer för utformningen av re-



Figur 1.

Om man bara letar litet så kan det komma fram en hel del intressanta opublicerade data ur skrivbordslådan. Den förunderlige vetenskapen av Ole Lærum.

ferenslistor vid avrapportering av FoU-arbete.

Varför litteraturgenomgång

Huvudsyftet med en litteraturgenomgång vid FoU-arbete är att fördjupa sin egen kunskap. Dessutom är det viktigt att se på vad andra har gjort för att få en relief till de frågeställningar man själv önskar belysa i ett forskningsprojekt.

Genom en kritisk granskning av litteraturen kan man förhoppningsvis formulera sitt eget forskningsobjekt bättre.

Det finns en del praktiska problem vid en litteraturgenomgång som det är viktigt att vara medveten om. Eftersom arbetet är tidsödande är det många som slarvar med genomgången. Det finns dock skäl att vara omsorgsfull redan i inledningen av ett projekt när det gäller litteraturgenomgången. För det första kan det trots allt hända att projektet redan är gjort fast varken man själv eller andra i ens närhet känt till det. För det andra brukar litteraturgenomgången inte sällan visa, att det problem man ämnar syssla med är mycket mer komplicerat än man föreställt sig och förgrenar sig på olika sätt.

Det kan leda till en utvidgning av projektet men kanske oftare till en begränsning kring en eller ett par detaljer. För det tredje kan man få uppslag till nya fruktbärande infallsvinklar. För det fjärde kan man också få synpunk-

ter på tillvägagångssätt om metodik, vilket inte är det minst besvärliga i FoU-arbetet. Man måste alltså sätta sig in i litteraturen redan när problemen formuleras och inte dröja tills bearbetningen tar vid. Det är det enda sättet att undvika misstag, återvändsgränder och förlegade frågeställningar.

Särskilt viktigt är att litteraturen granskas kritiskt med hänsyn till materialets omfattning, urval och representativitet, förekomst av bortfall, bearbetning och slutsatser (5, 6). Man ska göra en självständig analys och värdering av varje arbete och inte nöja sig med författarens egna slutsatser.

Hur får jag praktiskt tag i litteraturen?

Självklart är den första vägen att fråga arbetskamrater på möten där likartade problem ventileras. Därefter kan man leta i fackbibliotek i böcker, tidskrifter och i specialkataloger (7).

Att hitta referenser är ett grävarbete som kan utgå från andras artiklar och böcker. Det finns också en del specialkataloger, när det gäller primärvårdsforskning som FAMILI (8, 9). När det gäller rent kliniskt medicinska artiklar finns index medicus och current contents. Huvuddelen av detta material finns också i databasen MEDLINE. Praktiska exempel på litteratursökning med hjälp av dator och framför allt möjligheten när det gäller MEDLINE-systemet har presenterats (10–13).

Sökrutiner för den speciella primärvårdsdatabasen PRIMLINE har också redovisats (14). PRIMLINE-databasen utgör en del av MEDLINE-systemet med samma sökrutiner. De flesta sjukhusbibliotek och nu även många vårdcentraler har dataterminaler. Genom dessa kan man nå innehållet i databaserna.

Självklart är mängden som skrivits inom området helt avgörande för vad man kan finna vid en litteraturgenomgång. Eftersom primärvårdsforskningen är ny i vårt land kan många frågeställningar behöva penetreras utifrån internationella erfarenheter. Framför allt inom det samhällsmedicinska fältet kan man inte helt självklart tro att kunskapsområdet täcks upp av traditionella databassystem. Som exempel kan tas ett avhandlingsarbete om boende och hälsa där enbart cirka 10 procent av referenserna kunde återfinnas i de traditionella databaserna av typ MEDLINE, Health och så vidare.

Omfattningen av litteraturgenomgång bestäms också utifrån ambitionsnivån man har med en artikel. En kort insändare eller debattartikel kräver inte samma översikt som om man vill gå djupare in i ett ämnesområde. Till syvende och sist blir det oftast så att resurser och tidsbrist lägger hinder för omfattningen av litteraturgenomgången.

Vilken litteratur är bra?

En grundläggande regel är att av många publicerade arbeten med samma slutsatser är det, det arbete som publicerats först man bör referera till. Om man i sökandet i referenslistor också finner att vissa artiklar är mer citerade än andra bör dessa kontrolleras. Oftast är de värdefulla. Däremot är det ingen självklarhet att artiklar som publicerats i kända tidskrifter, av kända personer också är tillförlitliga. En egen bedömning enligt de riktlinjer som diskuterats tidigare (5, 6) är viktig.

En annan avgränsning är självklart bedömningen om artiklarna är relevanta för det problem eller de områden man vill belysa.

Hur ska man ordna litteraturen?

Det är lämpligt att ordna litteraturen under olika rubriker, som täcker alla relevanta delar av det egna projektet. Man kan också använda sig av metoden att göra skriftliga referat och analyser av de projekt, rapporter eller artiklar man tar del av. Eftersom författandet av en vetenskaplig artikel i mångt och mycket är en övning i att organisera data under klart formulerade rubriker kan en kort sammanfattning av det bakgrundsmaterial man tagit del av, genom till exempel ett kortsystem, medföra att man bara genom att sortera in korten på rätt sätt har en utmärkt bakgrundsbeskrivning, som ger en introduktion till det projekt man vill genomföra eller den artikel man vill skriva.

När man ger ett referat av veten-

skapliga arbeten är det av praktisk nytta att känna till att "vetenskapliga sanningar" skall presenteras i presensform just därför att de *är* sanningar. Det du vill visa i ditt projekt när du redovisar det i en artikel ska presenteras i perfekt form. "Detta *var* vad jag ville visa för vetenskapssamhället."

Som i allt arbete är det viktigt att även vid insamlandet av litteraturreferenser vara noggrann och systematisk. Manuella kartotek med egna sammanfattningar är mycket värdefullt men inom en snar framtid kan man också ordna sammanställningar av litteraturen via mikrodatorprogram (15, 16).

Att skriva referenslistor

Ett hundratal biokemiska tidskrifter har beslutat att acceptera manuskript utformade enligt "uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals", fastställda vid ett möte i Vancouver och därför ofta benämnda Vancouver-reglerna. teckning.

Grundprinciperna för hänvisningen i texten och utformningen av litteraturförteckningen, som alltid ska vara på separat blad när artiklar insändes till en tidskrift redovisas i bilaga.

Referenser:

1. Haglund B: "Vad är en vetenskaplig artikel?" SFAM-nytt (AllmänMedicin 1982;3: 84-5.
2. Haglund B: "Den vetenskapliga artikelns innehåll. Något om hur man skriver introduktionen samt material- och metodavsnitten." SFAM-nytt (AllmänMedicin), 1982;3: 115-6.
3. Haglund B: "Hur skall resultat och diskussionen presenteras?" SFAM-nytt (AllmänMedicin), 1982;3: 184-5.
4. Läkarsällskapets etiska kommitté: "Rätten till författarskap av vetenskapliga artiklar - orsak till interkollegiala konflikter?" SFAM-nytt (AllmänMedicin), 1982;3: 216-7.
5. Nederlands Huisartsen Genoofschap: "Hur skall man kritiskt läsa artiklar?" AllmänMedicin, 1983;4: 46.
6. Rasmussen, SN: "Læsning af kliniske lægevidenskabelige artikler." Nordisk Medicin, 1981;96: 220-2.
7. Tellander P-O, Holmqvist B. Primärvården behöver biblioteken. AllmänMedicin 1983;4: 272-3.
8. FAMLI (Family medicine litteratur index). Published quarterly by WONCA, London, Canada, 1980.
9. Haglund BJA: "Hur får jag tag i internationella artiklar och böcker i allmänmedicin?" SFAM-nytt (AllmänMedicin), 1982;3: 55.
10. Dahlström Y. Litteratursökning med hjälp av dator. Nordisk Medicin 1981;96: 247-9.
11. Allenius T, Olsson P, Swartz-Malmberg G: "Medicinsk kunskap i stora databanker: litteraturreferenser, fakta, expertkunskap, tas ut genom egen terminal kopplad till telefonnätet." Läkartidningen, 1981;78: 3285-9.
12. Karlsson Y. Direktkontakter med Medline också värdefull för klinikerna på läns-sjukhus. Läkartidningen, 1981;78: 3289-90.
13. Ewald J, Schützer J, Wilhelmsson M,

Olsson P. Medline på sjukhus: allt fler upptäcker värdet. Läkartidningen, 1984;881: 2522.

14. Chambert I, Haglund BJA, Lönn LE, Svanström L, Tillgren P: "Prinline - möjligheten till snabbt erfarenhetsutbyte av forsknings- och utvecklingsarbete i primärvård." AllmänMedicin, 1984;5: 105-9.

15. Klein GO. Datorstöd vid artikelskrivande - slut på omskrivning av referenser. Läkartidningen, 1984;81: 575.

16. Hassler L. Datorn som orbehandling är av värde för många läkare. Läkartidningen 1984;81: 1738.

Författarpresentation:

B JA Haglund, distriktsläkare och biträdande hälsovårdsöverläkare inom Stockholms läns landsting.

Postadress: Institutionen för Socialmedicin, Karolinska Institutet, vårdcentralen Kronan, 172 83 SUNDBYBERG

Fördelar- dosan.



Isoptin[®]
verapamil

- kalciumantagonisten som fördelar effekten balanserat i systemet.

Vid medicinsk behandling av sjukdomar i cirkulations-systemet är reflexmekanismer inte ovanliga. Men de kan undvikas om effekten av läkemedlet fördelas mellan hjärta och kärl.

Vid hypertenonbehandling t ex, är en gynnsam effekt på perifer kärltonus väsentlig. Tack vare den kalcium-antagonistiska effekten har Isoptin en potent kärldila-terande förmåga (1).

Det ger effektiv blodtryckssänkning hos 70-80% av patienterna, redan som monoterapi. Samtidigt note-ras en mycket låg frekvens av de biverkningar, som traditionellt förknippas med vasodilatation: flush, bensvullnad och vätskeretention. Och med effekten fördelad på både hjärta och kärl undviks också takykardi.

I en artikel i JAMA (2) gjordes följande sammanfatt-ning:

"Frånvaron av allvarliga långtidseffekter under 10 års klinisk användning är mycket imponerande. Även höga doser orsakar föga mer än obstipation". Frekven-sen obstipation anges i populationer omfattande ca 1 000 behandlade patienter till 6,3-10,3%. (3).

1. Hulthén UL, Bolli P, Bühler FR. Calcium Influx Blockers in the Treatment of Essential Hypertension. *Acta Med Scand* 1984; (Suppl 601): 101-8. 2. Medical News. *JAMA* 1981; 245:8:807-16.

3. Fenech A, Pickup AJ. Verapamil — a multicentre hospital trial in the treatment of hypertension. *Royal Soc of Medicine. International Congress and Symposium Series No 62, 1984; 55-9.*

Den balanserade kalciumantagonisten



Meda AB, Göteborg

MEDA

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

LIST of JOURNALS INDEXED in INDEX MEDICUS

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE
Public Health Service
National Library of Medicine

Litteraturreferenser i ALLMÄNNMEDICIN

Uppställningen av referenser både i artikeltexten och i litteraturförteckningen skall följa det s k Vancouver-systemet. Detta accepteras av allt fler ledande medicinska tidskrifter och är anpassat efter Index Medicus-systemet.

Författaren ansvarar för att referenserna är korrekt återgivna i manus. En litteraturförteckning som inte innehåller fullständiga uppgifter uppställda enligt Vancouver-systemet försenar arbetets publicering!

Dessa rutiner har stora fördelar [1]. Andra utredningar fann andra vägar [2]. En sammanställning ... pekade på samma resultat och slutsatserna kommenterades [3].

... påvisades av både Fyr och Brown [7, 8]. Andra studier [9-11] tyder också ... Dock har de flesta undersökningarna under 70-talet pekat åt samma håll [1, 3, 6, 9-12].

I en studie något år senare (opubl data 1979) fann jag ... trots att resultaten i Bill Hills undersökning (pers medd 1981)...

Hänvisning i texten. Referenser i löpande text utmärks med siffror inom hakparentes – helst hakparenteser redan i manus för att underlätta redigeringen till satt version:

... har stora fördelar [1] ...» Först nämnda referens får nr 1 osv. Se exempel.

När författarnamn måste anges i texten skall författarlag med fler än två författare förkortas: *Partridge och medarbetare*.

Vid samtidig hänvisning till två skrifter anges referenserna åtskilda av kommatecken. Se exempel.

Vid hänvisning till fler än två skrifter i svit anges den första och den sista, åtskilda av bindestreck. Se exempel.

Om författaren i texten återkommer till tidigare nämnda referenser skall referenserna behålla den ursprungliga hänvisningssiffran. Se exempel.

Accepterade men ännu ej publicerade referenser numreras i texten och anges i litteraturförteckningen med (*under publ*) efter tidskriftens namn för verk på nordiska språk och (*in press*) för verk på engelska eller andra utländska språk. Se även nästa sida under rubriken *Källa*.

Opublicerade observationer, ännu ej accepterade artiklar och personliga meddelanden i skriftlig form numreras inte utan nämns endast inom parentes i texten (*opubl data 1979*) respektive (*pers medd 1981*). Se exempel.

Undvik referenser till abstracts.

OBS! Punkt mellan varje delinformation i referensen!

Små bokstäver i alla namn!

Ej mellanslag mellan initialer!

Tidskrifter förkortas enligt Index Medicus

1. Ryd LA. Colon cancer. Br Med J 1981;283:628-9.

Referensen numreras!

Obs! Ordningssiffran och skiljetecknen! Alltså: år; volym: 1 a sid – sista sid.
Inga mellanslag!

Ställ upp referenserna i litteraturförteckningen enligt Vancouver-systemet! Ordningssiffran i en »typisk» referens framgår av exemplet här bredvid.

Litteraturförteckningen skrivs på separata manusblad. Manus till litteraturförteckningen ställs upp enligt följande:

□ Författarnamn

Författarnamnen (efternamn + initialer) skrivs med gemena (små bokstäver) och sorteras i nummerföljd i den ordning de nämns i artikeltexten.

Högst sex författare namnges. Finns flera namn i författarlaget namnges de tre första + et al. Se exempel [1].

Sr, Jr skrivs direkt efter initialerna; von, van, de och liknande skrivs före efternamnet. Se exempel [1].

Vid artikel utan namngiven författare skrivs hela gruppens/kommitténs/organisationens namn ut. Se exempel [2]. Annars skrivs *Osignerad* eller *Anonymous* (i utländska referenser) och artikelns typ anges inom parentes efter rubriken. Se exempel [3].

□ Titel

Titeln på det refererade arbetet återges fullständigt.

Titlar på artiklar/böcker/bokkapitel (även huvudorden i titlar på engelska och franska arbeten) skrivs med små begynnelsebokstäver. Se exempel [4].

□ Källa

Tidskrifters namn skall förkortas enligt »List of journals indexed in Index Medicus» (National Library of Medicine).

Efter tidskriftsnamnet anges årtal, volym, pagina. **Obs! Volym är ofta detsamma som årgång. Alltså inte tidskriftens nummer!** Endast den sista eller de två sista siffrorna i slutpagina behöver anges. Sätt rätt skiljetecken! Se exempel [1–5].

Accepterade men ännu ej publicerade nordiska arbeten anges med (*under publ.*). Motsvarande utländska skrivs (*in press*). Se exempel [6].

Se exemplen för:
abstracts [7],
supplement [8],
proceedings [9],
akademiska avhandlingar [10].

Bokverk. Vid referenser till bok anges efter författarnamn och verkets titel även – och i följande ordning:

edition eller upplaga (3rd ed, 3 uppl)
förlagsort
förlag
tryckår

Sätt rätt skiljetecken! Se exempel [11].

Om en referens ingår i ett annat arbete skrivs *I:* (för verk på nordiska språk) eller *In:* (för verk på engelska eller andra språk) samt redaktörens namn följt av *red* eller *ed(s)* + arbetets titel. Efter tryckåret anges pagina. Sätt rätt skiljetecken! Se exempel [4, 12].

Rapporter, utredningar, betänkanden ställs upp som följer:

Gruppens, kommitténs, organisationens namn
titel
utgivningsort
förlag/myndighet
tryckår

(inom parentes skrivs ev ytterligare uppgifter som t ex statistikseriens namn, SOU-nr etc). Sätt rätt skiljetecken! Se exempel [13–15].

Litteratur

1. Soter NA, von Wasserman SI Jr, Austen KF et al. Cold urticaria: release into the circulation of histamine. *N Engl J Med* 1976;294:687–90.
2. The Committee on Enzymes of the Scandinavian Society for Clinical Chemistry. Recommended methods for the determination of gamma-glutamyltransferase in blood. *Lancet* 1977; 2:242–4.
3. Osignerad. LP-samrådet höll (Ledare). *Läkartidningen* 1980;77:4835.
4. Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA, Smith AG, eds. *Pathologic physiology: mechanism of disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457–72.
5. Grön LO. Synrehabilitering av barn. *Nord Med* 1980;95:297–8.
6. Anderson AB, Bengtson L. Akut appendicit under graviditet. *Läkartidningen* (under publ).
7. Fyr G. Sjukligheten i Sverige (Abstract). Svenska läkaresällskapets handlingar *Hygiea* 1981;90(häfte 5):257.
8. Brown CA. Functional asplenia. *Blood* 1979;54(suppl 1):26a.
9. Smith P. Bone marrow transplantation. In: White H, ed. *Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology*. Houston: International Society for Experimental Hematology, 1974:44–6.
10. Nielzén S. Music, mind and mental illness. Lund: Department of Psychiatry, University Hospital, Lund, 1982. Thesis.
11. SPRI. Primärvård i utveckling. Basdata om kontakter i primärvården. Stockholm: SPRI, 1983 (SPRI rapport 142).
12. Huslund M. Rationell teknik. I: Edlund MA, Berg L, red. *Lärobok i kunskap*. Stockholm: Bonniers, 1980:334–5.
13. Spri. Handbok för löpande vårdplanering. Stockholm: Spri, 1977. (Spri rapport 3/77).
14. Steriliseringsutredningen. Fri sterilisering. Stockholm: Allmänna förlaget, 1974. (SOU 1974:25).
15. National Center for Health Statistics. Acute conditions: incidence and associated disability. Chicago: National Center for Health Statistics, 1972. (Vital and health statistics, series 10).

Klinisk effekt

Annons nr 3 i en serie om Felden
– ett välbeprövat antiflogistikum.

Den här annonsen
handlar om studier
som visar att patienter
föredrar Felden.

EFFEKTEN AV FELDEN HAR INTE IFRÅGASATTS

Vid slutet av 1984 hade läkare världen över förskrivit cirka 2 miljarder dygnsdoser Felden. I cirka 300 publicerade kliniska studier finns det terapeutiska värdet av Felden dokumenterat. I jämförande studier med andra antiflogistika är den kliniska effekten i de flesta fall till fördel för Felden.

PATIENTPREFERENS – ETT MÅTT PÅ EFFEKT OCH PÅ BIVERKNINGAR

Patientpreferens är en mycket värdefull parameter vid bedömning av klinisk effekt av antiflogistika. Det är patientens egen utvärdering och summering av effekt och bieffekter. Resultatets värde ökar när studierna görs som jämförelser och dessutom med dubbel-blind crossover-metodik. I dessa studier vet varken behandlande läkare eller patient vilket preparat som ges. Antalet doseringstillfällen och storlek, färg och form på kapslar och tabletter är identiska.

Felden®

(PIROXICAM)

VAD VISAR EN PROSPEKTIV ANALYS AV ULCUSFREKVENSENS RELATERAD TILL FÖRSKRIVNING AV ANTIFLOGISTIKA?

I samband med försök att reducera antalet medikamentellt inducerade blödningar har Giercksky et al. studerat intag av antiflogistika inklusive receptfria ASA under 14 månader hos alla patienter med akut magblödning eller perforation vid Kirurgiska Avdelningen, Universitetssjukhuset i Tromsø. (Ref. 8.)

PREPARAT	DEFINIERAD DDD/1000 (mg)	ANTAL PATIENTER MED BLÖDNING	GENOMSNIITTSÅLDER	INDEX* BLÖDNING DOS
Naproxen	500	11	65	1.41
Indometacin	100	5**	77	2.94
Felden	20	4	79	1.35
Ibuprofen	800	2**	76	1.33
Totalt		22	72	-

(Diclofenac är ej registrerat i Norge)

* Index är beräknat på följande sätt:
Antal blödningar
DDD/1000 invånare (Troms fylke)
(långt index = hög frekvens blödningar).

** 1 patient hade sporadiskt också använt ett annat antiflogistikum.

»Frekvensen blödning och perforation beräknad i förhållande till antalet förskrivna dygnsdoser visar liten variation mellan preparaten...»

HUR SKALL SÄKERHETEN HÖJAS/ÖKAS VID BEHANDLING MED ANTIFLOGISTIKA?

Giercksky anser att man kan definiera patienter som löper ökad risk för magblödning vid behandling med antiflogistika. Det är patienter med blödningsanomalier/koagulationsanomalier, aktivt eller tidigare känt ulcus, dyspepsi, pågående behandling med steroider/salicylater samt alkoholmissbruk, särskilt akut i stora mängder. Med rätt uteslutningskriterier och information till patienten kan risken för allvarliga gastrointestinala biverkningar väsentligt reduceras vid behandling med alla antiflogistika.

SAMMANFATTNING

Felden är ett logiskt val, ett rationellt sätt att behandla reumatoid artrit, artros och Mb Bechterew. Effektivt. Med en biverkningsprofil som står i rimlig proportion till den kliniska effekten. Med flexibel dosering 10-30 mg och med möjlighet att dosera en gång per dygn.

Förpackningar: 10 mg: 20 st, 100 st.
20 mg: 20 st, 100 st.

Om Du önskar ytterligare information om Felden, eller önskar besök av en Pfizer-konsult ring tel. 08-758 0130 eller skriv till Pfizer AB, Box 3053, 183 03 Täby.

Pfizer

Referenser:

1. Finstad, R. Br. J. Clin. Pract. 1981, 35:35-9.
2. Goldie, I. F. Eur. J. Rheum. Inflam. 1981, 4:348-56.
3. Huskisson, E. C.: Eur. J. Rheum. Inflam. 1983, 6:212-5.
4. Mench-Thygesen, H. et. al. Royal Soc. Med. Int. Congr. Symp. Ser. 1984, No. 67: p. 7-11.
5. Larsen, A. Will be publ. in Clin. Rheumatol.
6. Sydnos, O.A. Eur. J. Rheum. Inflam. 1981, 4:318-22.
7. Weber, J.C.P. Adv. Inflam. Res. 1984, 6:1-7.
8. Giercksky, K-E, under publ. i Tidsskr. Nor. Laegeforen.

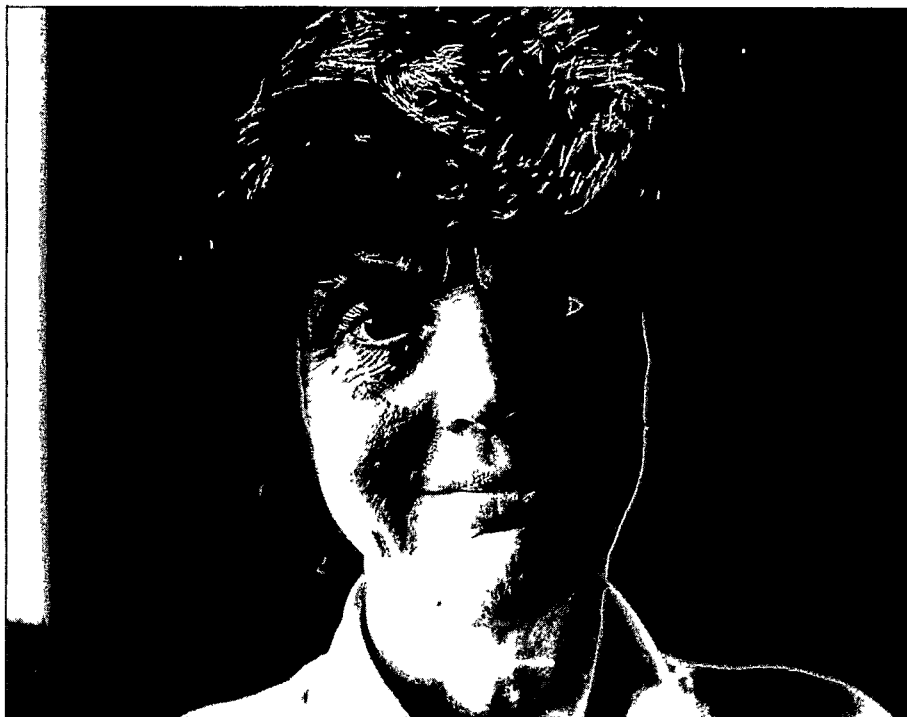
Den livsfarliga framtiden:

Olyckor ska bekämpas på bred front

Varje år dör omkring 2.000 personer i Sverige i olyckor i hemmet, på fritiden och i skolan. Det är dubbelt så många som antalet trafikoffor. Men nu ska också dessa olycksfall minskas radikalt i hela landet.

– Vi vet redan att det går, säger Barbro Westerholm, generaldirektör för socialstyrelsen.

Inom Skaraborg har man till exempel lyckats åstadkomma mycket goda resultat på bara tre års tid och till relativt låga kostnader. För samhället innebär det stora vinster, både humanitärt och ekonomiskt.



Nyckelord: Olycksfall, prevention.

Hur många som varje år skadas i olyckor – svårt eller lindrigt – vet man inte. Det har länge saknats en tillförlitlig statistik och därigenom har det heller inte funnits någon genomtänkt strategi för att förebygga olycksfallen.

Men nu ska det bli ordning och reda. I framtiden ska olycksfall systematiskt registreras och rapporteras. Syftet är inte normalsvenskt byråkratiskt, utan att radikalt minska antalet olyckor i hemmen, i skolorna och på fritiden.

I trafiken dör cirka 1.000 personer varje år, arbetslivet kräver omkring 200 liv. På båda dessa områden har man under de senaste årtiondena lyckats minska antalet olyckor avsevärt. Det har skett med hjälp av information och lagstiftning – insatser som bevakats av bland annat trafiksäkerhetsverket, arbetarskyddsstyrelsen och konsumentverket.

De områden som nu står på tur för det skadeförebyggande arbetet är hem, skola och fritid (det så kallade HSF-området) där olyckorna fortsatt att öka.

– Här vet vi att det finns mycket att göra som kommer att få betydelse för både människors hälsa och för dimensioneringen av vissa vårdresurser, säger Barbro Westerholm.

– Inom ett projekt i Skaraborg har man till exempel lyckats få ner antalet hemolycksfall från 850 till 550 på tre år. Samtidigt har antalet olycksfall med mycket små barn nästan halverats!

En tung börda

I den stora utredningen om hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS 90) är olycksfallen en viktig fråga. Målet är bland annat att kraftigt reducera antalet olyckor. Om man lyckas innebär det att vårdapparaten och samhället befrias från en tung börda.

Socialstyrelsen har redan börjat dra upp riktlinjerna för en stor satsning på den skadeförebyggande verksamheten.

– Min dröm är att få alla läkare att rapportera de skador de kommer i kontakt med, säger Katarina Danielsson som handplockats till socialstyrelsen för att arbeta med att minska olyckorna.

– Idag skriver läkaren "benfraktur" i journalen, men inte hur den uppkommit. Om olycksskadorna rapporteras kan vi få en bild av vad som orsakar dem och då kan vi systematiskt börja förebygga skadorna.

Falköpingsprojektet

I översta våningen i ett blått bostadshus i Södra Ryd, en stadsdel i Skövde, arbetar hälsovårdsenheten i Skaraborg. 1978 drog man på initiativ av Leif Svanström, numera professor i socialmedicin i Stockholm, igång ett projekt för att förebygga skador – Falköpingsprojektet. Detta projekt har förhindrat många olyckor, troligen också räddat liv, och tilldragit sig uppmärksamhet från flera länder. Idag planeras ett motsvarande projekt i Stockholm.

– Nyligen var en australiensisk pro-

fessor här och den här veckan har vi en delegation från Holland på besök, säger skadeforskaren Lothar Schelp, som idag är den drivande kraften i projektet.

– Vi började 1978 med att välja ut två kommuner som liknade varandra Falköping och Lidköping. I Falköping startade vi ett omfattande skadeförebyggande arbete, i Lidköping gjorde vi ingenting.

– Det kanske låter cyniskt, men vi måste ju ha ett kontrollområde, säger Lothar Schelp.

Fyra steg mot färre olyckor

Målet att minska olyckorna radikalt nåddes med fyra steg:

1) Information om olycksrisker till befolkningen.

2) Utbildning av bland annat dagispersonal, dagmammas och sjuksköterskorna vid distriktsmottagningar och barnavårdscentraler.

3) Ökad tillsyn – till exempel inventeringar av daghemmen och i bostadsområden.

4) Förändringar av den fysiska miljön.

En arbetsgrupp bildades med representanter för alla tänkbara kommunala och privata instanser – från kommunstyrelsens ordförande till pressen, polisen och pensionärsföreningen.

Arbetsgruppen lyckades på kort tid få kommunen att för 700.000 kronor bygga om en farlig korsning (som gatu-kontoret förgäves äskat anslag för i tre år).

– Det är det breda samarbetet i arbetsgruppen som gjort att vi nått resultat, säger Lothar Schelp. Alla som suttit med där har fört ideerna vidare till sina förvaltningar, organisationer och bostadsområden.

Ökande intresse

Intresset för olycksförebyggande arbete har under åren som gått spridit sig på ett förunderligt sätt, långt utanför de aktivas led. När man 1979 frågade småbarnsföräldrar om de var intresserade av olycksförebyggande arbete var gensvaret lamt. Bara 15 procent svarade ja och hela 73 procent svarade blankt nej. Tre år senare var förhållandet det omvända – 65 procent var intresserade, bara 6 procent svarade nej.

– Detta kan man också utläsa ut försäljningen av barnsäkerhetsprodukter, säger Lothar Schelp. När vi hade fört vår kampanj i tre år såldes sådana saker för cirka 27.000 kronor här i Falköping mot bara 1.400 kronor i Lidköping. Barnvagnsförsäljaren i Falköping var själagläd. När hälsovårdsenheten hade lyckats övertala honom att ta in dörrstopp, fönsterhakar och andra säkerhetsprodukter blev det omedelbar succé.

Exemplen är många fler. Idag lånas flytvästar ut gratis, barnavårdscentralerna gör hembesök hos alla barnfamiljer och de har varje gång med sig en checklista på vad som är farligt i barnens olika åldrar.

Flera projekt samordnas

Samtidigt pågår ett flertal andra projekt på olika håll i landet, främst med att registrera skador.

– Alla dessa lokala initiativ måste nu samordnas så att man får samma kriterier överallt, säger Katarina Danielson på socialstyrelsen. Vad menas till exempel med "barn"? Är det ungdomar upp till 14 år eller upp till 19? Om vi lyckas med att få alla projekt att använda samma utgångspunkter så har vi nått långt.

Den modell som nu har skisserats för att minska skadorna innebär att sjukvårdens erfarenheter av olyckor rapporteras, i första hand till kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder, men också till socialstyrelsen. Om det inträffar en allvarlig olycka med en vattenrutschbana i Skanör ska man snabbt kunna vidta åtgärder så att inte samma sak kan hända i Falun eller Örebro.

Miljö- och hälsoskyddsnämnden (före detta hälsovårdsnämnden) ska få större befogenheter. Dess jobb blir att se till att varje skaderapport hamnar hos rätt instans i kommunen och att något görs för att förhindra att en olycka upprepas. Om ett barn skadas i en slängkälke måste fritidsförvaltningen få reda på detta och försöka se till att det inte händer igen.

På sikt är det meningen att arbetet ska löna sig – inte bara ur mänsklig utan även ur ekonomisk synvinkel. Att



minska andelen skador är ett led i arbetet med att minska behovet av vårdplatser, vilket kommer att leda till en billigare sjukvård. Det skadeförebyggande arbetet ska ses på samma sätt som kampanjen för att minska hjärtinfarkter: om människor inte blir sjuka

så behövs det inte en så stor, dyr och tungrodd vårdapparat som vi har idag.

– Varje landsting avgör självt om det vill vara med på den här satsningen, säger Barbro Westerholm. Men jag är övertygad om att de allra flesta kommer att ställa upp.



Link hjälper sura magar!

De aktiva komponenterna i Link är aluminiumhydroxid och magnesiumkarbonat som snabbt neutraliserar överskottet av saltsyra utan att ge sekundär syrasekretion.

Link tabletter kan jämföras med mixtur när det gäller snabbt tillslag.

Tabletterna har mild mints smak och är behagliga att ta — ett utmärkt alternativ för patienter som har besvär med mixtur.

Den praktiska förpackningen är lätt att stoppa i fickan eller väskan.

Link aluminiumhydroxid och magnesiumkarbonat
Ett antacidum indicerat för symptomatisk behandling av epigastralgi och halsbränna, ulcus ventriculi s. duodeni.

Link tuggtabletter 700 mg. Förp.: 24 st, 60 st, 5×60 st, 10×60 st. Link mixtur 150 mg/ml. Förp.: 250 ml, 1000 ml.

Link tuggtabletter 1100 mg. Förp.: 24 st, 60 st, 5×60 st, 10×60 st. Link mixtur 300 mg/ml. Förp.: 250 ml, 500 ml, 1000 ml.

A.L. Läkemedel AB

Box 6004, 172 06 Sundbyberg. Tel. 08/28 91 70.

Recension av NLV-kurs i

"Socialmedicinsk teori och metod"

– 11 v 1985 vid vårdcentralen Kronan, Sundbyberg

Jag har varit på NLV-kurs. Jag har varit på Sveriges första NLV-kurs i teoretisk medicin. Det låter kanske lite obskyrt, nästan som biologisk medicin eller någon annan sorts alternativ medicin. "Socialmedicinsk teori och metod" låter liksom bättre. Fast kursen handlade om medicinsk teori. Jag tycker det var ett mycket bra initiativ och i stort en mycket bra kurs. Men man borde egentligen inte nöja sig med enstaka kurser i teoretisk medicin vart fjärde år. Man borde egentligen ha en "institution för teoretisk medicin", där kunde representanter för olika medicinska discipliner få möjlighet att filosofera eller, mera opretentiöst, reflektera över det egna områdets teoretiska problem.

Som medicinare är man ofta mycket empiriskt orienterad. Inte sällan för mycket. Det är klart vi lever i det konkreta, och de praktiska problemen tränger sig ofta på, på ett sätt så det blir svårt att lyfta blicken. Problem av teoretisk karaktär finner vi praktiska lösningar på, så är problemet till synes löst i alla fall för stunden. Om man önskar lösningar som tar mera långsiktiga hänsyn, är det viktigt att lyfta blicken från det konkreta, att även försöka identifiera de teoretiska problemen. För en nyetablerad akademisk disciplin som allmänmedicinen blir det extra viktigt att ta med den teoretiska reflektionen för att inte drunkna i praktiska problem.

Kursens uppbyggnad

Eftersom där nu inte finns någon institution för teoretisk medicin, så får man hälsa det socialmedicinska initiativet välkommet. Kursen var öppen för alla intresserade, men enbart tre grupper av medicinare hade sökt den. En tredjedel var socialmedicinare, en tredjedel var psykiatriker och en tredjedel var allmänmedicinare (+ en barnläkare).

Kursen tog utgångspunkt och var noga strukturerad efter Uffe Juul Jensens bok "Sjukdomsgrepp i praktiken". De olika temata var:

1. Krisen i det kliniska kollektivet
2. Den sjukdomsorienterade praktiken
3. Den situationsorienterade praktiken
4. Den samhällsorienterade praktiken
5. Metod, moral och människosyn.

Eftersom det nu var en NLV-kurs i socialmedicin så inleddes kursen också med en genomgång av socialmedicinens historia, och den samhällsorien-

terade praktiken var den grundligare exemplifieringen genom initiativtagarna Leif Svanströms och Finn Diderichsens närvaro. Emellertid utspann sig flera av de häftigaste diskussionerna kring förhållandet mellan den sjukdomsorienterade praktiken och den situationsorienterade praktiken.

Tandborstspedagogik

Där är en viss pedagogisk poäng med att låta en bok bilda utgångspunkten för en sådan kurs och att ha samma lärare (3 st) under hela kursen. Chansen för att man diskuterar samma sak och med samma utgångspunkt är större. Man får också möjlighet att diskutera sakerna till punkt när inte för många andra diskussioner förs vid sidan om.

Men det blir också desto svårare att ifrågasätta utgångspunkten och innehållet om något skär sig. Man står inför samma typ av problem som när vuxna frågar barn vilken färg på tandborsten de önskar. Man ger inte barnen möjlighet för att ta ställning till om de över huvud taget vill borsta sina tänder. Vi kan kanske först efteråt uppleva att vi egentligen skulle velat ha fört en helt annan diskussion. Men det är ju också något, för vi har då fått hjälp med att artikulera vad vi egentligen ville diskutera. Vi är kanske förvirrade, men vi är förvirrade på en högre nivå.

Vid denna kurs fick Juul Jensens bok spela rollen som Allah och forskningshandledare Björn Söderfeldt, Örebro som hans profet och vi fick då verkligt läst texten.

När alla till exempel hade missförstått Juul Jensens diskussion av den sjukdomsorienterade praktiken och lade till denna praktik essentialistiskt tankegods, så blev vi genast uppmärksammade om att detta inte alls är fallet. Den sjukdomsorienterade praktiken är ett försök att karakterisera den specialist och behandlingsorienterade slutna vården rensat från essentialistiskt bråte.

Vårdproblem som exempel

Värdförhållandet mellan den sjukdomsorienterade praktiken och den situationsorienterade praktiken (härunder allmänmedicinska praktiker) blev bland annat diskuterat med *vårdprogram* som exempel.

Vårdprogrammen kan ses som ett formaliserat försök att koordinera problemen och problemlösningstrategier mellan slutna och öppna vård, mellan sjukdomsorienterad praktik och situationsorienterad praktik.

Eftersom Juul Jensen beskriver de två praktiker som principiellt helt olika blir det svårt att studera vad de har gemensamt och hur man ska kunna koordinera detta.

Det är också svårt att förstå och förklara den uttalade rädslan för att den sjukdomsorienterade praktiken ska domesticera den situationsorienterade praktiken.

De flesta upplevde att vårdprogrammen bäst kunde förstås i termer av sjukdomsorienterad praktik.

Moral och människosyn

Även det sista temat tog utgångspunkt i Juul Jensens bok. Hans huvudtes är att eftersom medicinen är en praxis så får det automatiskt moraliska konsekvenser. Det kliniska kollektivet befinner sig alltid mer eller mindre tydligt i en moralisk zon. Något moraliskt ingenmansland finns inte.

Juul Jensen menar att det kliniska kollektivet har ett speciellt moraliskt ansvar för de svaga i samhället. Att ta ansvar för andra är emellertid inte helt oproblematiskt. Med ansvar följer också makt och risk för paternalism. Juul Jensen går inte in för den typen av ansvarstagande, som till exempel kommer till uttryck i Kiplings anda "The White Man's Burden"; Juul Jensens ansvarsbegrepp bygger på solidaritet och inte förmynderi.

Södertälje-principen

En annan moralprincip exemplifierades genom den så kallade Södertälje-principen. Det vill säga man vägrar behandla patienter (skriver ut diabetesmedicin) om de inte "sköter motion" (håller diet och dyrkar motion). Denna princip kan ses som en konsekvens av egenvårdsideologin.

Att med Juul Jensen förespråka en behovsorienterad moral medför inte bara ett ställningstagande när det gäller till exempel frågan om privatisering av sjukvården eller inte. Den får också konsekvenser för den kunskapsteoretiska orienteringen. Kan solidaritet med de svaga i samhället medföra tabuering av till exempel ett intresse för intensionella aspekter på den sjuka människan?

Avslutande upprop

Juul Jensens karakterisering av det kliniska kollektivet som primärt praktikorienterad, lämnar inte direkt någon uppmuntran till teoretisk reflexion. Trots detta kan dock spåras ett stigande intresse för vetenskapsteoretiska diskussioner inom kollektivet. Anslutningen till denna NLV-kurs vittnar om detta, och jag tror inte att Juul Jensens bok eller denna kurs har "lyckats" minska intresset för teoretisk medicin – tvärtom.

Vi måste nu vänta ytterligare fyra år på nästa kurs. Är det rimligt? Är det inte dags att redan nu ta initiativ till liknande kurser i teoretisk medicin?

Niels Lynöe

FV-läkare

Allmänmedicinska sektionen, Umeå



11th Conference of the World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians

Barbican Centre for Arts and
Conferences

London 1-6 June 1986

Patron: Her Majesty the Queen

Host College

The Royal College of General Practitioners

The final announcement for **WONCA 1986, including details of**

- ★ THE CALL FOR PAPERS
 - ★ REGISTRATION
 - ★ HOTEL ACCOMMODATION
 - ★ SOCIAL EVENTS AND TOURS
 - ★ ACCOMPANYING GUESTS' PROGRAMME
- IS NOW AVAILABLE

For full details please contact:

**Swedish Association of General
Medical Practice**

Sveriges Lakarforbund, Box 5610
114 86 Stockholm

Conference Secretariat:

CONFERENCE ASSOCIATES WONCA
27A Medway Street, London SW1P 2BD
United Kingdom

Telephone 01-222 9493

Telex 934346 CONFAS G

4:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin

Så har då den 4:e nordiska kongressen i allmänmedicin avhållits i Lund. Kongressen gjordes möjlig genom ett framtående planeringsarbete av professor Bengt Scherstén och hans synnerligen kompetenta medarbetare med Birgitta Hovellius i spetsen. Inramningen var magnifik med alla kongressaktiviteter samlade i det centrala Lund där en månghundraårig universitetstradition var synnerligen levande.

Glad jazzmusik mötte vid dörren till öppningseremonien som i övrigt inramades av en stråkkvartett som spelade musik av WA Mozart och distriktsläkaren Mats Falk. Huvudföreläsningen "Världens hälsa - hälsans värde" av director Owe Pettersson, WHO, gav en internationell relief åt kongressens fortsatta arbete. I övrigt medverkade Bengt Scherstén, Rector Magnificus Håkan Westling och Godfrey Fowler från WONCA. Dagen kompletterades med universitets mottagning, ytterligare god musik i domkyrkan samt ätning åtföljt av ett bejublat framförande av ett klassiskt lundaspex.

Sedan följde två intensiva dagar som på ett klart och tydligt sätt visade på ett brett forsknings- och utvecklingsarbete inom nordisk primärvård. Bredden visas av att verksamhet föregick parallellt i sju olika sektioner under mesta tiden.

Ett lyckat grepp var att en stor del av forskningspresentationen skedde i form av posters. Rundvandringen, eller snarare trängseln, kring dessa posters, varav många höll hög vetenskaplig kvalite, gav upphov till en mängd spontan informationsutbyte och i åtminstone den posterdiskussion jag bevistade skedde ett utomordentligt intressant och genomtänkt tankeutbyte.



Bengt Scherstén öppnade 4:e nordiska kongressen i allmänmedicin. Foto: Bo Haglund.



WHO representerades av Owe Pettersson. Foto: Bo Haglund.

Vid avslutningen uppmärksammades ett par utav de många högt stående posters med diplom. Det var "Först forske so handle: Skader i fiskeriyrket" av Per Fugelli och Jørgen Grinde och "Handtest som epidemiologiskt redskap och egenvårdstest" av Leopold Recht och Thor Lithman.

De fria föredragen handlade om vitt skiftande saker med följande sektionsrubrik, Diabetes mellitus, Missbruksproblem i primärvården, Äldreomsorg, Psyche och soma inom allmänmedicin, Allmänmedicinsk kvinnoforskning, Organisation och verksamhet och Epidemiologi. Själv gladdes jag särskilt över en engagerad rapport av Niels Bentzen "Kontraktsbehandling av kroniske neurotikere" där åhörarna fick ett recept om "hvordan man som praktiserende læge kan leve med sine 'omulige' patienter". Atle Wohrm visade med sina "pedagogiska bilder" att kunskapsförmedling till patienter inte blir sämre om man tillåter sig att både vara drastisk och humoristisk.

De plenarföreläsningar som förekom var väl valda. Mauri Isokoski gav i sin föreläsning om "Primärvårdens utveckling i Finland" en god beskrivning av den solida organisatoriska grund som finsk primärvård vilar på. Gert Almind missionerade kring "Äldreomsorg i primärvården" och gjorde klart för oss alla hur centralt och viktigt det är för våra äldre patienter att vi inte bara är medicinskt kunniga utan också är goda medlemmar i det vårdlag som behövs för en god äldreomsorg. Gösta Tibblin pekade i "Symtomens naturalhistoria" på nya infallsfinklar och kunskapsluckor som förhoppningsvis sakta kommer att fyllas igen genom intensiva allmänmedicinska forskningsinsatser.

I denna flyktiga översikt över en välmatad kongress känns det viktigt att gå tillbaka till ett symposium om "Metoder i allmänmedicinsk forskning" med Steinar Westin som moderator där Carl Edvard Rudebeck gjorde bodelning mellan sedvanlig medicinsk forskning inom allmänmedicinens ram, med det vällovliga syftet att få fram ny diagnosorienterad kunskap eller anpassa kunskap som redan är delvis känd till det allmänmedicinska perspektivet, och "Letande efter det allmänmedicinska mikroskopet". Semmelweiss införde antiseptiken utan tillgång till mikroskop. På samma sätt vet, kan och anar vi idag nära samband mellan sociala faktorer, psykisk påverkan och



Avkopplande stunder med musik var också många. Foto: Bo Haglund.



Birgitta Hovellius och Karin Svenninger var kongressens organisatoriska motorer. Foto: Bo Haglund.

olika somatiska fenomen, och i denna skärningspunkt ligger områden för svår angelägen allmänmedicinsk forskning för vilken metodutvecklingen ännu knappt är påbörjad. Detta får ses som en stimulerande utmaning för all den kreativitet som nordens allmänläkare kan lägga i dagen.

Kongressen avslutades med en magnifik bankett med celebra gäster från vilken åtminstone jag i tacksamt minne kommer att bevara åtminstone den delikata menyn, Göran Sjönell's infall som toast master, dansmusiken och en oförglömlig "studentsång".

Sammanfattningsvis ser jag tillbaka på en givande kongress med en myckenhet av högklassig, väletablerad medicinsk forskning anpassad efter allmänmedicinens villkor och dessutom fick jag inspiration att försöka hjälpa till i jakten på "det allmänmedicinska mikroskopet". Kenneth Widäng

ADB i primärvården

Utställning vid Nordisk Kongress i Allmänmedicin i Lund.

Trots kongressens motto "Medicinen i Allmänmedicinen" kunde man klart urskilja ett sidotema, som handlade om utveckling och organisation av primärvården. Detta har att göra med den mycket snabba utvecklingen av datorstöd som provas på allt fler primärvårdsenheter i de nordiska länderna.

Datorernas inträde i den allmänmedicinska världen gav sig till känna i föredrag, sammanfattningar och posters.

Under två av kongressdagarna presenterades också en utställning med några av de aktuella ADB-projekt som pågår inom primärvården i de nordiska länderna. Flera av projekten har beskrivits mer detaljerat i andra sammanhang. För utförliga referenser hänvisas till översiktsartikel av Lars Berg i denna tidning nr 1985:2.

Här följer en kort presentation av några av de projekt som presenterades:

APEX - Almen Praksis EDB-system

Detta system har utvecklats av Dansk Data Elektronik A/S på beställning av *Praktiserende Lægers Organisation* (P.L.O.). Det är speciellt avsett för användning i allmän läkarpraxis.

Systemet har utvecklats på den danska minidatorn Supermax och kan anpassas från 1 till 128 användare (yttre enheter).

Programsystemet kommer att ställas kostnadsfritt till förfogande för medlemmarna i P.L.O., vilket innebär att allmänläkarna själva får stå för kostnaderna för maskiner.

FINSTAR i Finland

Baserat på ett amerikanskt system

'Costar' (Computer Stored Ambulatory Record) har Finstar-systemet utvecklats och används nu på ett flertal hälsocentraler i Finland. ADB-system används vid över 80 hälsocentraler i Finland. Man kan säkert påstå att våra östliga grannar har ett rejält försprång när det gäller datorisering inom primärvården.

Beträffande Finstar har system- och programmeringsarbete pågått i 15 år, och 1982 togs de sista delarna av Finstar i bruk. Systemet innehåller rutiner för patientregistrering, tidbokning, företagshälsovård, utskrift av sjukvårdsräkningar, medicinsk journal, verksamhetsrapporter, systemunderhåll med mera.

Delar av detta system presenterades på utställningen av Hälsocentralen Esbo.

BALSFJORDSYSTEMET i Norge

Systemet är resultatet av ett samarbetsprojekt mellan Institutt for Samfunnsmedisin och Seksjon for datafag vid Universitetet i Tromsø. Kommundata i Nord-Norge har vidareutvecklat systemet till den färdiga produkt som nu tillhandahålls av *Odin Data*.

Balsfjord-systemet har prövats kontinuerligt vid vårdcentralen i Balsfjord sedan 1981, och under det sista året vid ytterligare 3 vårdcentraler i Troms. Det är ett mikrodatorbaserat journalsystem, som även ger möjlighet till statistisk bearbetning av journaluppgifterna.

SWEDESTAR i Sverige

Stockholms läns landsting, Vårdcentralen Kronan och Scandinavian Mumps Center presenterade den "svenska versionen" av Finstar/Costar, så som den utvecklats vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg.

Systemet har nyligen beskrivits i ett par artiklar i denna tidning (1985:2). För den nyfikne läsaren som undrar vad "Schandinavian Mumps Center" står för i detta sammanhang: Det handlar inte om ett nytt vaccin mot påssjuka, utan om ett programmeringsspråk speciellt lämpat för administrativ databehandling.

Övriga inslag

Malmöhus läns landsting och *Vårdcentralen i Dalby* presenterade olika delar av de system som tillämpas inom MLL. Därvid presenterades bland annat det Patientadministrativa system (PAS) som tillämpas och systemet vid vårdcentralen i Dalby.

Vid en välbesökt poster om *Problemorienterad journal* demonstrerade Bengt Dahlin "Gråbo-modellen" av Swedestar. Tyngdpunkten ligger inte på datorn (även om den väger nog så tungt i sammanhanget), utan på struktureringen av journalen.

För den skull var postern uppdelad i två delar - en om manuellt förd POMR (Problemorienterad Medicinsk Registrering) och en del om hur detta avses att anpassas till datorn. I den skrift om

POMR som utdelades framhålls de fördelar en datorstött journal har. Samtidigt anförs att "Trots allt tror vi att en manuell problemorienterad journal i det kliniska arbetet ännu överträffar den datorstödda journalen".

Detta citat speglar väl ett av huvudintrycken man får när olika datasystem presenteras (och det gäller förmodligen inte bara inom sjukvården), nämligen att A och O är att se över de befintliga manuella rutinerna, förbättra och effektivisera dessa.

Konklusion

Inget datasystem i världen kan skyla över en dålig organisation - snart sagt allt systemeringsarbete börjar med kritisk granskning av befintliga rutiner. Och där kan alla börja, alldeles oavsett de komplex som några kanske känner när man ser vilka resurser som disponeras för några av de mer vidlyftiga projekten.

Birger Gran

Kongsvoldseminariet - norsk allmänmedicin lever

Nyckelord: Kongressrapporter, Allmänmedicin, Norge.

Som representant för SFAM har jag haft den synnerligen stimulerande uppgiften att delta i Kongsvoldseminariet 9-11 maj 1985.

Seminariet anordnades av NSAM (Norsk selskap for almenmedisin). Kongsvold är en fjällstuga 15 mil söder om Trondheim längs E6:an. I denna rofyllda miljö genomfördes seminariet i strålende sol. Vi lotsades genom två dygn helt fyllda av angelägna allmänmedicinska frågor av NSAM:s formän Olav Rutle.

Första halvan av seminariet ägnades åt konsultationsanalys. Ledare för detta var Per Hjortdahl och Nils Johnsen. Programmet byggde på erfarenheter gjorda av Pendletongruppen. Den intresserade rekommenderas läsa *The Consultation - An Approach to Learning and Teaching*, David Pendleton med flera, ISBN 0192613499. Konsultationsanalysen stannade inte vid patient-läkarrelation utan gick vidare och tittade på konsultationens verkliga innehåll. Tekniken var videoupptagna konsultationer som sedan analyserades enligt i förväg uppgjort schema i en mindre grupp. Genomgången var mycket intresseväckande och jag tror att det var fler än jag som blev intresserad av att pröva denna metod. I Sverige kan den säkert ha en plats såväl i efterutbildningen som i FV-utbildningen.

En halv dag ägnades åt handlingsprogram, vilket jag uppfattade som något slags begränsande vårdprogram som riktade sig till allmänläkaren och där förhoppningen verkade vara att

man med sådana hjälpmedel skulle kunna höja kvaliteten i allmänläkarnas arbete. Inledare var Dag Hofoss vars utgångspunkt var hälsoekonomiska resonemang. Jag kan i övrigt hänvisa till hans bok "Behandlingsprogrammer - klinisk frihet och helsepolitiska ansvar. ISBN 0333-4007".

Sista delen av seminariet ägnades åt olika exempel på aktiviteter som var på gång inom primärvården. Den danske gästen Jens Aage Stauning pekade på den danske företagsläkaren Knud Jacobsons tankar som är presenterade i boken "Sygdom är vi sammen om". Gisle Roksund hade ett entusiastiskt och stimulerande inlägg om "Siljan-posten" vilket var en liten stencilerad tidning med medicinsk information av aktualitetsvärde som skickades ut till allmänheten tio gånger per år och där man nu var inne på fjärde utgivningsåret. Petter Bugge redogjorde för försök med att använda apoteksstatistik för att påverka forskrivningsvanor. Själv fick jag möjlighet att berätta om efterutbildningsutveckling i Luleå-Boden Under den tioårsperiod som gått.

Första kvällen skulle "den heliga kon slaktas". Det visade sig dock att det inte rörde sig om någon ko utan om en oxe och den oxe som Janecke Thesen slaktade var att det enbart var "gutterne på institutet" som skulle föra primärvårdsutvecklingen vidare. Hon manade effektivt på alla närvarande att ha självkänsla nog att gå in i det arbetet.

Själv trivdes jag utmärkt på NSAM:s seminarium där vänlig atmosfär och smittande entusiasm bådade gott för allmänmedicinsk utveckling i vårt västra grannland.

Kennet Widäng

Distriktsläkaren inför HS90

REFERAT FRÅN SVENSKA
DISTRIKTSLÄKARFÖRENINGENS
FÖRENINGSMÖTE 1985-05-17
I GÖTEBORG

var temat för föreningsmötet på fredagen där programmet inleddes med ett *hälsningsanförande* av moderator professor Calle Bengtsson åtföljt av en inledande punkt med redogörelse från socialdepartementet och socialstyrelsen under rubriken *HS90 och hälsopolitiken*. Dessa två inledande punkter missade vi då tåget kom till stationen lagom till förmiddagskaffet.

De allmänmedicinska institutionernas roll

upptog tiden närmast fram till lunch och på podiet satt professorerna Calle

Bengtsson, Göteborg, Gösta Tibblin, Uppsala samt distriktsläkare Birgitta Hovellius, Dalby. Gösta inledde kort om de allmänmedicinska institutionernas utveckling, Calle Bengtsson fyllde på med att uppgifterna i princip är som för övrig medicinska institutioner, det vill säga undervisning, forskning och sjukvård. Birgitta lämnade en redogörelse för Lund-Dalbys utveckling, institutionens medverkan i grundutbildningen, Dalby-dagarna och NLV-kurserna samt avslutade kort med forskningen.

Ordet gick därefter till Gösta som fann HS90 uppmuntrande men också som ett dödligt hot, om resultatet skulle bli ett fiasko och redogjorde på motsvarande sätt för Uppsala-institutionen.

Gösta hade hittat en allmänmedicinsk nisch rymmande bland annat självläkning, förväntanseffekt och sårbarhet samt symtom och med familjen i centrum. På klassiskt tibblinskt manér redogjorde han för ett paradigmskifte och pratade om olika ballonger med friskvård, egenvård, prevention, omsorg med mera.

Den samhällsmedicinska ballongen blev naturligtvis en jätteballong. Gösta spolade samtidigt uttrycket "primärvårdsforskning" och ville att vi istället skulle prata om allmänläkarvård, som ett uttryck för vad vi som allmänläkare gör och att primärvård är ett uttryck för hur vården är organiserad, det vill säga en organisationmodell.

Bengtsson pekade på att göteborgsinstitutionens verksamhet är i sin linda och inte fungerar fristående samt att allmänmedicin ännu ej är ett disputationssämne. Institutionen är förlagd till Olskrogen, som håller på att växa upp till ett allmänmedicinskt centrum med samlingslokaler, bibliotek med litteraturservice med mera.

Efter dessa sammanfattningar från podiet släpptes audioriet in. PG Svartling undrade hur de samhällsmedicinska enheterna kommer in. Bengt Linder framhöll att det verkligen lönar sig att agera för att få in distriktsläkare i dessa enheter som kan få en viktig roll i det lokala FoU-arbetet. Mogens Hey tyckte att man skulle fokusera på det allmänmedicinska innehållet vid tjänstgöringen på vårdcentralen och att det behövs en dialog mellan handledarna där och de allmänmedicinska institutionerna.

Thomas Ihre bemötte Tibblin på frågan varför det tagit så lång tid i Stockholm, hela 7 års utredande, för att få en liten strimma med förändrad utbildning, han försvarede också utbildningstiden på sjukhus.

Hovellius ville ut med allmänmedicin tidigare i grundutbildningen.

Lars Lindholm riktade sig till Ihre och berättade att man hade frågat studenterna i Dalby om vad de hade fått lära sig på sina kliniktjänstgöringar och fått ett mycket nedslående resul-

tat. Ihre replikerade att han delar Lindbloms uppfattning om att det är angeläget att rensa ut gammal skåpmat. Hökfeldt fyllde på med att det börjar bli allt trängre kring patienterna på universitetsklinikerna och måhända att entusiasmen hos dagens studenter nu är lägre än tidigare. Han pekade också på att alltför mycket diskussioner kring LUA-avtal med mera kan få entusiasmen hos lärarna att svalna ännu mer. Tibblin avslutade med att han gärna såg att det kom en grundlig diskussion till stånd om vem som skall undervisa vad.

Efter lunch fram till eftermiddagskaffet ägnade man sig åt **nya specialistutbildningen i allmänmedicin**.

Lars Lindholm inledde med ett historiskt perspektiv och pekade sedan på olika svagheter i nuvarande utbildning, brister i handledningen ute på vårdcentralerna och på klinikerna, dåliga resurser för och dålig anslutning till FoU-arbeten, otillfredsställande utbildning om förebyggande åtgärder. Han framhöll också förtjänster, som att utbildningen är av samma längd som för övriga specialiteter samt att den leder fram till en definierad specialistkompetens. Göte Frid har blivit emansutredare med uppgift att se över all specialistutbildning. Direktiven för utredningen är hela 12 sidor lång och i botten ligger HSL och HS90 synsätt samt önskemål om bredare men färre kompetenser.

För allmänmedicinens del hade följande frågor utkristalliserats; förmodligen kommer sjukhusutbildningsavsnitten att förkortas men blir kvar framför allt vad beträffar gynekologi, barn, NLV-kurserna ökar till 8, bättre integrering mellan grundutbildning - AT/FV-specialistutbildning, kunskapsprov.

Lindholm ansåg att man nu behöver arbetsro efter alla förändringar och vill att man skall bevara mycket av det som kom fram i AGA. Tyngdpunkten av tjänstgöringen bör ligga på vårdcentralerna men man måste också bibehålla sjukhustjänstgöringen.

Gösta Tibblin beklagade att ingen NLV-kurs är obligatorisk och menade att vi idag inte har någon reell examen eftersom kunskapsprov saknas. Gösta framhöll också det typiska för Sverige: Att börja med att bygga vårdcentraler i form av byggnader, Babels uthus och fylla dessa med vita rockar, AT-, FV-läkare och vikarier istället för att satsa på att utbilda specialister i allmänmedicin först och sedan bekymra sig om lokalerna. Det är också en svaghet att en stor del av undervisningen sker av specialister som inte kommer från den enga specialiteten. Han beklagade också att få handledare har kontakt med FV-läkarna när de inte tjänstgör på den egna vårdcentralen.

Gösta formulerade fyra frågor:

- 1) Vad gör en allmänläkare idag?
- 2) Vad behöver vi kunna?
- 3) Hur skall vi lära ut det?

4) Hur skall vi kontrollera att det har gått in?

Sedan försökte Gösta svara och anser att det vi behöver kunna kan formuleras i 15 punkter:

1) Kunskap om 204 st vanliga sjukdomar, 40 st vanliga symtom.

2) Vi skall kunna vårdcentralens inre arbete.

3) Kunna personalens roll.

4) Vi skall kunna konsultation.

5) Vi skall känna till läkar-patientrelationerna.

6) Hur handskas med patienter som vi inte gillar?

7) Hälsokontroller.

8) Förebyggande åtgärder.

9) Äldreomsorg.

10) Vi skall kunna samhällets profil.

11) Forskning och utveckling.

12) Vi skall ha en loggbok, diagnostiska färdigheter.

13) Vi skall kunna skriva en vetenskaplig uppsats.

14) Vi skall kunna göra administrativa insatser.

15) Vi skall kunna primärvårdspharmakologi.

På frågan hur vi skall lära ut detta hade Gösta givetvis också svar. Han anser att det mesta kan läras ut på vårdcentralen medan sjukhustjänstgöring krävs för de diagnostiska och för att man skall kunna se många tunga patienter. Vi behöver också en lärobok och arbetet har redan startats. Gösta föreslår att frågan om examination och frivillighet snabbtredes.

Från auditoriet framhöll Hey att man på vårdcentralerna till stor del möter friska människor med problem, en verklighet som i hög grad skiljer sig från en universitetsklinik.

Ihre var också inne på kunskapskontroll och menade att det är ett stort bekymmer att vi idag saknar medel att avstånga en student. Han framhöll också att det vetenskapliga inslaget måste ökas och att vi måste få någon form av efterutbildning, eventuellt stegvis specialistutbildning samt efterlyste utbildning i administration. SYLF är till 80 procent negativa till specialistexamen och menar att kvalitetskontrollen i första hand skall riktas mot utbildaren, det vill säga kliniken och vårdcentralen. En central fråga vad beträffar kunskapsprovet tycks vara vem som skall finansiera det. I Finland måste FV-läkaren själv ta tjänstledigt utan lön för att läsa in examen. En examina kostar ungefär en FV-kurs? En frivillig examen skulle inte gallra ut de man vill komma åt. Hur gör man med dem som kör och alltså underkänns först efter 12 års studier?

Kommer inte stupstocken väl sent för en student med flera 100.000 kr i studielån?

Under eftermiddagskaffet hämtade man nya krafter för att kasta sig in i den avslutande **paneldebatten som rörde HS90 i praktiken**: Måhända hade man behövt ha något stärkande till kaffet för debatten blev stundtals något av-

slagen. Var kanske temat lite för stort, diffust och för långt ifrån just praktiken?

På podiet tog en mängd representanter plats.

Kerstin Ermebrant inledde med att HS90 kommer att kräva resurser, distriktsläkare. Hur skall omfördelningen ske? Skall institutionsvården minska? Vård på rätt nivå? Utvecklingen skall ske inom befintliga ramar, men var går ramarna? Så mycket stod klart att någon ekonomisk kalkyl för HS90 finns inte. Direktionsordföranden P.G. Martinsson hävdar att man aldrig tidigare haft större resurser än nu och att det inte råder någon egentlig brist på lokaler eller ens pengar utan på distriktsläkare. Han ansåg att sjukvården måste kunna få mera resurser totalt + en omfördelning till öppen-vård från slutenvård. Vi måste också granska vad vi gör på sjukhusen som fortfarande utgör 90 procent av resurserna - kostnaderna.

Ihre menar att vi ligger ur fas vad beträffar satsningen på HS90 och att primärvården kräver en omfördelning men att det inte ännu går att minska på slutenvården men att förändringen måste ske och att pengar måste tillskjutas. Han framhöll också att det är viktigt att vi tar fasta på vad vi är ense om och att vi i förbundet måste bli eniga utåt.

SPRI-representanten framhöll att alla egentligen är patienter tills motsatsen är bevisad och att termodynamikens tredje lag råder, "en sjukhussäng skall hållas varm".

Nicolausson menade att det finns olika vägar till agerande i frågor som såväl hypertoni, rökning som AIDS och tror att insatserna här inte skall kosta sjukvården så mycket. Ulf tog upp sin gamla käpphäst och tjuar fortfarande envist om att släppa in andra specialister i primärvården.

Politikern erkände att det är svårt att göra någonting åt livsstilsfrågor som rökning och alkohol men pekar också på att krafttag exempelvis gentemot trafikolyckor har gett gott resultat.

Från auditoriet varnade Sture Lorensen för att ta ansvaret från individerna, framför allt inte när vi ändå inte kan ta emot alla.

Mogens Hey menade att vi köper patienterna till oss genom att ge dem en falsk(?) trygghet via en omnipotent sjukvård. Han var orolig för att vi riskerar att ta på oss en roll att sopa de reella problemen under mattan istället för att göra dem tydliga.

Moderatorn ville ha svar på frågan om hur vi kan se om HS90 lyckats? Nicolausson hade inte större ambitioner än att han ansåg att vi redan hade lyckats eftersom HS90 fått en heldag på distriktsläkarnas föreningsmöte. SPRI varnade för övertro på prevention och menar att det tar mycket lång tid att utvärdera ett eventuellt resultat. Vi måste konkretisera olika delmål och kan-

ske dela ut enkäter till befolkningen.

P.G. Martinsson, direktionsordföranden, ansåg att HS90 kommer att lyckas tack vare att "målen är tillräckligt diffust formulerade".

Ermebrant avslutade med att kunden kommer att ge besked om satsningen blir lyckad eller inte och menar att livskvalitetsfrågor som alkohol, rökning, suicidfrequens hos den nya generationen blir avgörande.

Efter Ermebrants avslutning tågade jag ut på en sommarvarm aveny med en del funderingar om hur vi om några år kommer att se på den här diskussionen med HS90 och HSL. I Norrbotten har vi (som vanligt?) hunnit några steg längre och formulerat ett HS BD90 där landstinget i Norrbotten har konkretiserat frågorna. Man har 5 prioriterade målområden där man skall satsa de närmaste åren. HS90-problematiken har blivit ännu mera konkret på de ställen där man skrivit en programplan för det egna primärvårdsområdet - vårdcentralen. Den verklighet som vi distriktsläkare fortfarande lever i är uppenbarligen en helt annan än vad många politiker och administratörer upphåller sig i. För oss dominerar vardagen av konkreta vårdfrågor, slit och släp i en oftast dåligt utbyggd primärvård med stora vakanser där digmer och paradigmer, teorier och synsätt ännu inte hunnit till väntrummet.

På busshållplatsen blev jag bryskt förflyttad tillbaka till verkligheten då en vänlig göteborgare talade om för mig att strejken fortfarande pågick vilket innebar att jag var tvungen att lämna Göteborg med tåg redan dagen därpå efter fullmäktigemötet.

Fullmäktigemötet ja, det får ni läsa om någon annanstans men det kom att färgas av diskussionerna om vårt eget kommande avtal. Skrämmande är dock att mötet bara med 1 fullmäktiges marginal blev beslutsfälligt! Är distriktsläkarna verkligen inte mera fackligt medvetna? Visserligen stod Linjeflyg och SAS på backen och färjeförbindelserna till Gotland fungerade visst inte heller, 17 och 18 maj kom i kläm mellan Kristi Himmelsfärds dag och en vanlig helg, men om vi som kom längst ifrån kunde åka 300 mil på tåg för att vara fullt representerade så må skam komma över er snydottningar som har Göteborg inpå knutarna men ändå stannade hemma.

Anders Lindman

HS90 och folksjukdomarna

Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk Förening för Allmän Medicin (SFAM) anordnar 1985-10-30 ett extra gemensamt föreningsmöte på temat: HS90 och folksjukdomarna. Från idé till praktik i Folkets Hus, Stockholm.

PROGRAM 85-10-30

Moderator: Per G Swartling, distriktsläkare

Panel: Ordf i SFAM, Ole Harlem, redaktör, Leif Hallberg, professor, Lenart Rinder, byråchef och Gösta Tibblin, professor.

09.00

Kaffe

09.25

Hälsningsanförande, Kerstin Ermenbrant, distriktsläkare

09.30

Internationellt perspektiv, Ole Harlem, redaktör

09.50

Hjärt-kärlsjukdomar, Kurt Svärdsudd,

docent, överläkare, Christina Nerbrand, distriktsläkare

10.40

Psykiska sjukdomar, Bengt Matsson, distriktsläkare

11.00

Kort paus

11.40

Rörelseorganens sjukdomar, John Lundqvist, distriktsläkare, Birgitta Vällfors, distriktsläkare

12.30

Lunch

13.30

Tumörsjukdomar, Jerzy Einhorn, professor

14.20

Andningsorganens sjukdomar, Birgitta Hovellius, distriktsläkare, Ingvar Ovred, distriktsläkare

15.10

Kaffe

15.40

Hälsoupplysning, Anders Bohlin, byråchef

16.15

Sammanfattning, Gösta Tibblin, professor

Personlig inbjudan kommer att sändas till alla medlemmar i Svensk Förening för Allmän Medicin och Distriktsläkarföreningen. Anmälan kan dock redan nu göras genom att sätta in 475

kronor på konto 44125 03-7: Distriktsläkarföreningen. Ange namn, adress och titel på talongen. I och med detta är Du antagen, bekräftelse kommer ej.
Olof Svender
Distriktsöverläkare

NYHETER FRÅN STUDENTLITTERATUR



**Bristande omsorg
och barnmisshandel
i Nordiskt perspektiv**
Joav Merrick (red)
492 sid Ca-pris 174:-
ISBN 44-23701-4

**Moraliskt ansvar och
människosyn**
Uffe Juul Jensen
Övers: Z Forsström
ISBN 44-23641-7
Utk okt



Akutkirurgi
Peter Rost
192 sid Ca-pris 152:-
ISBN 44-22201-4

Röntga lagom
Staffan Cederblom
Tredje, grundligt
omarbetade upplagan.
ISBN 44-13383-9
Utk sept

**Etik i medicinskt
vardagsarbete**
Campbell - Higgs
Övers: S Axelsson
Boken om Angie och om
de etiska och moraliska
frågor man ställs inför i
vardagens medicinska
arbete.
ISBN 44-22471-0 Utk okt

När skyddsnätet brister
Bauer - Bergentz
En bok om ansvarsärenden
- om vad som händer när
sjukvårdens lagarbete inte
fungerar.
ISBN 44-23601-8 Utk okt



**Utbildningshuset
Studentlitteratur**

Åkergränden 1, Box 141, S-221 00 Lund, Sweden. Tel. 046-307070

Köp böckerna i bokhandeln!

Tor-Inge Tönnesen:

Smärta och andra symptom hos cancerpatienten – diagnos och behandling

126 sidor, Allmänläkarserien,
Norsk selskab for almen-medisin.
Lund: Studentlitteratur 1984.
Pris ca 110 kr ISBN 91-44-21061-2.

Det finns flera bra böcker utgivna, som beskriver omhändertagandet av terminala patienter bland annat "Den goda döden" (1). I den boken finns ett kapitel om smärtlindring av cancerpatienter. Detta ämne har aktualiserats på senare år, och från att ha varit mycket återhållsam med morfin och liknande analgetica har vi fått upp ögonen för vikten av att terminala patienter verkligen är smärtfria.

Norrmannen Tor-Inge Tönnesen har skrivit en mycket utförlig bok i detta ämne. Den tar noggrant upp smärtans anatomi och fysiologi. Det är viktigt att vi har goda kunskaper i dessa ämnen för att kunna välja rätt smärtlindringsmetod i varje enskilt fall. Ett utförligt kapitel i boken ägnas åt smärtdiagnostik. Det är även för en cancerpatient av största vikt att man fastställer vilken slags smärta patienten har och vad den beror på. Inte minst viktigt är det att se patienten som en helhet med psykiska reaktioner och sociala relationer. En bra schablon för markering av smärta presenteras. På denna noteras inte bara smärtans lokalisation utan även dess karaktär registreras. "En bild säger mer än 1000 ord"! En sådan visuell registrering borde vi alla göra när vi dokumenterar en patients smärta, helst under det att patienten kommenterar våra markeringar.

Tumörer kan ge upphov till olika typer av smärta till exempel tryck på nerver och skelettmastaser. Orsaken till smärtan måste utredas så långt som möjligt då det ibland finns specifik terapi att erbjuda. Även cancerpatienter kan ha andra benigna sjukdomar som orsak till smärtorna, vilket måste uteslutas.

Huvuddelen av boken tar upp behandlingsprinciper av smärta och olika behandlingsmetoder både medikamentella och icke medikamentella. Boken går mycket noggrant igenom de farmakologiska begrepp som är aktuella och som man måste ha i minnet vid dosering av analgetica. På detta område är denna bok unik jämfört med tidigare utgiven liknande litteratur i äm-

net. Behandling av andra symptom än smärtor tas upp överskådligt och bra medan det psykologiska omhändertagandet endast omnämns ytligt. I detta ämne finns det bättre litteratur att tillgå.

Boken är mycket bra för grundläggande förståelse av smärtan och dess behandling både fysiologiskt och farmakologiskt. Den borde finnas i bokhyllan hos varje distriktsläkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med behandling av terminala patienter.

1. Saunders Cisely M. Den goda döden – om vård av döende cancerpatienter.
AWE/Gebbers 1980 ISBN 91-20-06170-6.

Recensent: Kjell Hultsten, distriktsläkare, Vårdcentralen Tibro.

Recension av boken

Själigen misstanke "??", ett fall av misstänkt incest

Anna-Lena Gill-Wettergren,
Peter Edvard Gill,
Studentlitteratur.
ISBN 91-44-22431-1

Som kurator och allmänläkare i primärvården möter vi av och till människor som på ett eller annat sätt drabbats av incest. Vi måste ofta ta ställning till svåra problem kring vilka vi behöver mer kunskaper om vad vi fått i vår grundutbildning. Bokens titel antyder alltså att den innehåller för oss viktig ny kunskap.

Boken är utplagd som en 140 sidor lång fallbeskrivning med kommentar och en 25 sidor lång epilög. Epilögen är en sammanfattning av fallet kopplad till en diskussion om beslutsteori.

Författarna är beteendevetare som flyttat till en stad i Sverige. Där befinner sig en familj i kris. Familjen är personliga vänner till bokens författare. Kvinnan i familjen anmäler mannen som misstänkt för incest. Först tar hon kontakt med distriktssköterskan på barnavårdscentralen. Läsaren får sedan följa hela processen från distriktssköterskans åtgärd att ordna en tid till distriktsläkaren till rättsväsendets behandling av vårdnadstvisten. Det är främst myndigheternas åtgärder och effekterna av dessa åtgärder som beskrivs. Författarna är medagerande i egenskap av vänner till familjen och är inte engagerad vid någon av myndigheterna som kommer i kontakt med familjen.

Tidigt tar författarna parti för fadern vars oskuld blir bevisad. Mannen far mycket illa genom det inkompetenta utredningsförfarandet men repar mod tack vare vännerna, författarna till denna bok.

För kvinnan i familjen blir katastrofen mycket större. Om barnets reak-

tion får läsaren inte veta mycket. Författaren säger sig tillägna boken barnet, som någon gång i framtiden förmodas vilja veta sanningen.

Som vi ser det, handlar boken om fyra saker som redovisas i en osystematisk blandning. En familjetragedi. I obetydlig grad om incestproblematik. I stor utsträckning om myndighetsutövning och myndighetsmissbruk. Vårdnadsproblematiken vid en skilsmässa blir också belyst.

Som boken är skriven blir en familj grovt och hämningslöst utlämnad. Ort-namn och aktörernas namn är fingerade. Författarna själva är dock medaktörer i dramat och med sina namn lätta att identifiera. Det finns säkert många människor som direkt kan känna igen fallet om de läser boken. Detta är för oss stötande och fel mot de drabbade. I hög grad gäller det barnets integritet som man inte tar hänsyn till.

I företalet till boken säger man sig ha tagit hänsyn till "den illvilja som boken möjligen kan skapa mot den nytta den kan göra för att hos allmänhet och myndigheter öka medvetenheten om hur myndighetsövergrepp går till".

Myndighetsövergrepp behöver tveklöst beskrivas också för allmänheten. Detta får emellertid inte ske i formen av ett nytt övergrepp mot drabbade enskilda personer. Boken borde alltså utifrån dessa utgångspunkter inte ha skrivits.

Bokens mer teoretiska del är så fylld av självklarheter för de tilltänkta läsarna; läkare, socialarbetare och jurister att den inte heller motiverar att man anskaffar boken.

Sten Larsson*, distriktsläkare,
Matteus vårdcentral.

Marja-Lena Sköld*, kurator, Matteus vårdcentral.

*Postadress: Surbrunnsgatan 66,
113 27 Stockholm

Utökat indikations- område.

” **Postmenopausal:** Uro-genitala besvär som torrhet i vagina (atrofisk kolpit) eller trängning och sveda vid vattenkastning (atrofisk slemhinna i uretra och trigonumområdet) beroende på östrogenbrist. ”



Ovesterin[®]

östriol

Tabletter 0,25 och 1 mg

Ovesterin tabletter (östriol) är ett kortverkande östrogen som finns i styrkor om 0,25 och 1 mg. Indikationer. Peroralt: kolpit, vulvit, kraurosis och pruritus vulvae, decubitus vaginae och cervicit beroende på östrogenbrist. Pre- och postoperativt vid vaginala ingrepp. Postmenopausal: urogenitala besvär som torrhetskänsla i vagina (atrofisk kolpit) eller trängningar och sveda vid vattenkastning (atrofisk slemhinna i uretra och trigonumområdet), beroende på östrogenbrist.



Box 5076, 421 05 V. Frölunda. Telefon 031-29 94 80



Selexidin®

pivmecillinam

Etablerat förstahandsmedel vid
distala urinvägsinfektioner



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

Selexidin® — när effekt och tolerans får
avgöra preparatvalet.

Selexidin: pivmecillinam Grupp 7B 0605
Tabletter 200 mg, dosgranulat 100 mg.

Indikationer: Urinvägsinfektioner orsakade av
mecillinamkänsliga mikroorganismer.

Kontraindikationer: Penicillin- och cefalosporin-
överkänslighet.

Förpackningar: Tabl.: 20, 30, 40 och 100 st.
Dosgranulat: 20 st.



Lövens Läkemedel · Box 404, 201 24 Malmö · Telefon 040-756 30