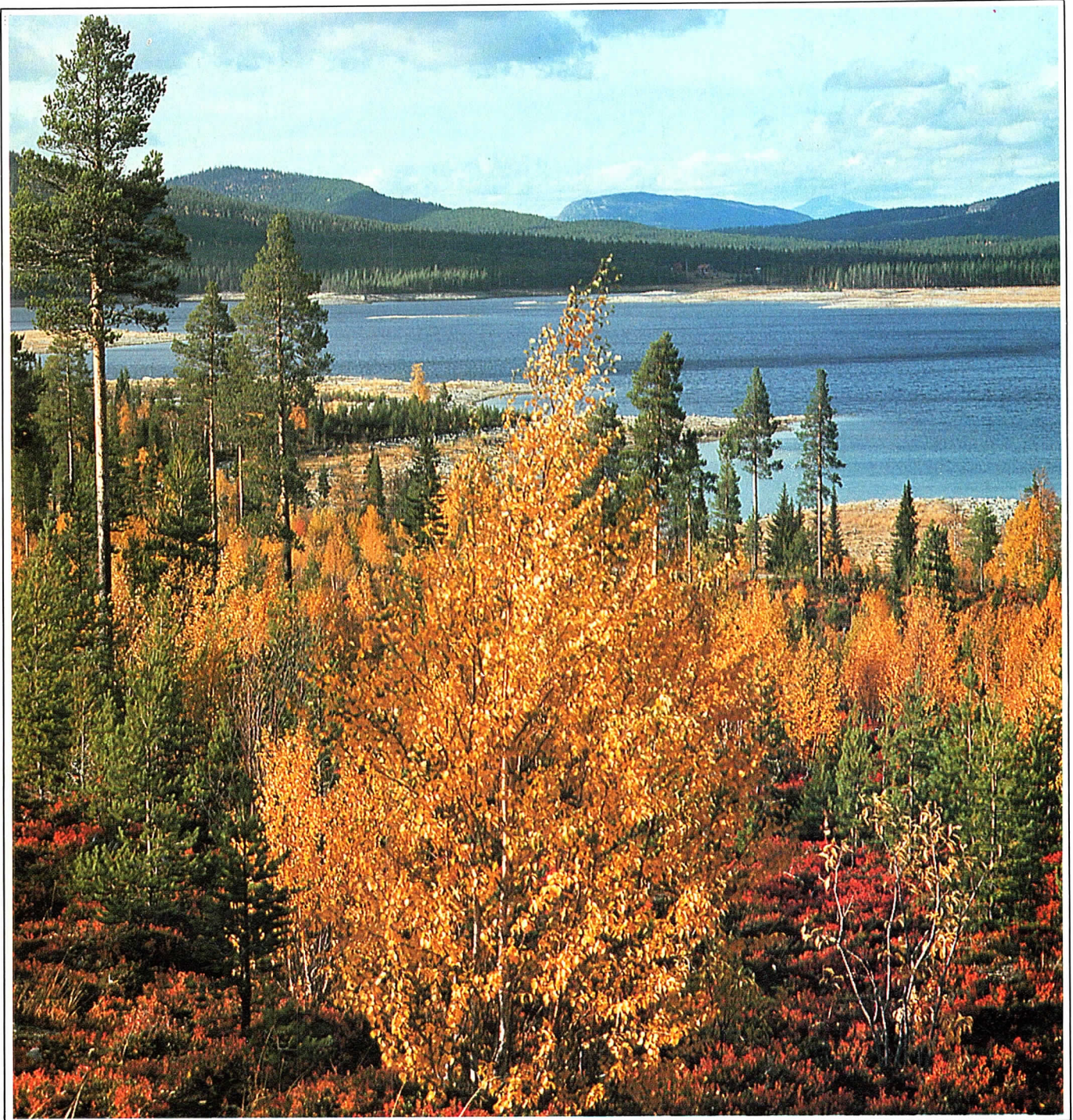


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Remiss till
ortopedisk klinik

5
1985

SFAM:s Vårmöte
i Örebro

DISTALGESIC

Stillar smärta snabbt mot magen

EFFEKTIVT mot RYGGVÄRK

UTAN MUSKELRELAXERANDE KOMPONENT

LÄGST BEHANDLINGSKOSTNAD

		Pris/ 100 tabl.	Patienten betalar-själv	Dagskostnad enligt FASS
1-8	Citodon	61,80	40,90	0,62 - 4,94 (1-8 tabl.)
4-8	<u>DISTALGESIC</u>	41,10	30,55	1,64 - 3,29 (4-8 tabl.)
3-6	Doleron	87,70	50,-	2,63 - 5,26
2	Donobid 500 mg	255,70	50,-	5,11
3-6	Lobac	68,80	44,40	2,06 - 4,13
3-8	Paraflex Comp	75,10	47,55	2,25 - 6,01

*) "Medeldagskostnad är 1,81. Den exakta dagskostnaden för Distalgesic grundar sig på att medeldagsdosen enligt Diagnos-Receptundersökningen (MIS mars 84) är 4,4 tabletter. Motsvarande dagsdosmedelvärdet för övriga preparat kan erhållas från respektive fabrikant - för en korrekt jämförelse av dagskostnad".

Distalgesic Tabletter Analgetikum, antipyretikum. Deklaration. 1 tablett innehåller: Dextropropoxifen, chlorid, 32,5 mg, paracetamol, 0,325 g constit et color (titandioxid) g.s. Egenskaper. dextropropoxifen är ett centralt verkande analgetikum som i engångsdoser har ca hälften av kodeinets effekt. Vid upprepad dosering förefaller dextropropoxifen viktfullt ekvivalent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. Indikationer. Används vid smärta av lätt till måttlig intensitet, exempel på smärttillstånd där DISTALGESIC kan användas: myalgier, dysmenoré, smärta vid maligna sjukdomar och trauma samt postoperativt. Kontraindikationer. Överkänslighet mot dextropropoxifen eller paracetamol. Observera att preparatet ej bör förskrivas till patienter med kroniska alkoholbesvär eller andra beroendetillstånd. Graviditet och amning. Kategori A. Dextropropoxifen och paracetamol passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser. Biverkningar. Dextropropoxifen kan vid upprepad dosering ge sedation, yrsel och illamående. Vid överdosering av dextropropoxifen ses förvirringstillstånd, andningsdepression och kramper. Vid kraftig överdosering har coma och i sällsynta fall hjärtstillstånd rapporterats. Intoxikationer med dextropropoxifen kan behandlas med naloxon. Biverkningar vid användning av paracetamol är sällsynta. Vid långvarigt bruk kan risk för njurskada ej helt uteslutas. Enstaka fall av leverskada har rapporterats. I samband med akuta Intoxikationer till följd av överdosering av paracetamol har letal levernekros uppstått. Leverskada hos vuxna måste bekräftas efter en engångsdos av ca 15 g paracetamol. Övrigt: Analgetika innehållande dextropropoxifen har använts i överdos hos personer med kroniska alkoholbesvär. Primärt dextropropoxifenmissbruk är sällsynt och anges vara lägre än för kodein. Dosering. Vanlig dosering till vuxna är 2 tabletter var 6:e-8:e timme. En dygnsdos av 8 tabletter bör ej överskridas. Interaktion. Alkohol kan förstärka den andningsdepressiva effekten hos dextropropoxifen. Observera. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa föreskriven dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. Förpackningar: Tabletter (vita, avlånga, märkta D.G.). Tryckförpackning 20, 50 och 100, plastburk 100 st.

Mera om Balintgrupper. <i>Lennart Kaij</i>	218
Psykosomatisk medicin: Irritabel colon – en litteraturgenomgång. <i>Malin André</i>	221
Debatt: Kommentar till en kommentar till Multicenterstudie. <i>Nils Edvardsson</i>	223
Kommentar till Magnus Erikssons "Att veta vad man skall mäta". <i>Nils Lynöe, Bengt Mattsson</i>	223
Finns Allmänmedicinen? Kommentar till kommentar. <i>Magnus Eriksson</i>	224
Parkinsons sjukdom: Parkinsonism idag: Ätiologi och terapi. <i>Anders Överby</i>	225
Primärvård: Allmänläkarens insatser i hemsjukvården. <i>Bengt Järhult</i>	227
Läkemedelskonsumtion: "Vilka är det som äter upp alla sömntabletter?" <i>Carl-Gunnar Hallgren</i>	228
Basdata: Sävsjöundersökningen: En kontinuerlig basdataregistrering i öppenvård. <i>Charles Black, Håkan Detterfelt, Henning Pedersen</i>	234
Samverkan primärvård-slutenvård: Remiss från primärvård till ortopedisk klinik. <i>Barbro Näslund, Lennart Halfvarson</i>	238
HS 90: Arbetare drabbas värst. Stor kampanj ska minska hjärtinfarkter med hälften. <i>Mats Carlborn</i>	246

Primärvård i Finland: Primärvårdens utveckling i Finland. <i>Mauri Isokoski</i>	249
Att mäta primärvård: Hur utvärdras hemsjukvård? En studie av dödsfall i hemmet. <i>Ingvar Hervius</i>	252
Kurser & Konferenser: Forskarutbildningskurs i Örebro – uppskattad introduktion som manar till uppföljning. <i>Malin André</i>	253
1985 års Dalbydagat.	254
Riksstämman 1985.	254
Recensioner: Sjukdomsbegrepp i praktiken.	255
Ny bok om incest. Sexuella övergrepp mot barn.	257
"Skälig misstanke?", ett fall av misstänkt incest.	259
Lokalt arbete mot läkemedelsmissbruk.	259
Antalet aborter fortsätter att sjunka.	261
Gerontologi. Läran om det friska åldrandet.	261
Medicinsk rehabilitering.	261
Social service. Vårdkunskap.	262
"Vad är demens?"	262
Var och en måste själv få avgöra om hon vill dö i det egna hemmet.	263
"Kampen om kroppen."	263
Smärta och andra symtom hos cancerpatienten – diagnos och behandling.	263

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
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 090/12 45 09

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

Annonser:
HJ Annonserförmiddling
Alströmergatan 18, nb 11247 Stockholm.
tel. 08/51 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 5440-5 till AllmänMedicin. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1985.

ISSN 0281-3513

VIKTIGA DATUM FÖR SVERIGES ALLMÄNLÄKARE 1985

SFAM:s VÅRMÖTE 1986 HÅLLS I ÖREBRO 3-4 APRIL

Program kommer med nästa nummer av AllmänMedicin. Anmälan senast den 30 januari. Detta är också sista dagen för inlämnandet av sammanfattningar av fria föredrag och posters.

VÄLKOMNA!

Organisationskommitten
Lennart Halfvarsson, Dan Andersson, Lennart Holmquist, Gunilla Hegardt, May Eriksson.

OKTOBER 30: HS 90 och folksjukdomarna. Från idé till praktik. Folkets Hus, Stockholm.
Arrangör: SFAM/DLF
(Förfrågningar: Gunvor Eriksson, 08-790 33 91.)

NOVEMBER 27-29 Riksstämman, Stockholm

DECEMBER

Konferens i Örebro 12-13 november 1985 om samverkan mellan primärvård, socialtjänst med flera

I Örebro pågår sedan några år ett forskningsprojekt vid Haga vård- och servicecentral om samverkan mellan primärvård och socialtjänst, det så kallade Hagaprojektet. Projektet leds från landstingets socialmedicinska avdelning, men drivs under gemensamt ansvar av Örebro läns landsting och Örebro kommun med stöd från Delegationen för social forskning.

I samband med att detta fleråriga forskningsarbete skall avslutas, avser vi att genomföra en konferens. Denna skall dels beskriva situationen både vad beträffar praktiskt arbete i samverkan och forskning inom området. Dels skall konferensen belysa vilka krav som 90-talet kommer att ställa på socialtjänst, primärvård och andra organ ifråga om samverkan på metoder och instrument att beskriva och utveckla densamma.

Följande områden kommer att illustreras:

- Allmänt om samverkan mellan olika organ.
- Barn och barnfamiljer.
- Äldre.
- Missbruksfrågor.
- Sektoriserad psykiatri.
- Rehabilitering.
- Medverkan i samhällsplaneringen.

Konferensen äger rum i Örebro 12-13 november 1985.

Örebro läns landsting, socialmedicinska avd, Gunilla Fahlström, telefon 019-15 30 51 alt 15 21 57.

*1 tablett
till natten
vid
akut cystit*

Wellcoprim 300mg

trimetoprim, ett antibakteriellt medel



Wellcome The Wellcome Foundation Ltd, Box 2118, 183 02 Täby, Tel 08-768 07 85

Mera om Balintgrupper

LENNART KAIJ

"En ofta missförstådd formulering av målet för Balintgrupperna är att de syftar till "a limited but definite change of the personality of the doctor".

Formuleringen är, som den står, onekligen provokativ. "Personlighet" skall emellertid preciseras till den professionella personligheten, den del av läkarens person, som vändes mot patienten och som utmejslats under utbildningen med sjukhusläkare som modell".

Med den tolkningen bör inte Balintarbetet te sig hotfullt, menar Lennart Kaij som också i den här artikeln tecknar ett utvecklingsperspektiv och beskriver innehåll och arbetsformer i Balint-grupper.

Nyckelord: Allmänläkare, medicinsk psykologi, fortbildning, Balintgrupp.

Under senare år har ordet "Balintgrupp" allt oftare hörts och synts och många har frågat sig var det egentligen står för.

Michel Balint var en engelsk psykoanalytiker, som 1951 startade vad som kom att kallas "research-cum-training seminars" för allmänläkare med patient-läkarrelationen som främsta fokus. Ett viktigt resultat av denna verksamhet blev boken "The Doctor, his Patient and the Illness" (1), som översatts till ett 10-tal språk bland annat till svenska. Denna bok ledde till att liknande seminarier startades på kontinenten, i USA och i Japan. Efter Balints död 1970 organiserades dessa verksamheter i en internationell "Balint Federation".

I Skandinavien har det gjorts flera försök att initiera Balintseminarier, men länge var försöken fruktlösa, kanske bland annat därför att det länge inte fanns särskilt många allmänläkare. I dag är situationen annorlunda och under 1980-talet har Balint-grupper startats på flera platser i Sverige och Finland.

Vad är en Balintgrupp?

Syftet är att det är ett antal (5–10) allmänläkare som regelbundet, under längre tid (ett par år) kommer samman för att diskutera varandras patienter med särskild inriktning på läkarens och patientens inbördes kommunikation och relation. Ofta kommer det att handla om svårbedömbara och svårhanterbara patienter. Eftersom ämnet huvudsakligen har psykologiska

aspekter, har det visat sig vara en fördel, att någon med särskild erfarenhet och kunskap om medicinsk-psykologiska frågor och om gruppdynamik deltar och har rollen som gruppleadare.

Eftersom Balint från början explicit och exklusivt vände sig till "General Practitioners" vilket i Sverige närmast motsvaras av allmänläkare kan det vara värt att försöka definiera vad som menas med en sådan.

En pessimistisk, negativ definition av allmänläkarens territorium är att det är all sjukvård, som andra specialister inte vill eller kan utöva.

En positiv definition har ofta formulerats, som regel i slitna men förvisso inte meningslösa honnörsord som "helhetssyn", "hela människans problem" med mera. Balint ställde begreppet "patient-centered medicine" i motsats till "illness-centered medicine". Ett av Balintgruppernas mål är att ge alla dessa ord ett meningsfullt innehåll.

Mål

Målen för Balintgruppernas verksamhet kan formuleras på många sätt – någon enkel, heltäckande formel finns inte.

1. Centralt är att läkaren blir mer medveten om hur det han gör och säger uppfattas av patienten och vilken effekt det har på henne. Lika centralt är naturligtvis att läkaren blir mera medveten om eller skicklig i att uppfatta vad patienten säger (och inte säger) både direkt med sina ord och indirekt till exempel med sina symptom.

2. En av Balints metaforer var "the drug doctor" – läkaren är med sin person ett av de mest verktsamma remedier medicinerna förfogar över. Denna "drug's" farmakokinetik och farmakodynamik är (eller rättare var på 50-talet) på det hela taget outforskad, dess biverkningar och komplikationer föga kända. Den första Balintgruppen började studera effekten av läkarkontakten i sig, den så kallade "placebo-effekten".

3. En ofta missförstådd formulering av målet för Balintgrupperna är att de syftar till "a limited but definite change of the personality of the doctor". Formuleringen är, som den står, onekligen provokativ. "Personlighet" skall emellertid preciseras till den professionella personligheten, den del av läkarens person, som vändes mot patienten och som utmejslats under utbildningen med sjukhusläkare som modell. Uttolkat på detta sätt kan citatet knappast vara mer provokativt än utbud om charmkurser av SAS-modell, vilket några landsting faktiskt erbjudit primärvårdspersonall. Den viktiga skillna-

den är att i Balintgruppen eftersträvar man att läkarens hållning till patienten blir törankrad i hans person och i hans yrkesroll.

4. På ytterligare ett plan är målet att läkaren skall upptäcka var han har sina psykologiska scotom, områden i livet eller fenomen hos patienter som han inte ser därför att han av en eller annan anledning inte vill se dem. Ofta handlar detta om litet mera svårgripbara företeelser än specialisternas välkända skygglappar och kräver därför mer omfattande "utredning och behandling".

5. Ju mindre scotom läkaren har dess mindre fragmenterad och mer begriplig blir hans totalbild av patienten och hans sjukdom och dess mindre frusterad, hjälplös, ängslig eller irriterad behöver läkaren känna sig inför patienter, vars sjukdomsbild inte stämmer med vare sig vetenskap eller beprövad erfarenhet. Arbetet på mottagningen blir mycket mindre slitsamt och risken att bli en desillusionerad, resignerad, "burned-out" läkare minskar. En engelsk allmänläkare med Balintgrupperfarenhet deklarerade att han ännu efter mer än 40 års verksamhet varje morgon gick till sin praktik med obruten entusiasm och nyfikenhet.

6. Detta i sin tur leder till att allmänläkaren stärkes i sin identitet som allmänläkare, den som mera är intresserad av och kan ta sig an den sjuka människan än själva sjukdomen (i den mån sjukdomen överhuvudtaget kan skiljas från människan).

7. Ur patientens synpunkt är naturligtvis målet en bättre vård, här i den bemärkelsen att läkaren genom att bättre förstå till exempel varför patienten inte kan sköta sin diabetes ordentligt, också kan bibringa patienten en del av förståelsen i hopp att hon kan förändra sin tillvaro så att den blir drägligare – vilket faktiskt går ibland.

Icke-mål

Det finns ett antal närliggande mål, som Balintgruppen inte strävar efter att uppnå.

1. Den strävar inte efter att bibringa allmänläkaren ökade psykiatriska kunskaper – detta hör hemma i den konventionella konsultationsverksamheten. När gruppleadaren är psykiater kan denna avgränsning vara svår och te sig krystad, men är icke desto mindre av avgörande betydelse – det är fråga om att stärka allmänläkarens identitet – inte att utbilda mini-psykiater. En av Balints viktigaste upptäckter var att specialistens arbetssätt inte är tillämpligt i allmänläkarens situation.

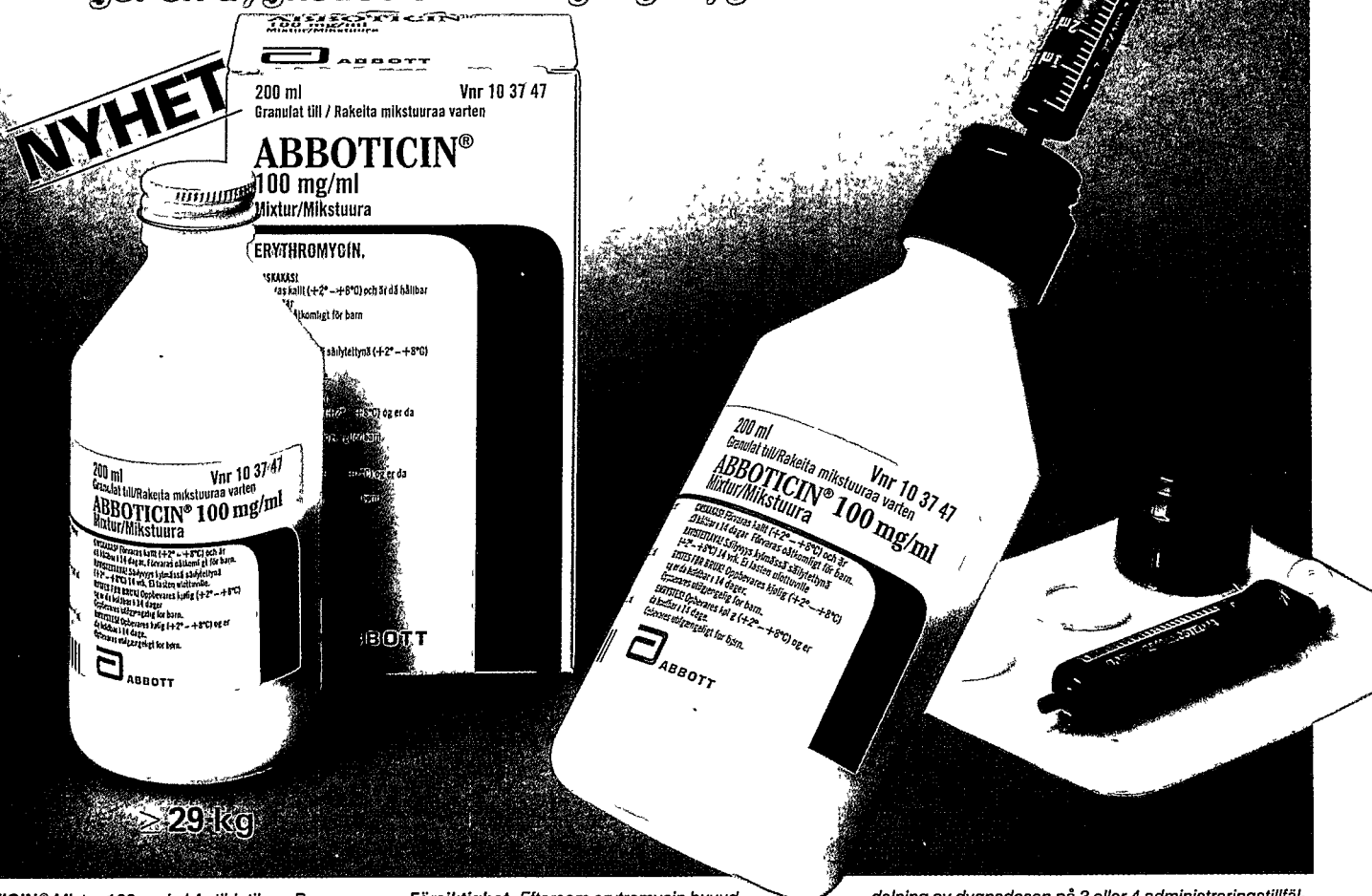
2. Den strävar inte efter att lösa interkollegiala eller personalmässiga konflikter på mottagningen. I den mån dessa konfliktlösningar skall göras i grupp får man se till att ha en särskild så kallad P-grupp. Att sedan läkaren genom ökad självkännedom och minskad stress kan uppnå samma mål som en spin-offeffekt av Balintgruppen är en annan sak.

3. Den strävar inte efter att hjälpa lä-



ABBOTICIN® mixtur 100 mg/ml (erytromycin)

ABBOTICIN® mixtur 100 mg/ml finns i förpackningar om 50, 100 ml och nu också 200 ml. I varje förpackning finns en doserare vilken möjliggör en exakt dosering. Kom bara ihåg: 0.5 ml/kg/dygn, fördelat på 2 doser, ger en dygnsdos om 50 mg/kg/dygn.



ABBOTICIN® Mixtur 100 mg/ml Antibiotikum B.
Deklaration. Granulat för beredning av 1 ml mixtur innehåller: Erytromycin, aethylsuccin. respond. erytromycin, 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 ordineras.
Erytromycinetylsuccinat är en ester av erytromycin och efter absorption sker hydrolys till fritt aktivt erytromycin. 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 erytromycin.

Försiktighet. Eftersom erytromycin huvudsakligen utsöndras via levern skall försiktighet iaktas vid administrering till patienter med nedsatt leverfunktion.
Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt g.
Erytromycin 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 erytromycin 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 Erytromycin.
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. Erytromycin-koncentrationen påverkas ej nämnvärt.
Förpackningar. Mixtur 100 mg/ml: 50 ml, 100 ml, 200 ml.

ABBOTT
SCANDINAVIA AB

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

karen att lösa hans personliga eller privata problem. Det är svårutrotlig föreställning bland neurotiska människor, inte minst inom sjukvården, att man kan lösa sina egna problem genom att ge sig i kast med andras, och man möter den också bland presumtiva Balintgruppdeltagare. Det är ofta behjärtansvärt att försöka hjälpa kollegor med problem, men det måste ske i andra former.

4. Av punkterna 2 och 3 framgår att Balintgruppen inte strävar efter de litet dunkla mål, som var aktuella för så kallade sensitivitetsträningsgrupper (det vill säga att "förhärda" deltagarna), som florerade på 70-talet. I själva verket är Balintgruppens mål diametralt motsatta: det är snarast fråga om att öka och selektivt utnyttja sin sensibilitet.

Förutsättningar

Förutsättningarna för en Balintgrupp är helt enkelt att det finns ett tillräckligt stort antal allmänläkare, som är motiverade till att avsätta den tid och den energi som behövs för att arbetet skall kunna genomföras. Som ovan nämnts har det visat sig vara en fördel att ha tillgång till en gruppleddare, som delar gruppens målsättning och som har erfarenhet av hur grupper fungerar och givetvis också insikter i allmänläkarens arbetsvillkor. Hittills har det huvudsakligen varit psykiater och psykologer, som fungerat som gruppleddare, men mycket talar för att idealet är om även gruppleddaren är allmänläkare.

Däremot finns det mycket, som talar emot att det skulle gå särskilt bra om verksamheten komme till stånd uteslutande eller huvudsakligen efter dekret från allmänläkarens medicinska eller administrativa överordnade.

Metod

En beskrivning av metodiken kan inte göras kortfattat, bland annat därför att metoderna måste anpassas efter de deltagande allmänläkarnas behov, som kan vara högst varierande. Dock gäller några grundläggande principer.

1) Alla deltagare måste vara aktiva, det vill säga vara beredda att presentera fall och delta i diskussionen.

2) Undervisningen är enbart klinisk, utgående från det presenterade materialet, aldrig föreläsningar, litteraturseminarier etc.

3) Allmänläkarna själva belyser sin kollegas situation utifrån sina egna erfarenheter av allmänläkarens arbetssituation.

4) Gruppleddarens funktion är främst att se till att diskussionen håller sig till ämnet. Detta kan förefalla enkelt, men i själva verket är en arbetsgrupps tendens att fly från ämnet, söka efter mirakellösningar eller vänta på en "frälsare" när den står inför svårlosta problem utomordentligt stark. Gruppleddaren kan vidare bidra med sammanfattningar eller väcka nya frågor eller "vinklar" på problemet. Däremot skall

han aldrig komma med lösningar eller förslag till lösning (2).

5) Den enskilde läkaren har naturligtvis alltid ansvaret för sitt handlande inför patienten – gruppen ger honom uppslag, väcker tankar, hjälper honom att se.

6) Det är viktigt att gruppleddaren har teoretisk skolning (förutom erfarenhet) men det förefaller vara mest fördelaktigt om gruppens arbete initialt innehåller ett minimum av teori. Det centrala är ju att det är *allmänläkarens* psykologiska förmåga, som skall aktiveras – inte Freuds, Balints eller gruppleddarens.

Resultat

Effekten av att delta i Balintgrupp är i princip otillgänglig för mätning. Liksom den mesta utvärdering av pedagogik kan endast mycket ytliga indikatorer systematiskt studeras på ett meningsfullt sätt. Naturligtvis kan deltagarnas subjektiva värderingar insamlas systematiskt, men det har hittills varit överflödigt: ingen engelsk allmänläkare lämnar på egen bekostnad sin mottagning 2 timmar i veckan under minst två år om han inte får ut något väsentligt ur verksamheten. Det samma gäller troligen för en svensk allmänläkare. De försök till systematisk utvärdering som gjorts har utfallit till Balintgruppens fördel, men är i själva verket ganska meningslösa – *om inte allmänläkaren känner behov av verksamheten eller inte får detta behov tillgodosett fyller Balintgruppen inte någon funktion för honom*. Konstigare är det inte.

De allmänläkare som är tillfreds med Balintgruppen anför i första hand en betydligt ökat säkerhet inför snart sagt alla slags patienter och problem som viktigaste resultat. De menar att deras arbete flyter lättare, de känner mindre ofta olust eller leda inför patienter – inte bara "psykosomatiska" patienter utan även andra, som på olika sätt kan ha upplevt som påfrestande. En vanligt återkommande kommentar är att allmänläkaren tycker sig utfärda färre remisser och skriva mindre antal recept än tidigare. Här finns naturligtvis ett fält för systematiska undersökningar.

Balintgrupper i Sverige

Under de senaste åren har intresset för Balintgrupper ökat också här. För att fånga upp detta intresse ordnades i maj 1983 en första så kallad work-shop med ett 40-tal gruppleddare och allmänläkare i Malmö (3) och den följdes av ytterligare två i Umeå (4, 5) och Stockholm. Sammanlagt har ett 100-tal allmänläkare och gruppleddare deltagit i dessa work-shops. I april 1985 träffades ett antal gruppleddare separat i Skanör för att dryfta gemensamma angelägenheter.

Tidigt uppstod frågan om en särskild Balintförening i likhet med vad som finns i många andra länder. Så småningom kom man emellertid fram till

att be Svenska föreningen för medicinsk psykologi att ta sig an de Balintintresserades angelägenheter eftersom man därigenom fick en färdig anknytning till Svenska Läkarsällskapet och hjälp av ett befintligt kansli. Vid sitt årsmöte i januari 1985 beslöt föreningen för medicinsk psykologi att bilda en särskild Balintsektion, öppen för såväl allmänläkare som gruppleddare och med en särskild representation i styrelsen. Som Balintrepresentant valdes distriktsläkaren Conny Svensson i Nacka.

Genom föreningens Balintsektion kan information om Balintgrupper av olika slag förmedlas, kontakter mellan intresserade gruppleddare och allmänläkare, tips om kurser, möten och litteratur. Icke minst har man genom föreningen kontakt med den internationella Balintfederationen. Allmänläkare med intresse för Balintgrupp kan anmäla sig som medlem till föreningen och påräkna hjälp och råd till exempel om hur man kan gå tillväga för att starta en Balintgrupp. Enklast är det att sätta in medlemsavgiften 60 kr på pg 651450-9 och skriva på talongen att man vill ha kontakt i Balintfrågor.

Litteratur:

1. Balint M, The Doctor, his Patient and the Illness. Pitman Medical Publications, London, 1973. Svensk översättning: Läkaren, patienten och sjukdomen. Studentlitteratur, Lund.

2. Karlberg L, Lybeck I, Sjöström H: Hur arbetar man i en Balintgrupp? Nytt från UAM 1985;6. 46-49.

3. Charpentier H, Sjöström H, Willén G: Balintgrupp – en väg för att ge patienterna mer effektiv och adekvat hjälp. Läkartidningen 1984;81, 1809.

4. Mattsson B, Balintverksamhet i Sverige. Några glimtar från det II:a svenska Balintmötet, Holmsund, Umeå, februari 1984. Observanda Medica Ferrosan 1984;3, 71-73.

5. Mattson B, Kongressrapport II:a svenska Balintmötet Umeå, februari 1984. Allmän-Medicin 1985;6, 84.

Författare:

Lennart Kaij,* professor, överläkare.

*Postadress: Psykiatriska kliniken,
Malmö Allmänna sjukhus
214 01 Malmö

Irritabel colon

– en litteraturgenomgång

MALIN ANDRÉ

En undersökning om säkerheten vid diagnosen irritabel colon var utgångspunkt för denna litteraturgenomgång. I artikeln diskuteras uppgifter angående prevalens, tänkbar patogenes, symtom, diagnos och behandling. Ett förslag till utredningsgång presenteras.

Nyckelord: Irritabel colon, psykosomatiska sjukdomar, översiktsartikel.

BAKGRUND

En artikel i BMJ om säkerheten vid diagnosen irritabel colon (1) blev utgångspunkt för en diskussion angående omhändertagande av dessa patienter. Vi upplevde oss sakna diagnostisk kunskap, ha vaga riktlinjer för utredning samt föga begrepp avseende problemets omfattning bland våra patienter och ute i befolkningen. Detta var utgångspunkten för denna litteraturgenomgång.

DEFINITION

Irritabel colon (IC) benämns i engelskspråkig litteratur vanligast "irritable bowel syndrome" (IBS) (1). Man understryker därmed att även andra delar av magtarmkanalen än colon kan vara engagerade.

Irritabel colon är en uteslutningsdiagnos utan patognomona fynd. De diagnostiska kriterierna för IC varierar mellan olika författare. Syndromet karaktäriseras av subjektiva symtom, som är långdragna eller kroniska samt av att hållpunkter för organisk sjukdom utesluts. Beroende på skiftande diagnoskriterier är de olika refererade patientpopulationerna ej helt jämförbara.

PREVALENS

I enkätstudier av frisk befolkning har 15–20 procent uppgivits ha symtom som överensstämmer med IC (2, 3). Endast 20–40 procent av dessa sökte läkare för besvären. I skandinavisk primärvård utgör IC endast 1 procent av ställda diagnoser, medan hela gruppen digestionskanalens sjukdomar utgör 3–8 procent av satta diagnoser (4, 5, 6). Från Storbritannien rapporterar däremot dr John Fry att 20 procent av hans patienter under ett år söker för digestionskanalens sjukdomar och att 1/4 av dessa har funktionella tarmbesvär (7).

I patientklientelet hos svenska allmänläkare tycks det alltså vara relativt

få patienter som erhåller diagnosen IC. Detta kan spegla den "verkliga" förekomsten av IC men det förefaller troligare att diagnos ställs först när tarmbesvären föranlett besöket eller lett till diagnostisk eller terapeutisk åtgärd. På gastroenterologiska specialistmottagningar är däremot IC den kvantitativt dominerande diagnosen och svarar i engelska och amerikanska undersökningar för hälften av ställda diagnoser (8, 9). Det är också gastroenterologer som svarar för de allra flesta undersökningar som kommer att refereras här.

PATOGENES

Patogenes till IC är i huvudsak okänd. Flera mekanismer har diskuterats.

Motorik

Abnorm colonmotorik ses hos patienter med uttalad obstipation eller diarré. Den är dock ej specifik för IC (10). Patienter med postprandiell smärta och uppblåsthet har visats ha ökat trycksvär i sigmoideum (11). En generellt ökad smärtekänslighet för colontryck har ej kunnat säkerställas (10). Något säkert samband mellan IC och colondivertikulos har ej kunnat påvisas (11).

Myoelektrisk aktivitet

Den myoelektriska aktiviteten i glatt muskulatur i rectum och sigmoideum är av två typer, snabb och långsam. Flera undersökningar har visat att den långsamma aktiviteten, 3 cykler/sek, är ökad vid IC, men inte heller här är resultaten entydiga (10, 11, 12).

Kost

Brist på fibrer kan vara en bidragande orsak men har ej visats vara den bakomliggande orsaken till IC (10, 11, 13). Födoämnesintolerans har diskuterats med stöd av en undersökning på 21 patienter, där höjda prostaglandinnivåer rektalt efter intag av symptomframkallande ämnen påvisats (14). Laktosintolerans förekommer ej i ökad omfattning vid IC (11).

Läkemedel

Vissa läkemedel tycks kunna bidra till uppkomsten av IC. Detta är ju välkänt för antacida, där magnesiumsalter har en laxerande effekt och aluminiumsalter en obstiperande verkan (11, 15). Betablockerare ökar tarmperistaltiken och kan ge diarrétendens. Även antibiotika sägs kunna utlösa IC (10).

Psykologisk orsak

Att emotionell stress kan utlösa symtom från magtarmkanalen måste ses

som ett normalt fysiologiskt svar. I detta avseende har IC-patienterna ej visat sig ha någon avvikande reaktion (10). Många undersökningar har dock visat ökad förekomst av psykiska besvär och psykiska sjukdomar vid IC (16, 17, 18). IC-patienterna lider oftare av depressivitet, oro och neurasteni än kontrollmaterial. Dr Gerhard Dotevall menar att 90 procent av IC-patienterna har sådana psykiska besvär (16). Flera författare menar att IC därför bör betraktas – och behandlas, som en psykosomatisk sjukdom (16, 18).

Det bör dock påpekas att dessa resultat erhållits från selekterade patientgrupper, de 20–40 procent som söker läkare för sina symtom. Den kliniska relevansen av den påvisade psykiska störningen är dessutom för allmänläkaren ofta svårtolkad.

För att söka förstå vad som driver vissa personer med symtom på IC att söka vård har enkätundersökningar i befolkningen utförts. De som söker förklaras ha ett "kroniskt sjukdomsbeetende". De har fler somatiska klagomål och söker oftare för "minor complaints" än kontrollpatienter (19, 20).

NATURALHISTORIA

Naturalhistorian för IC är föga dokumenterad. Debuten kan ske från tonår till 60 års ålder (12, 21). Tillståndet drabbar båda könen i samma omfattning (2) men fler kvinnor söker gastroenterologen. Förloppet är kroniskt med återkommande perioder med besvär (12, 22).

SYMPTOM

Förekomst, fördelning och typ av symtom avgörs naturligtvis av vilka kriterier som används för diagnos. Buksmärtor och/eller avföringsrubbnings är de vanligast angivna symtomen (10, 11, 12).

Smärtorna beskrivs som såväl periodiskt återkommande som kontinuerliga eller med intervallkaraktär. De lokaliseras vanligen till nedre delen av buken men uppges kunna förekomma i hela buken, nedre delen av torax, rygg, skuldra eller perineum (10, 11, 12, 16, 21). Epigastralgi rapporteras vara vanliga (10, 16). Dessa minskar på antacida (16). Ofta ger tarmtömning smärtfrihet (10, 11). Smärtorna är sällan så svåra att patienten hindras i arbete eller att nattsömn störs (22, 12).

Avföringsrubbningsarna kan yttra sig antingen som enbart diarré eller förstoppning eller ömväxlande diarré

och förstoppning. Vid förstoppning beskrivs feces ofta som hårda små kulor. Diarré kan förekomma företrädesvis på morgonen. Hastigt påkommen trängning till avföring anges som vanligt förekommande. Däremot förklaras ej inkontinens av IC (10, 11, 12, 16, 21).

Avgång av *slem* kan förekomma vid IC och tillmättes tidigare diagnostisk betydelse (10, 11, 21).

Känsla av *ofullständig tarmtömning* uppges relativt vanligt vid IC (24).

Patienten klagar dessutom av *uppbälstheth* i buken, "bullen" i magen, rapningar samt ökad flatulens (10, 11, 16, 27).

IC-patienten rapporteras dessutom ofta ha symtom från övre magtarmkanalen med *globuskänsla*, *dyspepsi* ibland med *kräkningar* (10, 11, 16).

Huvudvärk anges vanligt förekommande liksom *psykiska besvär* som tidigare diskuterats (10).

Symtomen är långdragna och ofta periodiskt återkommande (12).

UNDERSÖKNINGSFYND

Den typiske IC-patienten är opåverkad, välnärd med oförändrad vikt. Colon, framför allt sigmoideum, kan ibland palperas kontraherad och ömmande. Rektoskopiundersökning är normal fränsett ibland förekomst av *slem*. Vid luftinblåsning kan patientens smärta ibland reproduceras. Patientens smärta är afebril. Laboratorieutredning är normal. Röntgenundersökning av colon liksom coloskopi är normala (10, 11, 12).

DIAGNOS

För att sätta diagnosen IC skall hållpunkter för organisk sjukdom uteslutas. Varje patient med symtom som vid IC måste därför genomgå noggrann anamnestisk och fysikalisk undersökning inkluderande viss laboriemässig undersökning, rektoskopi samt ofta även röntgen.

Den viktigaste differentialdiagnosen är somatisk sjukdom i magtarmkanalen, i första hand, gastrit, ulcus, colit och cancer (10, 11, 12). Även gynekologisk sjukdom kan debutera med symtom som IC (23). Möjligheten av tyreo-tóxicos (1) samt coeliaki (12, 25) bör även beaktas.

Två studier har försökt värdera den diagnostiska betydelsen av anamnesen vid IC. Detta har utförts för att försöka finna positiva kriterier för diagnos och samtidigt kunna minimera den fortsatta utredningen.

I en prospektiv undersökning med 1-2 års uppföljning fann man följande fyra symtom vara särskilt vanliga vid IC: Lös och/eller frekvent avföring vid debut av smärta, smärtlindring vid avföring och uppbälstheth (24). Ju fler av dessa symtom som förekom samtidigt desto större var sannolikheten för IC-diagnos. Om patienten förutom ovan nämnda symtom besvärades av avgång av *slem* och känsla av ofullständig tarmtömning var det mycket osannolikt att organisk sjukdom förorsakade

besvären. Ovan nämnda symtom tycks väl diskriminera ulcus pepticum men däremot ej inflammatorisk tarmsjukdom (26).

I en studie har säkerheten av diagnosen IC grundad på anamnes, status, colonröntgen, rektoskopi samt labutredning utvärderats. Efter 6 år undersöktes 91 patienter retrospektivt. Diagnosen ändrades för 4 patienter, där 2 visade sig ha thyreoideadysfunktion, 1 utvecklade efter flera år dyspepsi och visade sig ha ventrikululcus och hos 1 patient diagnostiserades en jejunumdivertikel. Man konkluderar i undersökningen att IC är en tillförlitlig diagnos med de diagnoskriterier och undersökningsmetoder som använts (1).

Med ledning av bland annat dessa erfarenheter har flera författare föreslagit följande utredningsgång: För patienter under 40 år är förutom noggrann anamnes och klinisk undersökning utredning med rektoskopi, Hb, SR, LPK, F-Hb tillfyllest. För patienter över 40 år rekommenderas förutom utredning enligt ovan dubbelkontrast-röntgen av colon eller coloskopi (1, 8, 11, 27). Vid oförändrade symtom krävs ej förnyad utredning (11).

Min slutsats är att denna rekommendation kan accepteras som riktlinje vid en första undersökning om besvären varit mångåriga och i huvudsak konstanta. Har durationen varit tämligen kort eller besvären ändrat karaktär bör utredningen drivas längre, i första hand med colonröntgen.

BEHANDLING

1/3 av IC-patienterna förbättras av placebo. Ingen aktiv medikation är bättre för dessa patienter. Fibrer medför ökad avföringsvikt och minskat tryck i colon. Det tycks ha effekt på patienter med förstoppning. Antikolinergika kan ha effekt på patienter med postprandiell smärta (10, 11, 28). Effekten av dimeticon, som är ett ofta använt preparat för dessa patienter, är ej studerad vid IC (28).

I Göteborg har försök med psykoterapeutisk behandling (10 timmar under 3 mån) utförts på en grupp patienter med IC. Efter 3 månader fann man signifikant förbättring jämfört med en kontrollgrupp som enbart fått medicinsk behandling. Skillnaden i förbättring gentemot kontrollgruppen blev alltmer uttalad efter ett år (29). Goda resultat har också rapporterats med hypnoterapi (17).

Eftersom det endast är en mindre del av personer med symtom som vid IC som söker läkare, måste det för dessa vara viktigt att försöka ta reda på vad som orsakat patientens aktuella konsultation. Det kan vara rädsla för allvarlig sjukdom eller ökade besvär i samband med ökad yttre påfrestning. Ett klarläggande av sådana samband kan ofta medföra betydande förbättring (10, 11, 22).

SAMMANFATTNING

IC är en vanlig sjukdom. 20 procent av

befolkningen uppger sådana symtom. Knappt hälften av dessa söker vård för besvären. I allmänläkarens patientklientel är bara 1 procent av diagnoserna IC medan de utgör mycket stor del av patienterna på gastroenterologmottagning. Tillståndet är långvarigt. Risker med undersökningar och behandling bör ej överstiga riskerna med sjukdomen. Ett förslag till utredningsgång i primärvård presenteras i artikeln. Ingen farmakologisk behandling är bättre än placebo. Psykoterapeutisk behandling har resulterat i kvarstående minskade symtom.

Referenslista:

1. Holmes KM, Salter RH: Irritable bowel syndrome - a safe diagnosis? BMJ 1982;285: 1533-4.
2. Thompson W, Heaton KW: Functional bowel disorders in apparently healthy people. Gastroenterology 1980;79: 283-8.
3. Drossman DA, Sandler SR, Mc Kee, Lovitz AJ: Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. Gastroenterology 1982; Sep 83 (3): 529-34.
4. Ejlertsson G: Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Thesis Lund 1981, s 119.
5. Opulerade data. Diagnosregistrering i Hofors Hälsocentral.
6. Kristensen P, Johannesen T, Sandbakken P et al: Gastroenterology in general practice. Sc Journal of Gastroenterology 1983; suppl 86: s 41.
7. Fry T: Common diseases 2:a uppl. Exeter: MTP Press Limited 1979: 217-31.
8. Harvey RF, Salik SY, Read AG: Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients. Lancet Mar 19 1983: 632-4.
9. Ferguson A, Sircus W, Eastwood M: Frequency of "functional" gastrointestinal disorders. Lancet 1977;2: 613-4.
10. Murney RG, Winship OH: The irritable colon syndrome. Clinics in gastroenterology Sept 1982;11: 3, s 563-92.
11. Thompson WG: The irritable bowel. Gut 1984;Mar 25(3): 305-20.
12. Phillips S: Irritable bowel syndrom. Jn: Cecil Textbook of medicine (eds Wyngaarden J, Smith L) 16 ed WB Saunders company 1982: 669-70.
13. Hillman LC, Stace NH, Fischer A, Poman EQ: Dietary intakes and store characteristics of patients with the irritable bowel syndrome. Am J Clin Nutr 1982; Okt 36(4): 626-9.
14. Jones VA, Mc Laughlan P, Shorthouse M, Workman E, Hunter JC: Food intolerance - a major factor in the pathogenesis of irritable bowel syndrome. Lancet 1982: Nov 20:2 (8308): 1115-7.
15. Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation. Dec 1969, 3:1.
16. Dotevall G, Svedlund J, Sjödin I: Symptoms in irritable bowel syndrome. SC J Gastroentr 1982;79: 16-19.
17. Irritable mind or an irritable bowel. Lancet Dec 1984: 1949-50.
18. Alasdair J Macdonald, Boudrier J: Non organic Gastrointestinal illness: A medical and psychiatric study. Brit J Psychiat 1980;136: 276-83.
19. Whitehead WE et al: Learned illness behavior in patients with irritable bowel

Kommentar till en kommentar till Multicenterstudie

I AllmänMedicin 5/1984, presenterades en ekvipotensstudie med sotalol vid hypertoni, vari sotalols antiarytmiska klass III-effekt i förbigående nämndes. I en kommentar till artikeln menar Peter Rosenberg, att "den antiarytmiska egenskapen hos substansen är mest av teoretiskt värde och ett försäljningsargument snarare än till praktisk nytta". Huruvida denna uppfattning baserar sig på egen praktisk erfarenhet av preparatet framgår ej.

Sotalol är först och främst en betablockerare att användas vid vanliga betablockerarindikationer som hypertoni, angina pectoris och de supraventrikulära och ventrikulära arytmier, som uppträder i samband med ökad sympaticustonus.

Därutöver är sotalol ett klass III antiarytmikum, det enda i Sverige tillgängliga utöver det mycket effektiva licenspreparatet amiodarone (Cordarone). Klass III-effekten innebär att refraktärtiden och repolarisationstiden förlängs, och kan för ögat ses i form av en måttlig QT-tidsförlängning i ett van-

syndrome and peptic ulcer. Dig Dis Sci 1982 Mar;27 (3): 202-8.

20. Sandler R et al: Symptom complaints and health care seeking behaviour in subjects with bowel dysfunction. Gastroenterology 1984;87: 314-8.

21. Chaudhary NA et al: The irritable colon syndrome. Quarterly Journal of Medicine 31, 1962: 307-22.

22. Waller S, Misiewicz JJ: Prognosis in the irritable bowel syndrome. Lancet 1969 Oct: 753-56.

23. Peppercorn MA: Gynecologic disorders presenting as irritable bowel syndrome. Gastroenterology 1981;80: 250.

24. Manning et al: Toward positive diagnosis of the irritable bowel. BMJ 1978 Sep: 653-4.

25. Eriksson S: Colon irritable - bör begreppet revideras? LT 1982 (79) 35: 2959-60.

26. Thompson WG: Gastrointestinal symptoms in the irritable bowel compared with peptic ulcer and inflammatory bowel disease. Gut 1984;25: 1089-92.

27. Thompson WG, Heaton FW: Gastroenterology 1980;79: 633-34.

28. Dotevall G: Treatment of irritable bowel syndrome. Sc J Gastroenterology 1982;79: 124-29.

29. Svedlund J: Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. Lancet 1983 Sep: 589-91.

Författare:

Malin André*, distriktsläkare, Hofors hälsocentral.

*Postadress: Centralgatan 14,
813 00 Hofors

ligt EKG. Den frekvenskorrigerade QT-tiden, QTc, kan vara normal eller något ökad.

Preparat med klass III-effekten har visat sig särskilt värdefulla vid arytmier betingade av elektrisk återkoppling (reentry), dit arytmier som förmaxfladder, paroxysmala supraventrikulära tachycardier (både AV-nodala och vid WPW-syndrom) och paroxysmala kammartachycardier/kammarflimmer. Särskilt vid de senare har sotalol vid såväl akut som kronisk profylaktisk behandling visat sig mera effektivt än konventionella betablockerare.

Även vid symptomatisk ventrikulär arytmia av lindrigare, men potentiellt allvarlig, grad, som hopade och multifokala ventrikulära extraslag, R/T fenomen och korta kammartachycardiattacker, har sotalol i upprepade undersökningar visat sig effektivt och adekvata jämförelser har gjorts utöver mot placebo, även mot andra betablockerare som metoprolol och nadolol, och väldokumenterade antiarytmika som prokainamid, flecainid, och propafenon.

Kontraindikationer och bieffekter av sotalol skiljer sig ej från övriga betablockerare. De flesta effektiva antiarytmika kan undantagsvis vara arytmogena. Hypokalemi bör undvikas, till exempel vid diuretikabehandling och försiktighet iakttagas vid mera uttalad QT-tidsförlängning (QTc <0,55), då enstaka fall av kammartachycardi uppträtt vid kombinationen sotalol, hypokalemi och uttalat förlängd QT-tid.

Sammanfattningsvis är sotalol såväl en betablockerare som ett effektivt antiarytmikum, väl lämpat även för arytmibehandling i öppen vård.

Nils Edvardsson

Docent, Kardiologsektionen,
Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

Kommentar till Magnus Erikssons

"Att veta vad man skall mäta"

Magnus Eriksson har gjort en del reflektioner över vår artikel "Att mäta primärvård - problem och möjligheter" (2/85). Vi vill försöka besvara och bemöta några av de frågor och argument som han tar upp.

1). Eriksson ifrågasätter vår utgångspunkt. Han menar att det inte är en paradox att produktiviteten inom primärvården nästan har halverats, samtidigt som utbyggnaden har varit påfallande. Eriksson menar att "produktionsbortfallet" är medvetet och eftersträvarsvärt, det uttrycker primärvårdens framgång i att bedriva såväl sjukvård, hälsovård som preventivt arbete. Sjukvårdspolitik och administratörer är emellertid intresserade av att ha något mått på vad primärvården presterar och i brist på annat använder man fortfarande antalet besök per läkare per år som produktivitetmått.

För dessa framstår de färre besöken som en paradox, medan allmänläkaren med sitt perspektiv ser det på ett annat sätt.

2. Vår artikel "Att mäta primärvård - problem och möjligheter" består egentligen av två olika delar. Den första delen tar upp produktivitetmåttet och är primärt adresserad till dem för vilka produktivitetens utvecklingen framstår som paradoxal. Den andra delen är en biprodukt av den första och den ger anledning till en helt annan typ av diskussion. Denna diskussion är primärt adresserad till allmänläkare.

3. Eriksson känner trötthet inför diskussionen kring primärvårdens produktivitet uttryckt i läkarbesök per tidsenhet. Han menar att det är pseudoproblematik, som det är tämligen fruktlöst att ägna sig åt.

I forskningsgruppen fanns också en viss vanda att acceptera "motståndarens" premisser, det vill säga att acceptera paradoxen som utgångspunkt och produktiviteten (antal besök per läkare per år) som mått. När vi sedan valde att genomföra studien, så gick vi emellertid helhjärtat inför den. Vi resonerade som så, att om man önskar mäta primärvårdens insatser i *kvantitativa* storheter, så ska vi (tanke)experimentellt försöka driva kvantifieringen så långt som det någonsin kan gå.

4. Vi var eniga om att genomföra undersökningen som *aktionsforskning*. Aktionsforskningens primära syfte är att peka på problem, inte att lösa dem. Den forskningen sätter ofta upp sina egna metodologiska villkor och förutsättningar och kan tillåta att traditionellt stränga krav på vetenskaplighet sättes inom parentes. Trots detta försökte vi i vår undersökning att leva upp till en viss form av objektivitet genom att öppet redovisa våra förutsättningar och antaganden. Även i mer pretentiösa vetenskapliga undersökningar är ofta dessa storheter underförstådda och stillatigande.

5. Eriksson menar att vi inte har några *bevis* för våra förutsättningar. Vi borde kalla dem för påståenden eller eventuellt hypoteser. Eftersom vi utgår från antaganden och förutsättningar som inte är tillgängliga för empirisk verifiering eller falcifiering, så är det omöjligt med en ytterligare precisering. När Eriksson menar att vi inte har några bevis för våra antaganden så måste det bero på att han inte godtar rationella skäl utan enbart accepterar empirisk dokumentation. All vetenskap innehåller emellertid icke-empiriska (=) rationella element, till exempel meningen "empirismen är den enda giltiga vägen till kunskap" är en mening av icke-empirisk natur.

Vi är helt medvetna om att just förutsättningen "att patienter tidigare hos provinsialläkaren enbart tog upp ett problem" är vår statistiska akilleshäla som försvårar en jämförelse med aktuella förhållanden. De rationella skäl som låg till grund för vårt antagande

var enligt vår mening så pass hållbara att de i alla fall inte skulle hindra oss från att genomföra experimentet. Den sista delen av undersökningen är ju dessutom helt oberoende av detta antagande.

6. Eriksson ifrågasätter det för oss okontroversiella antagandet att en patient inte tar kontakt med sjukvården på grund av problem som han inte har. Eriksson tolkar detta som att kontaktorsaken är identisk med det problem patienten tar upp medan det i själva verket är något dolt som är det *egentliga* problemet. Allmänläkarens kompetens ligger i att kunna identifiera dessa verkliga eller egentliga problem. I detta kan vi verkligen vara eniga. Att formulera vari denna kompetens består hör till ett av de mer angelägna områdena inom allmänmedicinen.

7. All praktik som har vetenskapliga pretentioner måste ha teoretiska förutsättningar. Allmänmedicinen är i en huvudsak praktisk disciplin med ännu ganska oklart teoretiskt innehåll. Om man enbart ägnar sig åt praktiken, så är det stor risk för att man hamnar i den typ av frustationer inför sitt arbete, som Eriksson ger uttryck för i slutet av sitt inlägg.

Man talar om allmänmedicinen som en specialitet med ett eget unikt kunskapsområde. Detta förblir ett påstående så länge man inte vetenskapligt kan precisera vari det speciella består. Man kan tala om allmänmedicinen som ett kunskapsområde först när man utvecklat en teoretisk ram, där man kan beskriva, förklara och förstå de speciella fenomen, som allmänmedicinaren möter.

Oberoende av hur "ovetenskapligt" Eriksson menar vår undersökning är, så ger experimentet i sig som biprodukt någr extraordinära fynd. Dessa fynd menar vi kan bilda *utgångspunkt* för en teoretisk diskussion av det unika i allmänmedicinsk vetenskap. Det var dessa fynd och denna utgångspunkt som vi tyckte var värda att redovisa.

Niels Lynöe

Institutionen för allmänmedicin
Umeå universitet

Bengt Mattsson

Institutionen för allmänmedicin
Umeå universitet

130 1 076

Finns Allmänmedicin?

Kommentar till kommentar

Det är med stort intresse jag har tagit del av er kommentar. I er artikel nr 2/85 av AllmänMedicin fick jag uppfattningen att ni främst var ute för att få fram någon form av produktionsmått, - enligt mitt förmenande på felaktiga premisser. I ert senaste inlägg får jag intrycket att ert egentliga syfte är att försöka analysera allmänmedicinens verksamhet.

Men även med den målsättningen, så vill jag återkomma med ett par avslutande synpunkter.

Först och främst nämner ni i artikeln min "risk att hamna i frustationer". Till det vill jag bara säga att risken av att vara otillfredsställd är den främsta drivkraften för min nyfikenhet, mitt funderande och ork till utveckling. Någon risk måste man ta här i livet och denna tar jag gärna.

Inledningsvis nämner ni att jag i min artikel skulle ha hävdad att "produk-

bortfallet" är medvetet och ingen paradox. Det har jag inte påstått utan jag menar enbart att *det minskade antalet läkarbesök* inte är någon paradox. Produktiviteten har jag inte berört. Se min artikel AllmänMedicin nr 4/85.

När det gäller era antaganden och hypoteser så håller ni med om att en achilleshäl är er förutsättning att distriktsläkare tidigare bara tog upp ett problem.

Jag anser fortfarande att ni har en achilleshäl även på den andra foten. Detta främst genom er förutsättning att man aldrig tar upp problem som man inte har. På det sätt som ni har beskrivit er metod för registrering av problem, så tycker jag inte att ni beskriver att ni registrerar problem, utan istället vad jag skulle vilja benämna "legitima kontaktorsaker för patienter". Jag tror att det är viktigt att här skilja på patienternas egentliga problem och dessa "legitima kontaktorsaker". Med det senare avser jag att ni själva har definierat "problem" som något organspecifikt, det vill säga något som skulle kunna omhändertagas av en organspecialist.

Naturligtvis kontaktar ingen patient sjukvården om han inte har ett problem. Enligt min uppfattning är det emellertid förvånansvärt ofta bara ett problem fast det från början ofta kan se ut som tio. Det ligger därför i själva ert förfaringsätt att mäta organproblem en risk att man helt förbiser de egentliga patientproblemen.

Det har varit stimulerande med er artikel som fått mig att tänka trots riskerna och frustande av otillfredsställelse (frustrerad) frågar jag mig: "Vad är allmänmedicin?"

Magnus Eriksson

Luna vårdcentral, Nyg 16,
15133 Södertälje

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.

Parkinsonism idag: Etiologi och terapi

ANDERS ÖVERBY

Fakta som talar mot övervägande ärftliga och åldersbetingade orsaker till Parkinsons sjukdom redovisas. Den eventuella skyddseffekten av tobak tas upp liksom olika toxiners roll i patogenesen. Stora svängningar i symtomen, så kallad on-off, kan bero på interaktion mellan levodopa och samtidigt födointag. Dessutom diskuteras argumenten för och mot terapipauser med levodopa liksom om behandlingen bör ske tidigt eller sent i sjukdomsförloppet. Dopaminagonisternas roll i terapin behandlas. Författaren redovisar slutligen egna terapiprinciper.

Nyckelord: Parkinson, levodopa, bromocriptin, toxiner, åldrande, tobak, dopamin.

Inledning

Parkinsons sjukdom är en tämligen vanlig diagnos i allmänläkarvård. Sjukdomen kan medföra en mycket besvärande invaliditet med stora krav på hjälp från omgivningen. Tillståndet är dock inte föremål för samma spektakulära uppmärksamhet som till exempel hjärt-kärlsjukdomar eller sockersjuka. Särskilt bland patienterna på ålderdomshem finner man många Parkinsonsjuka. En hel del har haft sjukdomen i flera år och börjar nu uppvisa on-off-symtom och dyskinesier. Vissa individer är deprimerade, andra är dementa. Sjukgymnastik och arbetsterapi är väsentliga ingredienser i Parkinsonbehandlingen men som medicinskt ansvarig ställer man sig en del frågor: Vad är orsaken till att bara en del äldre drabbas av Parkinson? Är några av symtomen iatrogen förforsakade? Skall behandling ske tidigt eller sent i sjukdomsförloppet? Kan man hoppas på nyare och effektivare/enklare behandlingar? En genomgång av aktuella artiklar ger en del svar på dessa frågor.

Etiologi

Ärftlighet. Svensken Henry Mjönes publicerade 1949 den första större studien över ärftligheten vid parkinsonism (1). Den anses ha haft stort inflytande på samtida neurologer. Han konkluderade bland annat att parafas agitans ärvdes som autosomalt dominant sjukdom med 60 procent penetrans. En amerikansk forskare har

senare räknat om Mjönes data (och då bland annat ej tagit med de patienter som enbart hade tremor) och fann ingen ansamling av Parkinsons sjukdom i vissa släkter (2).

Denne forskare anser att genetiska faktorer spelar en viss roll i några former av parkinsonism men dessa utgör bara en liten grupp av de människor som uppvisar Parkinson-syndromet. Han anser att Parkinsons sjukdom med största sannolikhet är en förvärvad sjukdom.

Två fransk-kanadensare har presenterat uppgifter som talar för att vissa former av parkinsonism är genetiskt betingade (3). Om sjukdomen debuterar före 40 års ålder är den ibland ärftlig. Den genetiskt betingade gruppen kan i sin tur indelas i 2 undergrupper: en grupp dominerad av akinesi och rigiditet och då kopplat till familjär förekomst av hypertoni, diabetes och hypothyroidism. Den andra gruppen är korrelerad till förekomst av familjär tremor och anhopning av grått hår och hyperthyroidism bland släktingar. Kanadensarna konkluderar att så kallad idiopatisk Parkinsons sjukdom inte alls är någon homogen grupp. En abnorm sköldkörtelfunktion (hypo- eller hyper-) skulle kunna vara utlösande för uppträdande av Parkinson-symtom hos ärftligt disponerade individer.

Åldrande nervsystem. När människan åldras minskar antalet neuron i substantia nigra och dopamininnehållet i hjärnan sjunker. Bägge fenomenen är mer uttalade hos Parkinsonpatienter. Vissa av symtomen vid Parkinsons sjukdom finns till en del hos normalt åldrade patienter: ihopsjunken kroppsställning och släpande gång. Detta påpekades av två nordamerikanska forskare i Lancet 1983 (4). Det är lätt att dra slutsatsen att parkinsonism innebär ett accelererat åldrande av nervsystemet. Forskarna påpekar att två faktorer talar mot en sådan slutsats: Tvillingstudier har visat att tvillingar som åldras lika snabbt inte uppvisar någon större samstämmighet beträffande förekomst av parkinsonism. Den andra faktorn som talar mot att ett påskyndat åldrande orsakar Parkinsons sjukdom är att levodopa i adekvata parkinsondoser inte påverkar rörelsehastighet eller reaktionsförmåga hos normalt åldrade individer. Åldrande skulle således inte i sig orsaka Parkinsons sjukdom.

Tobak. Rökning är mindre vanligt förekommande hos Parkinsonpatienter

än hos friska personer (5, 7). Den förhöjda kolmonoxidnivån hos rökare har föreslagits underlätta avlägsnandet av toxiska fria radikaler som kan orsaka neuronddöd (4). Andra har spekulerat i om nikotin har en antiparkinsonseffekt (5). Man har också föreslagit att personer som senare får Parkinsons sjukdom har personlighetsdrag som gör att de undviker rökning (5). Eller också dör rökande Parkinsonpatienter snabbare än icke rökande varför det förefaller som om rökning är ovanligt hos de som har sjukdomen.

Toxiner. MPTP är en kemisk substans som givit irreversibel parkinsonism hos en ung vetenskapsman som arbetade med petidinanaloger (4, 8). Han fick i sig substansen genom huden eller andningsvägarna av rent misstag. MPTP har visats kunna ge död i dopaminerga celler i substantia nigra. Kronisk inhalation av mangandamm ger ett parkinsonliknande syndrom (4). Det finns även andra ämnen med liknande effekt, till exempel meperidine. Det har föreslagits att Parkinsons sjukdom skulle kunna bero på subklinisk exposition för toxiska substanser åtföljt av åldersberoende bortfall av neuron (6).

Terapi

Tillfört levodopa metaboliseras i kroppen till dopamin som ju finns i minskad koncentration i substantia nigra hos Parkinsonpatienter. Levodopa har god effekt i början, "honeymoon period", men efter några år är patienten tillbaka på ursprungsnivån eller sämre (9). Symtomens svårighetsgrad börjar att starkt fluktueras (on-off) och kompliceras av besvärande dyskinesier. Detta har tolkats som antingen en följd av levodopabehandlingen eller som ett led i sjukdomen som sådan. Man har därför diskuterat om levodopa skall ges tidigt eller sent i sjukdomsförloppet. Sättet för tillförsel har också ventilerats. I det följande redovisas dessa problem.

On-off fenomen. Stark fluktuation i symtombilden blir ett problem för de som länge stått på levodopabehandling, fenomenet kan uppträda hos 50 procent efter 10 års behandling (6). I New England Journal of Medicine visades i februari 1984 att mat kraftigt minskar plasmakoncentrationen av samtidigt intaget levodopa och fördröjer absorptionen ur tarmen (10). Dessutom försämrar levodopas effekt av måltider med mycket protein eller med ett högt innehåll av stora neutrala ami-

nösyror, till exempel fenylalanin och leucin, och då utan att serumkoncentrationen av levodopa minskas. Detta förklaras med att levodopa och de stora aminosyrorerna tävlar om samma transportsystem in i hjärnan. Forskarna hänför således on-off fenomenen till dels försämrat upptag av levodopa ur tarmen genom samtidigt födo-intag, till dels konkurransen mellan levodopa och stora aminosyror om transporten från plasma till hjärna. Dessutom ger levodopa fördröjd tömning av magsäcken (8). Andra har hävdade att uppträdandet av on-off fenomen är starkt kopplat till neuronförlusten i substantia nigra (11).

Terapi-pauser med levodopa. Detta har diskuterats för att söka minska risken för on-off och dyskinesier samt för att överhuvudtaget förbättra effekten av levodopa. Behandlingsuppehåll ("drug holiday") är potentiellt farligt eftersom patienten kraftigt försämras med risk för pneumoni, trombos, malnutrition med mera. Metoden har prövats på sjukhusvårdade patienter som då fått andningsgymnastik med mera (12). På några patienter erhöles en kortvarig förbättring jämfört med utgångsläget när levodopa senare återinsattes. Teorin bakom detta är bland annat förändring i känsligheten hos dopaminerga receptorer under terapi-pausen.

Levodopa tidigt eller sent. Mot behandling med levodopa tidigt i sjukdomsförloppet talar åsikten att on-off och dyskinesier är en behandlingskomplikation (13). Den avtagande levodopaeffekten är delvis kopplad till kronisk levodopabehandling. Genom att fördröja insättandet av preparatet och genom att hålla dosen låg skulle risken för denna komplikation kunna minskas (13). Andra har hävdade att man kan lika gärna dra slutsatsen att kopplingen mellan levodopabehandling och stora fluktuationer i symtombilden kan bero på progress av sjukdomen i sig (14).

De som förordar uppskjutande av levodopabehandling har pekat på möjligheten av att i en hjärna som mätats med levodopa kan toxiska metaboliter bildas, till exempel 6-hydroxydopamin, vilka kan ge demens (15).

Dopaminagonister. Dopaminbristen i hjärnan är kopplad till undergång av neuron i substantia nigra. Tillfört levodopa häver denna brist genom ökad bildning av dopamin av kvarstående neuron. När sjukdomen progredierar orkar dessa neuron inte med detta i tillräcklig omfattning och det vore då lämpligare att tillföra substanser som direkt stimulerar dopaminerga neuron utan omvägen över metabolism i neuron (16), = dopaminagonister. Bromocriptin, ett ergotaminderivat, är ett exempel på en dopaminagonist men fler är under utveckling.

Med dopaminagonister har man möjlighet att mer selektivt påverka vissa receptorer jämfört med levodopa (17).

Parkinsonterapi i praxis

Ovanstående, delvis motsägande uppgifter, får givetvis inte medföra att man som allmänläkare grips av någon handlingsförlamning. I det följande belyses artikelförfattarens terapitradition.

Antikolinergika. De flesta av mina parkinsonpatienter är äldre individer och svarar dåligt på antikolinerg terapi eller får besvärande biverkningar. Antikolinergika användes därför mest på neuroleptikautlöst parkinsonism (om inte utsättning är möjlig). Det är ett konstfel att ge dopapreparat till sådan parkinsonism eftersom dopareceptorerna är blockerade av neuroleptikat. Om neuroleptikabehandlade patienter börjar få symtom på tardiv dyskinesi (till exempel ryckningar i ansiktet) skall man minska/utsätta antikolinergika eftersom en del av dyskinesin kan vara en effekt av antikolinerg terapi.

Dopapreparat. Ett bra läkemedel med god effekt. Bör användas i kombination med dekarboxylashämmare för att hålla dopa-dosen låg. Min åsikt är att på lindriga fall av parkinsonism så finns det än så länge anledning att vara restriktiv med dopapreparat. För att få jämnaste resorptionen, dels ur tarmen dels till CNS, bör preparatet doseras mellan måltiderna. En del får dock magtarmbiverkningar av detta och de får då ta preparatet vid födo-intag. Doser-reduktion försökes ofta, även på kroniskt behandlade. On-off symtom skall efterfrågas vid varje återbesök! Terapi-pauser användes ej.

Bromocriptin. Använder jag för närvarande bara när dopabehandlingen sviktar eller om patienten får symtom på on-off. Insättes i samråd med specialist i internmedicin. Kanske kommer bromocriptin i framtiden oftare att bli förstahandspreparat.

Amantadin. Min erfarenhet är att effekten är svag, kortvarig.

Sjukgymnastik/arbets-terapi. Viktigt för att bibehålla rörligheten. Hembesök av arbetsterapeuten för utprovning av hjälpmedel. Ibland är tidsbe-gränsad intagning på långvårdsklinik motiverad för sjukgymnastik och arbets-terapi. I glesbygd med brist på sjukgymnaster är läkemedelsindustrins bok och träningskassett ett bra alternativ för hemträning.

Slutsatser

Framtiden verkar trots allt inte så dystert för Parkinsonpatienterna som man lätt tror vid besök på till exempel ett ålderdomshem. Mycket talar för att omgivningsfaktorer spelar en roll för etiologin. Parkinsons sjukdom kanske inte bara är ett åldersfenomen. Kanske kan vi i framtiden genom profylax förhindra att sjukdomen uppträder. För redan drabbade kan kommande mer selektiva dopaminagonister inge hopp.

Litteratur:

1. Mjölner H: Paralysis agitans. A clinical and genetic study. Acta Psych et Neurolog Scand. 1949; Suppl 54:1-195.
2. Duvoisin R: Is Parkinson's Disease Acquired or Inherited? Can Journ Neur Sci. 1984;11 (suppl 1):151-155.
3. Barbeau A, Pourcher E: New Data on the Genetics of Parkinson's Disease. Can Journ Neur Sci. 1982;9: 53-60.
4. Calne DB, Langston JW: Aetiology of Parkinson's Disease. Lancet. 1983;II: 1457-1459.
5. Baumann RJ, Jameson HD, McKean HE, Haack DG, Weisberg LM: Cigarette smoking and Parkinson's disease: 1. A comparison of cases with matched neighbors. Neurology. 1980;30: 839-843.
6. Calne DB: Progress in Parkinson's disease. New Engl J Med. 1984;310: 523-524.
7. Haack DG, Baumann RJ, McKean HE, Jameson HD, Turbek JA: Nicotine Exposure and Parkinson Disease. Am Journ Epidemiol 1981;114: 191-200.
8. Anonymus: Parkinson's Disease 1984. Lancet. 1984;I: 829-830.
9. Curtis L, Lees AJ, Stern GM, Marmot MG: Effect of l-dopa on course of Parkinson's disease. Lancet. 1984;II: 211-212.
10. Nutt JG, Woodward WR, Hammerstad JP, Carter JH, Anderson JL: The on-off phenomenon in Parkinson's disease. New Engl Journ Med 1984;310: 483-488.
11. Gopinathan G, Lieberman AN, Neophytides A, Goldstein M: On-off phenomenon in Parkinson's disease. New Engl Journ Med 1984;311: 192.
12. Kofman OS: Are levodopa drug holidays justified? Can Journ Neur Sci, 1984;11 (suppl 1): 206-209.
13. Fahn S, Bressman SB: Should levodopa therapy for Parkinsonism be started early or late? Evidence against early treatment. Can Journ Neur Sci. 1984;11 (suppl 1): 200-206.
14. Muentner MD: Should levodopa therapy be started early or late? Can Journ Neur Sci. 1984;11 (suppl 1): 195-199.
15. Pearce JMS: Drug treatment in Parkinson's disease. Br Med J 1984;288: 1777-1778.
16. Lieberman A, Kupersmith M, Neophytides A et al: Long-term efficacy of bromocriptine in Parkinson disease. Neurology. 1980;30: 518-523.
17. Calne DB, Burton K, Beckman J, Martin WRW: Dopamine agonists in Parkinson's disease. Can Journ Neur Sci 1984;11 (suppl 1): 221-224.

Författarpresentation:

Anders Överby, distriktsläkare.

Postadress: Läkarstationen
670 41 Koppom
Telefon 0571/105 40

Allmänläkarens insatser i hemsjukvården

BENGT JÄRHULT

Vi läkare är vana att stå i centrum för beslutsfattandet inom sjukvården. När det gäller hemsjukvården är det därför viktigt att vi har en realistisk bild av våra insatser. Vi är här inte centralfigurer, varken ur organisatorisk synpunkt eller i själva omvårdnadsarbetet. Vilken roll har vi allmänläkare då?

Nyckelord: Primärvård, information, hemsjukvård.

Sälja problem?

Det är viktigt att vi som allmänläkare på våra mottagningar fångar upp patienter som är lämpade för hemsjukvård. Vi ska till exempel inte skicka patienter vidare på remiss till sjukhus under föregivande av någon mindre kroppslig diagnos när problemen egentligen gäller socialt sviktande miljö eller omvårdnad. Den ej ovanliga diagnosen "Causa socialis" borde snarast försvinna inom sjukvården i Blekinge.

För att vi allmänläkare skall fånga upp dessa patienter, och inte via remiss sälja problemen till en högre sjukvårdsnivå, krävs för det första en insikt i hur skadlig själva institutionsprocessen på sjukhus är för dessa människor, för det andra kunskap om och intresse av att utnyttja de hemsjukvårdsresurser, som nu faktiskt finns i alla primärvårdsområden i Blekinge.

Allmänläkare har också en viktig uppgift i hemsjukvården att vara resursperson vid medicinska problem, som inte distriktssköterska/undersköterska kan lösa. Vid alla kroniska sjukdomar, och inte minst sjukdomar där döden förestår, bör allmänläkaren se till att han upprättar en *relation*. Det ger ett förtroendekapital som medför att förstahandskontakten vid tillståndande problem, även av akut art, går via allmänläkare och inte till nya läkare på andra sjukvårdsnivåer, till exempel på akutmottagningar. Utan en sådan etablerad kontakt med patienten är risken stor att en uppgjord behandlingsplan inte går att uppfylla och till exempel en önskan hos patienten att få dö i hemmet inte går att infria.

Informatör

Allmänläkaren har också en viktig funktion att sätta in den medicinska in-

formationen i sitt sociala och psykologiska sammanhang. Det räcker till exempel inte med alldeles så god information om cancer på lasarettet, utan en fortlöpande diskussion under sjukdomens förlopp måste ske med patient, anhöriga och vårdpersonal. Allmänläkaren har också en viktig uppgift att samordna olika sjukvårdsnivåer och specialisters insatser. Det är i den svåra livssituationen patienten befinner sig inte lätt att hitta en helhet och verklighetsförankring när råden och informationen ofta ges så olika vid till exempel strålterapi i Lund, cystostaticabehandling på lasarettet och konsultationen inom någon subspecialité. All denna information måste samordnas utifrån den konkreta vardag patienten lever i, och där allmänläkaren genom hembesök och samråd med hemsjukvårdens personal har goda möjligheter att finna de rätta avvägningarna utifrån patientens individuella förutsättningar.

Vård i livets slutskede

Vid mycket svår sjukdom och vård i livets slutskede kommer allmänläkaren mer aktivt med i omvårdnaden och en viktig uppgift är att försöka ge psykologiskt stöd till patient, anhörig och personal. Sådant psykologiskt stöd är viktigt då arbetssituationen i hemsjukvården skiljer sig avsevärt från institutioners. I hemmen arbetar man på ett helt annat sätt på patientens och anhörigas villkor. Som sjukvårdspersonal är man gäster i hemmet och kan inte tillämpa några avdelningsrutiner. Relationen till patient och anhöriga utvecklas mer till en vänskapsrelation – detta på gott och ont. Inte minst för läkaren väcker denna förändrade maktbalans osäkerhet och här har vi allmänläkare mycket att lära för att verkligen kunna ge ett fullgott stöd till patient, anhörig och personal.

Min erfarenhet från utbildningsåren på sjukhus i olika delar av Sverige är att det är vanligt att läkare överlämnar dessa svåra frågor inför döden till sjuksköterskor och annan personal. Ron den har en tendens att allt snabbare glida förbi det rum den döende människan ligger på, ju närmare slutet patienten kommer.

I hemsjukvården är det för läkaren svårare att skjuta dessa frågor från sig till en annan personal; med det inte sagt att allmänläkare lever upp till de

förväntningar distriktssköterskor, undersköterskor och hemsamariter har. Som allmänläkare behöver vi emellertid hitta vår nya roll och vinna erfarenhet.

Ta formellt ansvar

Allmänläkaren bör också enligt min mening starkt markera sitt formella ansvar vid vård i livets slutskede. I hemsjukvården har vi i vår handläggning av patienten och i vår auktoritet som sjukvårdspersonal inte samma stöd av vårdhierarkier och närheten till andra professionella vårdgivare. Därför väcks i denna nya vårdform i hög utsträckning osäkerhet och frågor när till exempel andningsbesvären tilltar och dödsångesten kommer. Har patienten verkligen rätt vårdform undrar undersköterskan? Kan man göra mer för att lindra patientens besvär, om patienten skickas till sjukhus med intensivvårdsresurser? Det känns så fruktansvärt ensamt som vak i hemmet att vid patientens säng i nattens stilla timma följa slutet. Det är när dessa frågor väcks som allmänläkaren med sin erfarenhet – också från sjukhus – markerar ett formellt ansvar för att vården ges optimalt och att patienten får ta del av senaste medicinska landvinningar.

I några fall har jag själv i denna situation genom specialistkonsultationer fått fin hjälp, senast genom ett gemensamt hembesök med långvårdsläkare. Jag tror vi kan komma långt i Blekinge genom att utveckla denna form av kollegial samverkan; att förena specialistens kunnande med de många fördelar som finns med primärvårdsbaserad hemsjukvård, inte minst psykologiskt och socialt.

Författarpresentation:

Bengt Järhult,* Primärvårdschef, Olofström.

*Postadress: Vårdcentralen 293 00 Olofström

"Vilka är det som äter upp alla sömntabletter?"

CARL-GUNNAR HALLGREN

Det säljs idag läkemedel för mellan 5 och 6 miljarder kronor årligen i Sverige. Cirka 70 procent därav i öppen vård. Nästan 10 procent utgörs av psykofarmaka, vilka intar tredjeplatsen efter hjärt-kärlmedel och analgetika i kronor räknat. Huvuddelen av psykofarmaka utgörs av gruppen hypnotika, sedativa och ataraktika, där hypnotika står för den största delen. Det är därför naturligt att vi intresserar oss för hur dessa preparat används och vilka behov denna användning är uttryck för.

I denna artikel redovisas en studie över användningen av lugnande och sömnmiddel i tre primärvårdsområden i Skellefteå sjukvårdsdistrikt samt ett försök till analys av orsaker till skillnader i försäljning.

Nyckelord: Läkemedelskonsumtion, primärvård, psykofarmaka.

BAKGRUND

På senare år har man alltmer uppmärksammat de stora skillnader mellan olika länder och orter i försäljningen av olika läkemedel. Speciellt intresse har riktats mot psykofarmaka och den i vissa ögon alltför stora användningen, framför allt av sömnmiddel och lugnande medel.

Som läkare vill man gärna berömma sig av att alltid handla efter vetenskap och beprövad erfarenhet men man kan samtidigt förstå de människor som betvivlar denna målsättning när man ser dessa skillnader i försäljning.

Vad är dessa skillnader egentligen uttryck för? Naturligtvis kan det föreliggande skillnader i sjuklighet bakom men knappast i så stor utsträckning att det förklarar hela skillnaden. Vilka behov är till exempel användningen av sömnmiddel uttryck för? Kan man överhuvud taget ange vad som är en rimlig nivå på försäljningen? Vilka alternativ finns? Är det möjligen så att en patient som inte får sina sömntabletter av läkare istället skaffar sig sådana illegalt eller tillgriper alkohol?

Vad är det i övrigt som styr läkemedelsanvändningen förutom den nyss nämnda vetenskapen och beprövade erfarenheten? Vilka grupper i samhället ligger bakom användningen?

Under senare år har som bekant Apoteksbolagets statistik givit möjlighet att följa försäljningen av olika läkemedel ända ner på primärvårdsområdesnivå. Sedan dessa siffror togs fram första gången i mitten på 70-talet inom vårt område (Skellefteå) har en utjämning skett mellan de orter som stod för extremvärdena. Dock kvarstår vissa otvetydiga skillnader som åtminstone för de tre orterna i denna studie (Skelleftehamn, Byske och Lövsånger) varit relativt konstanta sista åren. Det har då visat sig att den ort (Skelleftehamn), där man borde förvänta sig den högsta försäljningen istället har en extremt låg försäljning. Detta trots att det på orten finns tung industri och utskippningshamn. Den ort med den högsta försäljningen (Lövsånger) är å andra sidan en jordbruksbygd med en stabil och kyrksam befolkning. Byske påminner om Lövsånger i fråga om samhällsstruktur och har en försäljning ungefär mittemellan de båda andra orterna.

Ålderssammansättningen skiljer sig dock markant mellan orterna. Andelen 65 år och äldre är i Skelleftehamn 13 procent, Byske 19 procent och i Lövsånger 23 procent. På varje ort finns ett apotek och en vårdcentral. Invånarantalet är respektive cirka 8.000, 6.000 och 3.000. Alla tre orterna kännetecknas av det vanliga glesbygdspellet att läkarbemanningen till stor del upprätthålls av vikarier, framför allt i Skelleftehamn.

SYFTE

För att försöka få ett grepp om problemet har vi gjort en liten undersökning angående försäljningen av dessa medel (grupp 11A), det vill säga lugnande och sömnmiddel.

Målsättningen kan sammanfattas med följande:

- att få en mer detaljerad försäljningsstatistik, bland annat för att kunna bedöma tillförlitligheten i Apoteksbolagets statistik.
- att få en uppfattning om ålders- och könsfördelningen hos de patienter som får dessa preparat.
- att få en uppfattning om hur stor andel som förskrivits av andra än vårdcentralernas egna läkare.
- att få en uppfattning om sociala variabler och befolkningsattityder i relation till användningen.
- att göra jämförelser angående de tre orterna.

METOD

För att få en bedömning av Apoteksbolagets statistik gjordes en genomgång av samtliga grupp 11A-recept för andra halvåret 1983 på de tre orterna. Mängden av respektive preparat omräknades till DDD (Defined Daily Dose) och registrerades för preparat, ålder hos patienten, kön och läkarkategori (ordinarie, vikarie respektive extern).

För att få en uppfattning om befolkningsattityder till dessa medel och sociala variabler utsändes en enkät till ett slumpmässigt åldersrelaterat urval av befolkningen mellan 20 och 89 år på respektive ort.

Sammanlagt utsändes 525 enkäter. Svarsfrekvensen var i genomsnitt 66 procent efter första och enda utskicket. Bortfallet tycks inte skilja sig i någon större utsträckning från utskicket frånsett att det var något större i de högsta åldersgrupperna. Minst var bortfallet i Lövsånger vilket kanske kunde förväntas då undertecknad tjänstgör på orten. Någon numrering av enkäterna gjordes ej för att garantera anonymiteten då många av de 41 frågorna var tämligen känsliga. På grund av detta kunde någon påminnelse inte skickas ut. Resultaten har databehandlats och korstabuleringar med bland annat X-2 test har utförts. Vi anser att svarsfrekvensen var förvänsvärt god med tanke på enkätens omfång. Resultaten måste dock tolkas med en viss försiktighet med tanke på att bortfallet trots allt kan vara något snedfördelat med avseende på någon viss variabel.

Slutligen kan nämnas att studien utfördes som ett hemarbete i samband med en regional kurs i "Epidemiologi och hälsoarbete" där undertecknad tillsammans med distriktssköterskan Ingegerd Grenholm (Lövsånger) deltog.

RESULTAT

Nordisk jämförelse

För samtliga Nordiska länder dominerar inom Psykofarmakagrupperna två grupper som benämnes NO5B och NO5C vilka betecknar tranquilizatorer och hypnotika-sedativa. Dessa grupper motsvarar ungefär grupp 11A i Sverige. Tillsammans utgör grupperna NO5B och C 70–80 procent av totala försäljningsvolymen Psykofarmaka uttryckt i DDD.

I dessa grupper dominerar Benzodiazepinerna stort. Danmark har noterat en klar ökning sista åren medan Is-

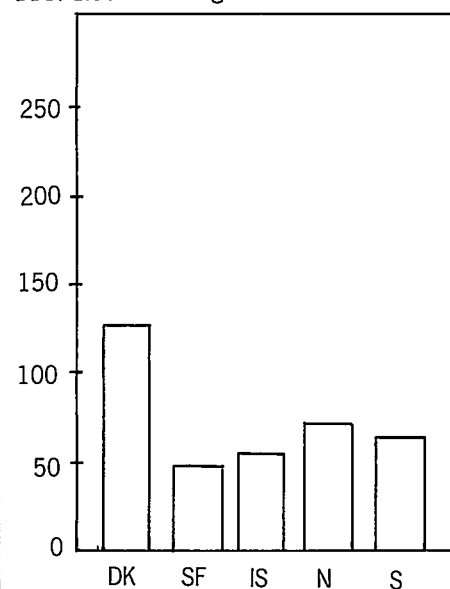
land haft en kraftig nedgång. Det kan delvis bero på att man bland annat endast tillåter Diazepam i 10 mg-tabl och däröver på sjukhus.

Man kan även notera att Barbituraterna fortfarande används i stor omfattning i Danmark med dubbelt så hög förbrukning som i Sverige. Här ses emellertid en stadig nedgång i samtliga länder.

Intressant är även att notera att Finland som ligger lägst när det gäller Bensodiazepiner istället toppar försäljningen av Neuroleptika. I denna grupp ligger Island lägst. Däremot i gruppen antidepressiva så är förhållandena för Finland och Island det omvända.

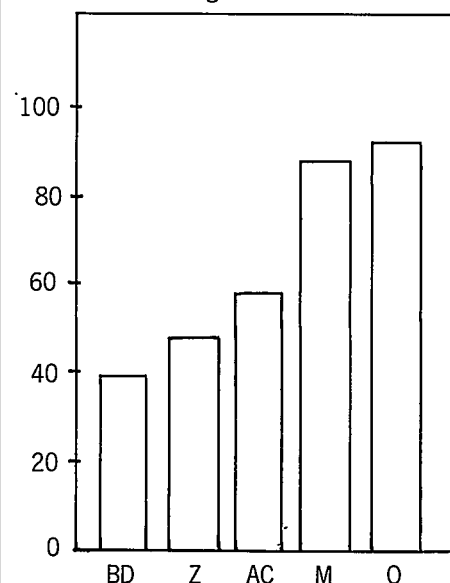
Bakom dessa skillnader ligger troligen olika terapitraditioner. I Finland använder man sannolikt Neuroleptika på sådana besvär som i de övriga länderna behandlas med till exempel Bensodiazepiner, i större utsträckning.

DDD/1.000 inv/ dag



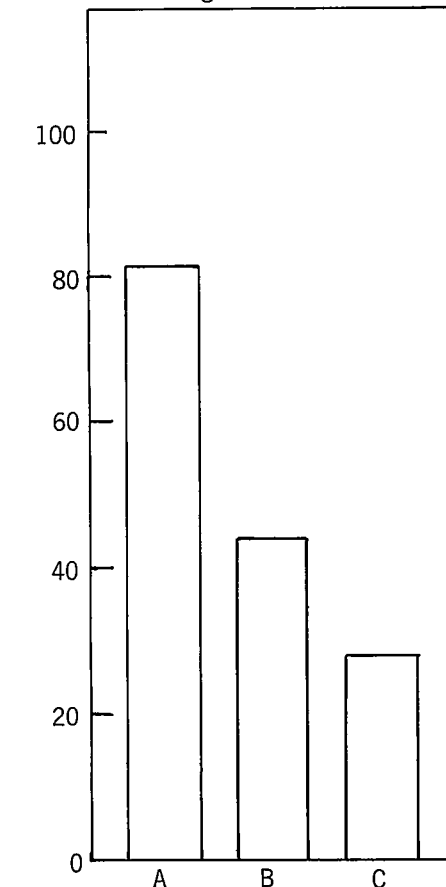
Figur 1. Jämförelse mellan de Nordiska länderna 1980 för grupp N05B och N05C (mot-svarar i stort sett grupp 11A).

DDD/1.000 inv/ dag



Figur 2. Jämförelse mellan några län i Sverige för grupp 11A (1983).

DDD/1.000 inv/dag



Figur 3. Jämförelse mellan tre orter i Skellefteå kommun (A = Löfvånger, B = Byske, C = Skelleftehamn).

Sverige

Vid en jämförelse mellan de olika länen i Sverige finner man stora skillnader i försäljningssiffrorna för grupp 11A. Storstadsregionerna Malmö och Göteborg ligger i topp medan däremot Stockholm intar en mellanställning. Det län som ligger högst är för närvarande Göteborgs- och Bohuslän med 85,6 DDD/1.000 invånare/dag vilket är 2, 3 gånger så högt som lägsta länet Norrbotten med 37,5 DDD. Västerbotten som omfattar vårt område intar en tredjeplats från botten med 52,3 DDD.

Tabell I.

Receptundersökning 830701-831231 för orterna Skelleftehamn, Byske och Löfvånger. Totalresultat med avseende på ålder.

ÅLDER	N	DDD	DDD/1.000/dag	DDD/pat
0- 9	2	30	0,06	15,0
10-19	5	25	0,05	5,0
20-29	11	685	2,3	62,3
30-39	57	6111	16,0	107,2
40-49	73	6816	18,6	93,4
50-59	125	10061	34,3	80,5
60-69	256	31703	91,8	123,8
70-	458	64070	198,9	139,9
SUMMA:	987			

Tabell II:

Resultat receptundersökning som tabell I men med avseende på kön.

KÖN	N	DDD	DDD/1.000/dag	DDD/pat
Man	320	42592	32,7	133,1
Kvinna	667	76939	60,7	115,4
SUMMA:	987	119531	MEDEL: 46,7	121,1

Skellefteå kommun

I figur 3 har vi våra tre undersökta orter vilka utgör såväl lägsta som högsta försäljningsort inom kommunen. Skelleftehamn lägst med 28,1 DDD, Byske mitt emellan med 44,0 DDD och Löfvånger högst med 81,5 DDD. Vår receptundersökning stämmer väl med dessa siffror.

Åldersfördelning

Förbrukningen ökar mycket brant med stigande ålder och speciellt för Löfvånger och speciellt för kvinnorna (figur 5).

Om man tittar på övriga orter inom Skellefteå kommun så finner man en mycket god överensstämmelse mellan förbrukning och andel i befolkningen över 65 år. (Korrelationsfaktor 0,82.) Däremot finner man inte samma tydliga samband för de olika kommunerna i länet, men ålderssammansättningen är där mindre homogen varför eventuella skillnader utsuddas. Som ett allmänt mått på ålderns betydelse kan sägas att cirka 80 procent av dessa läkemedel används av personer över 60 år.

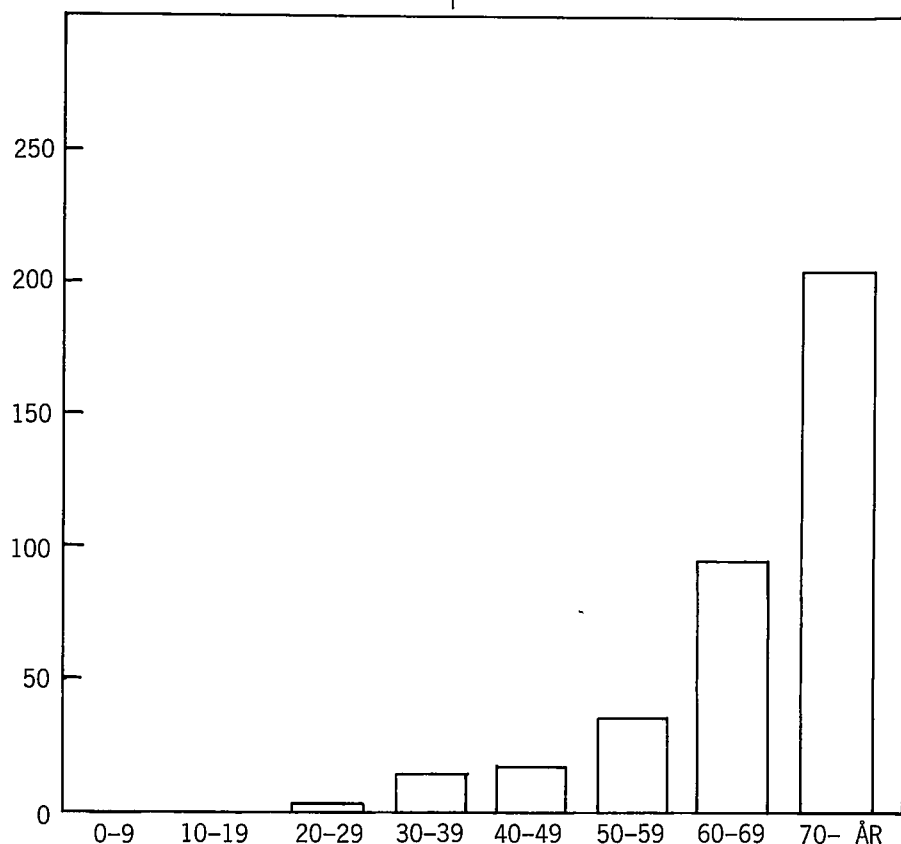
Ur tabell I framgår även att urskriven mängd per patient ökar med stigande ålder. Detta står inte riktigt i överensstämmelse med vad som rekommenderas. Försiktighet i dosering av hypnotika/sedativa till äldre bör ju iakttagas. Kan det möjligen vara så att äldre i större utsträckning delar med sig av sina piller till grannar och andra?

Kön

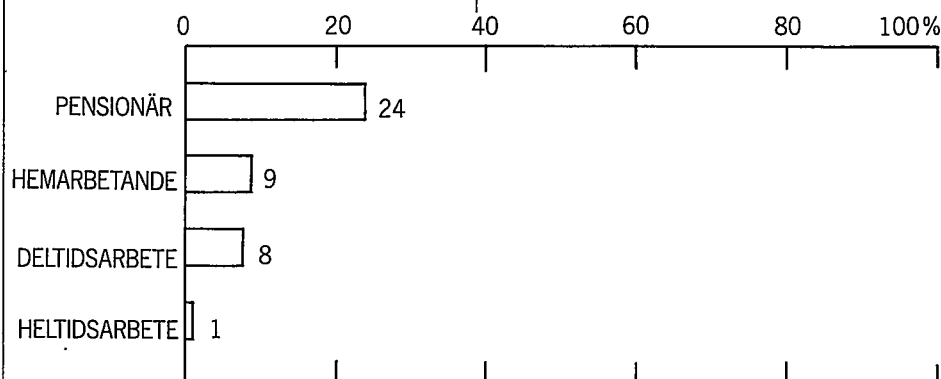
Det framgår även av tabell II att kvinnorna i betydligt större utsträckning använder dessa medel. Förhållandet är nästan 1/2 för m/kv. Männen får däremot större mängd eller dos.

Preparat

För alla tre orterna utgör de 10 vanligaste preparaten cirka 95 procent av den totala förbrukningen. Av dessa utgör sömnmedel cirka 80 procent medan medel som huvudsakligen an-



Figur 4.
Försäljning av psykofarmaka grupp 11A under 1983 i respektive åldersgrupp. Genomsnitt för de tre undersökta orterna i Skellefteå kommun.



Figur 6.
Procentandel som uppger användning av sömnmedel varje månad eller oftare, i relation till arbetssituation.

vänds som lugnande utgör resterande 20 procent. Totalt svarar Bensodiazepinerna för 79 procent medan Barbituraterna svarar för endast knappt 5 procent. Denna fördelning avviker inte från förhållanden på andra orter eller i grannländerna.

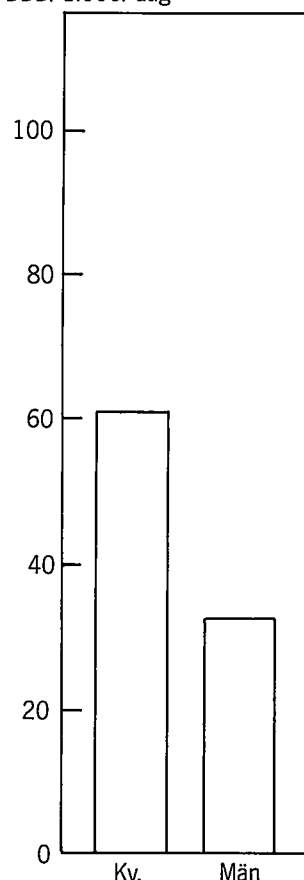
Det i särklass största preparatet är Nitrazepam som tillsammans med synonymen Mogadon utgör nästan 50 procent. Intressant var även att se vad som inträffade när Rohypnol introducerades på marknaden. Vid en jämförelse mellan 1980 och 1983 finner man att Rohypnol som kom mellan dessa årtal direkt gick upp på tredje plats. Det petade ner Propavan till 4:e plats men har i viss mån ersatt Mogadon. På det stora hela medförde Rohypnol emellertid ett tillskott till totalmängden av läkemedel i denna grupp. 10-i topp-listan ser ut som följer.

PREPARAT	DDD	% av totalsumman
1. Nitrazepam	77780	29,5
2. Mogadon	47710	18,1
3. Rohypnol	37400	14,2
4. Propavan	29320	11,1
5. Valium	19174	7,3
6. Sobril	13115	5,0
7. Temesta	9500	3,6
8. Stesolid	6681	2,5
9. Bellergal	4948	1,9
10. Apozepam	2030	0,8
SUMMA:	263362	

SOCIALA VARIABLER

Arbetsituation

Ungefär 28 procent av de tillfrågade hade någon form av pension (ålders/sjuk) 3 procent var arbetslösa medan 19 procent hade deltidsarbete och cirka 16 procent heltidsarbete.



Figur 5.
Försäljning av grupp 11A i relation till kön.

Deltidsarbetande utgjordes till närmare 90 procent av kvinnor medan heltidsarbetande endast till 21 procent utgjordes av kvinnor.

Undersökningen ger alltså ytterligare stöd för tesen att männen i betydligt mindre omfattning utnyttjar möjligheten till deltidsarbete eller att kvinnorna fortfarande har det svårt att komma in helt på arbetsmarknaden över huvud taget. Skiftarbete tycks vara något vanligare bland män.

Totalt angav cirka 90 procent att de trivdes ganska bra eller mycket bra med sitt arbete.

På grund av materialets litenhet kan vi inte bedöma i vad mån arbetslöshet ökar användningen av sömnmedel eller lugnande men ett sådant samband har ju bland annat ULF-undersökningarna visat.

Däremot kunde vi se att heltidsarbetande använde sömnmedel signifikant mindre ofta än deltidsarbetande.

Civilstånd

Vi fann ingen skillnad mellan gifta och ogifta i användningen av sömnmedel och lugnande. Däremot fanns en klart signifikant ($P < 0,001$) större användning bland änkor/änkemännen.

Boende och ensamhet

I vår undersökning uppgav hela 12 procent att man bodde ensam. En viss övervikt av kvinnor i denna grupp kunde skönjas men inte helt signifikant.

Åldern däremot spelar en stor roll. Över 60 års ålder bodde cirka 23 procent ensamma medan endast 7 procent

av de som var yngre än 60 år bodde ensam. Cirka 11 procent uppgav att de inte hade någon god vän att prata med om sina bekymmer. De som inte hade det uppgav i större utsträckning att de använde sömnmedel ($P < 0,05$).

Hela 20 procent uppgav att de ibland eller ofta plågas av ensamhet. Ett starkt samband fanns även mellan ensamboende och hur ofta man plågas av ensamhet, vilket kanske inte är så konstigt.

Ensamboende använder sömnmedel oftare än ej ensamboende ($P < 0,001$).

Rökning och alkohol

Totalt utgjorde dagligrökarna cirka 23 procent i vårt material. Cirka 70 procent uppgav att man aldrig röker. Männen rökte något mer än kvinnorna. Rökningen minskade markant med stigande ålder.

Alkohol används varje månad eller oftare av 25 procent. Även användningen av alkohol avtar med stigande ålder. Cirka 3 procent uppgav att man nyttjade alkohol varje vecka. Det är nog en viss underskattning av det verkliga förhållandet men Skelleftebygden kännetecknas sedan gammalt av stor nykterhet.

Ensamboende använde alkohol i mindre omfattning än ej ensamboende ($P < 0,05$), vilket var något förvånande. Vi kunde däremot verifiera det kända förhållandet att alkoholanvändning och rökning följs åt.

Vad beträffar användningen av sömnmedel så var den större i de grupper som aldrig använder alkohol eller rökverk. Någon samvariation kunde således inte påvisas i vår undersökning. "Sängfösaren" ersätter således i viss mån kanske sömntabletter.

Fritidssysselsättning

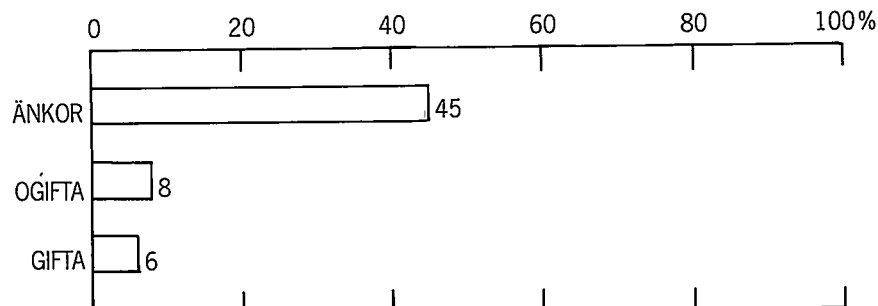
Cirka 16 procent uppgav att de inte hade någon fritidssysselsättning. Dessa uppgav sig i större utsträckning använda sömnmedel ($P < 0,01$). Som fritidssysselsättning uppgavs i första hand handarbete, jakt och fiske, familj, trädgårdsarbete, läsning med mera.

Totalt motionerar cirka 45 procent regelbundet varje vecka. Kvinnorna något mer än männen. (Discogympa?) Med motion menades promenader, löpning, skidåkning, dans med mera. Något förvånande ökade andelen regelbundna motionärer något med stigande ålder. En tendens fanns att de som motionerar regelbundet mindre ofta känner sig nervösa och oroliga. Dock ingen signifikant skillnad.

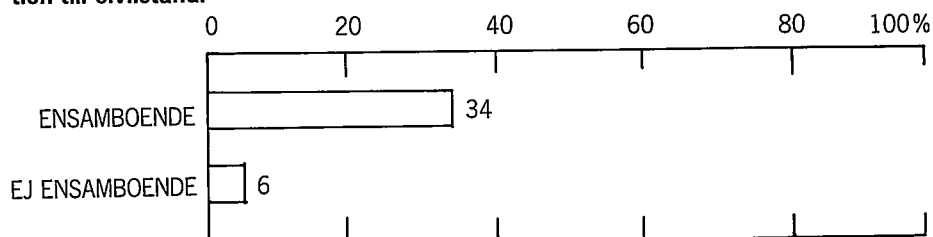
Motionsvanorna påverkade inte användningen av sömnmedel i denna undersökning men sannolikt finns ett samband vilket andra undersökningar visat.

Kyrksamhet

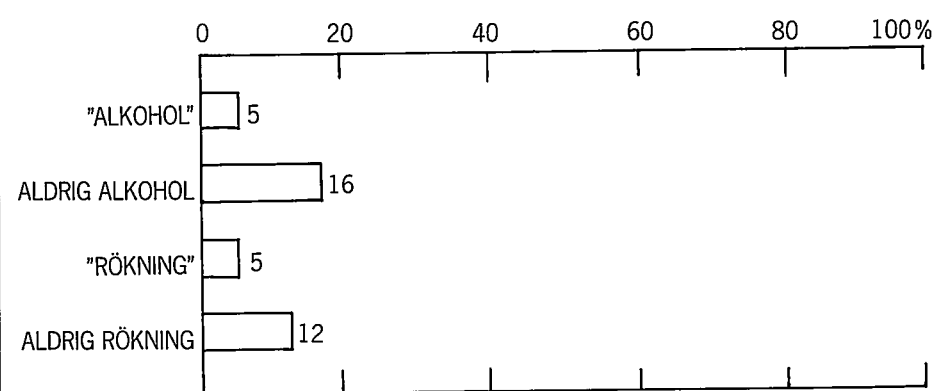
Totalt uppgav cirka 24 procent att man besöker kyrkan varje månad eller oftare. (I Lövånger 34 procent, Byske 24 procent samt Skelleftehamn 11 procent.) Kvinnor i betydligt större utsträckning än männen 30 respektive 18



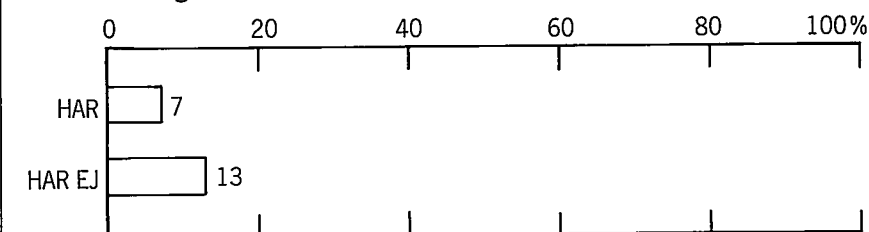
Figur 7. Procentandel som uppger att de använder sömnmedel varje månad eller oftare i relation till civilstånd.



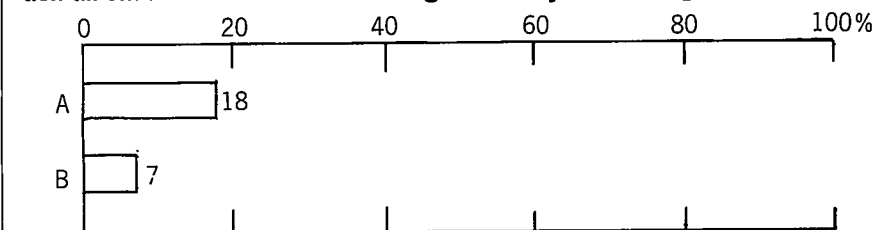
Figur 8. Procentandel som uppger att de använder sömnmedel varje månad eller oftare i relation till boende.



Figur 9. Procentandel som uppger att de använder sömnmedel varje månad eller oftare i relation till rökning och alkohol.



Figur 10. Procentandel som uppger att de använder sömnmedel varje månad eller oftare i relation till om man har eller inte har någon fritidssysselsättning.



Figur 11. Procentandel som uppger att de använder sömnmedel varje månad eller oftare i relation till om man besöker kyrkan varje månad eller oftare (A) resp inte gör det (B).

procent. Även äldre i betydligt större utsträckning än yngre. 38 procent av de som var äldre än 60 år uppgav att de besöker kyrkan varje månad eller oftare jämfört med endast 14 procent av de som var yngre än 40 år.

Möjligen som en följd av ovanstående använder de som aldrig går i kyrkan mindre ofta sömnmedel än de övriga ($P < 0,05$). Det begränsade materialet tillåter inte någon mer avancerad ana-

lys av detta förhållande varför frågan kvarstår i vad mån kyrkan har ett lugnande eller oroande inflytande på befolkningen. De flesta (cirka 68 procent) tror emellertid att religionen är bra för människans psykiska välbefinnande. Vi fann en viss tendens till att de som mindre ofta har nervösa besvär oftare går i kyrkan, vilket skulle tyda på att kyrkan har ett lugnande inflytande men skillnaden är inte signifikant.

Nervösa besvär-sömnbesvär-sömnmedel

Upplevda nervösa besvär och sömnbesvär är vanligt förekommande. Endast 10 procent uppger att man aldrig känner sig nervös eller orolig. Kvinnor tycks något oftare än män känna sig nervösa och oroliga. Det kan kanske vara ett uttryck för att kvinnor lättare erkänner sina besvär.

Cirka 36 procent uppger sig ha besvär med sömnen varje månad eller oftare. Kvinnor i större utsträckning än män ($P < 0,01$). Det var dessutom nästan dubbelt så vanligt med sömnbesvär hos 60-80-åringar som hos 20-40-åringar ($P < 0,001$). Det framkom även ett mycket starkt samband mellan upplevda nervösa besvär och sömnbesvär.

De flesta (68 procent) anser sig behöva 6-8 timmars sömn per natt. De som ofta har sömnbesvär tycks behöva något mindre sömn än övriga. Det kanske kan vara en rationalisering eller acceptans av lite kortare sömn. I alla händelser ger det inget stöd för vår känsla av att många människor som begär sömnmedel har krav på längre sömn än vad som kan anses vara rimligt.

Mer än 80 procent tror att det är ganska eller mycket stor risk att bli beroende av dessa medel om man tar dem regelbundet.

Runt 80 procent tycker att läkarna bör vara med restriktiva med att skriva ut lugnande och sömnmedel.

Av de som provat sömnmedel uppger sig hela 40 procent ha haft tveksam eller ingen nytta av dem. En ännu större andel (55 procent) menar sig ha haft tveksam till ingen nytta av lugnande medel.

Detta kan kanske vara något att tänka på vid förskrivningen. Möjligen skulle man få samma resultat för rena placebopreparat.

Alternativa metoder såsom avslappningsövningar eller endast samtalsterapi skulle kanske ha lika bra resultat.

DISKUSSION

Vi har i vår genomgång av försäljningen av psykofarmaka grupp 11A (lugnande och sömnmedel) funnit stora skillnader såväl mellan olika län i Sverige som mellan olika primärvårdsområden. På sistnämnda låga nivå borde det vara möjligt att få en uppfattning om de bakomliggande orsakerna till denna variation i läkemedelsanvändning. Vi har därvid valt ut tre orter varav den ena (Lövånger) ligger på samma nivå som det högsta länet och en annan (Skelleftehamn) på samma nivå som det lägsta länet samt en ort mitt emellan (Byske).

När det gäller orsaker till variation i användning av dessa medel kan man ställa upp följande faktorer:

Sjukvårdens tillgänglighet. Har man svårt att få träffa en läkare så minskar naturligtvis möjligheten att få mediciner utskrivna. Det visar sig också att de län som har den högsta försälj-

ningen även har flest läkarbesök per invånare och år samt vice versa.

Vi fann även i vår studie att i Skelleftehamn med den lägsta försäljningen så förskrevs hela 60 procent av preparaten av "extern" läkare, det vill säga läkare utanför vårdcentralen. Motsvarande siffra för Byske var 13 procent och för Lövånger endast 11 procent. Detta kan i viss mån vara ett mått på läkartätheten och därmed tillgängligheten.

Allmänhetens attityd till psykofarmaka. Detta är ju svårt att mäta men kan troligen skilja sig åtminstone mellan olika landsändar.

Läkarnas attityder. Här finns sannolikt stora variationer men vi har inte kunnat bedöma det eftersom det rör sig om många olika läkare, men läkarens attityd och personlighet påverkar med all säkerhet också patientens inställning.

Åldersstrukturen. Ålderns betydelse framgår klart i vår undersökning. 80 procent av dessa medel används av personer över 60 år. Det är ett från 30-årsåldern i det närmaste linjärt samband mellan användning och ålder. Om man standardiserar för åldern så försvinner åtminstone en tredjedel av skillnaden mellan våra tre orter.

Könsfördelning. Kvinnor använder dessa medel i betydligt större utsträckning än männen. Kvinnor söker också vård betydligt oftare. Någon har sagt att kvinna bejakar sina kroppsliga och själsliga symtom på ett helt annat sätt än männen. Mannen tiger och lider? (Kvinnan lider när hon tiger?) Ur medellivslängdens synpunkt tycks ju detta förhållningssätt också vara det bästa.

I och med att kvinnor lever längre så får man proportionellt sett en större andel kvinnor på en ort med hög medellålder. Så även på våra undersökta orter. 55 procent i Lövånger som har den äldsta befolkningen mot 46 procent i Skelleftehamn med den yngsta befolkningen.

Sociala problem. Ensamhet och ensamboende slår tydligt igenom i sömnmedelsanvändning. Det är dock sammanvävt med de båda ovannämnda faktorerna men har sannolikt även en egen dignitet. Sannolikt verkar ensamhet dessutom passiviserande.

Aktivitet. Heltidsarbete och fritidssysselsättning minskar användning av sömnmedel. Sannolikt gör även motion det, även om vi inte påvisat något sådant samband i vår studie.

Generellt kan man nog inte därmed påstå att arbetslöshet ökar användningen av sömnmedel bland annat med tanke på att det län (Norrbotten) som ligger i täten vad beträffar arbetslöshet däremot ligger lägst i försäljningen av psykofarmaka.

Övriga droger. Sannolikt finns ett samband mellan alkohol och nervösa besvär men därmed inte sagt att man använder mer läkemedel mot dessa eller för sömnen. Vi har snarare funnit

ett omvänt förhållande till användningen av sömnmedel. Det är dock möjligt att sambandet "drunknar" i åldersfaktorn vilken vi på grund av materialets litenhet ej kunnat standardisera för. Rent farmakologiskt så har ju dessutom både alkohol och rökning en viss sedativ effekt.

Kyrksamhet. Vi har funnit ett starkt samband mellan kyrksamhet och användning av sömnmedel, men det är dock tveksamt om det kvarstår sedan man kompenserat för ålder och kön. Såväl kvinnor som äldre besöker ju kyrkan betydligt oftare än män och yngre. Här finns ett stort fält för vidare intressanta forskningsuppgifter.

Slutligen finns en faktor som vi inte berört, men som naturligtvis påverkat försäljningssiffrorna för ett enskilt apotek, nämligen i vad mån recepten hämtas ut på annan ort till exempel vid pendling till arbetet. Här finns stor skillnad för våra tre orter. I Lövånger hämtar hela 89 procent sina mediciner på det egna apoteket medan bara 74 procent och 72 procent gör det i Byske respektive Skelleftehamn. Tar man hänsyn till detta så krymper skillnaden mellan våra orter ihop ytterligare.

En grundläggande fråga kvarstår emellertid. Varför får äldre människor oftare besvär med sömnen och därmed också ett större behov av sömnmedel. Är det biologiskt betingat eller beroende på bristande aktivitet och stimulans i samverkan med ensamhet? Troligen har de biologiska faktorerna en mindre betydelse i detta fall. Härmed skulle man således kunna påverka dessa sociala faktorer med olika aktiviteter.

Uppsökande verksamhet bland äldre, speciellt de ensamboende i samarbete med olika ideella och andra organisationer, till exempel kyrkan. En annan grundläggande fråga är varför kvinnor konsumerar mera av såväl sjukvård som läkemedel. Här föreligger säkert vissa konstitutionella och hormonella faktorer men kraven i samhället på kvinnan har nog också ökat på senare år. Orsaken är som i så många andra sammanhang multifaktoriell.

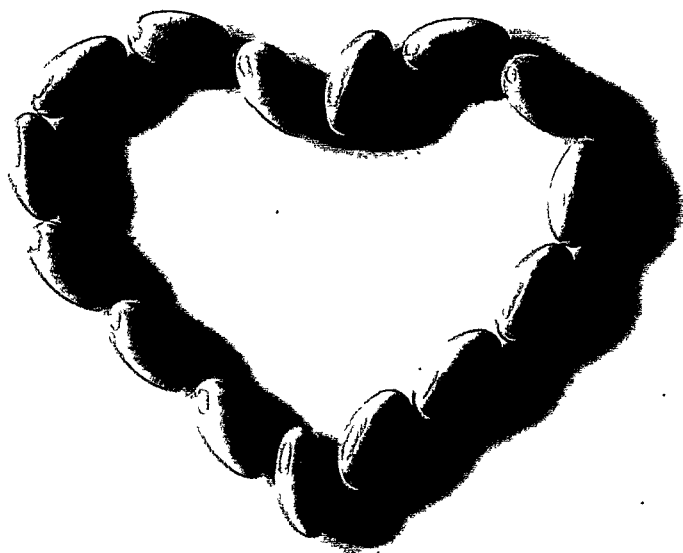
Litteraturlista:

1. Sjökvist F, Agenäs I: Drug utilization studies: Implications for medical care. Apoteksbolaget.
2. Nordisk Läkemedelsstatistik 1978-1980 del I. Nordiska Läkemedelsnämnden.
3. Spri-rapport 82 (1982): Hur mår du Sverige?
4. Spri-rapport 158 (1984): Vårdutnyttjande - ett mått på ohälsa.
5. Statistiska sammanställningar 1983: Apoteksbolaget.
6. Winter J: Problemformulering, undersökning och rapport. Liber förlag.

Författare:

Carl-Gunnar Hallgren, chefläkare för primärvården i Skellefteå. Distriktsläkare på Lövångers vårdcentral, 93010 Lövånger.

INGEN NYHET. EN TRYGGGHET!



En trygghet för patienten, som får ett väl beprövat preparat. En trygghet för läkaren, som vet att Salures-K är effektivt och ger mycket få biverkningar.

Så gott som alla läkare här i landet känner till Salures-K och de flesta förskriver det regelbundet.

Salures-K .
Ingen nyhet. En trygghet!



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.

Sävsjöundersökningen: En kontinuerlig basdataregistrering i öppenvård

CHARLES BLACK · HÅKAN DETTERFELT · HENNING PEDERSEN

Denna artikel är en redovisning av en kontinuerlig patientregistrering under två år vid Sävsjö vårdcentral. I artikeln presenteras en registreringsblankett som är lätt att använda och därför tillåter kontinuerlig användning inom ramen för den dagliga rutinen. Dessutom redovisas vissa möjligheter att bearbeta basdata med datateknik som en beskrivning av sjukdomspanoramat och vårdkonsumtionen på en distriktsläkarmottagning. Artikeln grundar sig på en rapport utförd som projektarbete under FV-tjänstgöring på Sävsjö vårdcentral.

INLEDNING

Våren 1982 började ett samarbete mellan vårdcentralen i Sävsjö och miljömedicinska enheten i Jönköping i syfte att påbörja basdatainsamling i öppenvård inom Jönköpings län. Vår uppgift var från början att utarbeta och utprova en registreringsblankett som senare tänktes kunna bli enhetlig för hela länets vårdcentraler. Den följande statistiska bearbetningen skulle kunna vara en hjälp vid planering och utveckling av arbetet på vårdcentralen. Vi tyckte liksom andra (referens 1, 2) redan från början att de tillgängliga R/P-blanketterna var för komplicerade. Vi har därför använt en avsevärt enklare blankett som vi ändå tycker rymmer de behövliga uppgifterna. (Figur 1.)

BESKRIVNING AV PRIMÄRVÅRDSOMRÅDET

Sävsjö kommun som helt sammanfaller med Sävsjö primärvårdsområde ligger på Småländska höglandet. Södra stambanan skär tvärs igenom kommunen från norr till söder. Kommunen upptar en yta av 679 kvadratkilometer. Kommunen är en glesbygdskommun. Där bor knappt 11.700 personer. Drygt 8.000 av dessa bor i tätorterna Sävsjö, Vrigstad, Stockaryd samt Rörvik.

I kommunen finns förhållandevis få innevånare i arbetsför ålder, medan antalet pensionärer är mycket högt. Andelen utländska medborgare är förhållandevis låg. Kommunen präglas av en

hög andel jord- och skogsbruk, hög andel tillverkningsindustri, något låg handel- och restaurangverksamhet samt låg andel offentlig förvaltning.

På vårdcentralen finns en allmänläkarmottagning med fem distriktsläkartjänster och en AT- och FV-läkartjänst. Mer än tre av distriktsläkartjänsterna har dock aldrig varit ordinariebesatta. På vårdcentralen finns en röntgenavdelning som utför de flesta undersökningar av akut karaktär, medan gastrointestinal undersökning och andra

speciella undersökningar utförs i Näs-sjö eller Eksjö. I nära anslutning till vårdcentralen finns fyra sjukhemsavdelningar med sammanlagt 80 platser. Patientkontaktarna där ingår ej i registreringen. Specialistvård och slutenvård ligger på ett minsta avstånd av 30 km från vårdcentralen.

METOD OCH MATERIAL

Under 1983 och 1984 har registrerats alla besök (då läkare och patient träffas ansikte mot ansikte enligt basdata-

Figur 1. Registreringsblanketten.

JÖNKÖPINGS LÄNS LANDSTING 92679
ÖPPENVÅRDSREGISTRERING

VÅRDCENTRAL/ MOTTAGNING 2,2,5,7,1,1,0

BESÖKSTYP ☐

BESÖKT LÄKARE ☐

ADMINISTRATIVA UPPGIFTER
BESÖKSDATUM ☐ TIDSBEST. ☐ AKUT 08 00 - 17 00 ☐ AKUT 17 00 - 08 00 ☐ KON ☐ MAN ☐ KVINNA ☐ SPECIAL-BEVAKNING ☐

D-NR	TYP	HUVUD-DIAGNOSKOD
1	77	
	68	

D-NR	TYP	DIAGNOSKOD
2	77	
	68	

D-NR	TYP	DIAGNOSKOD
3	77	
	68	

VIDTAGNA ÅTGÄRDER

01 ☐ Rådgivning

02 ☐ Samtal

03 ☐ Recept

04 ☐ Sjukskrivning

05 ☐ Återbesök

06 ☐ Annat intyg

07 ☐ Vaccinationer

08 ☐ Remiss sjukgymnast

09 ☐ Kir åtgärd, egen mott

10 ☐ Med åtgärd, egen mott

11 ☐ Röntgen

12 ☐ Mer omfattande lab prov

13 ☐ Annan specialundersökning

14 ☐ Remiss annan specialist

15 ☐ Inläggning, egen enhet

gruppens definition, referens 3). Hembesök har ej registrerats. Registreringsblanketten ifylldes manuellt i samband med diktering av journalen. Blanketten lämnades med journaldik-tatet till sekreterarna, som kontrollerade att registreringsuppgifterna fanns och att blanketten var stämplad med patientbrickan. En gång i veckan skickades blanketterna samlade till Jönköping för överföring till dator.

Blanketten omfattar datum, patient-information, besökstyp, upp till tre diagnoser och en rad åtgärder. Dessutom finns till höger på blanketten några rutor som ger ytterligare registreringsmöjligheter. Dessa rutor har tänkts utgöra en potentiell utnyttjandemöjlighet för tidsbegränsade studier. Varje enskild läkare har ett eget nummer, vilket gör det möjligt att bearbeta material för den enskilde läkaren. Vid diagnosättning är förstadiagnosen i de flesta fall den diagnos som huvudsakligen lett till besöket. Diktering av fler än tre diagnoser förekommer men endast de tre första tas med i dataregistreringen. Diagnoskoder har inhämtats från "Diagnoskoder i öppen vård" utgiven av socialstyrelsen 1977 eller motsvarande diagnosnummer "Klassifikation av sjukdomar 1968" från socialstyrelsen 1973. Rubriken "Rådgivning" har endast kryssats om ingen åtgärd utförts. Syftet med denna rubrik har varit att få ett mått på de patienter som inte kräver specifika åtgärder.

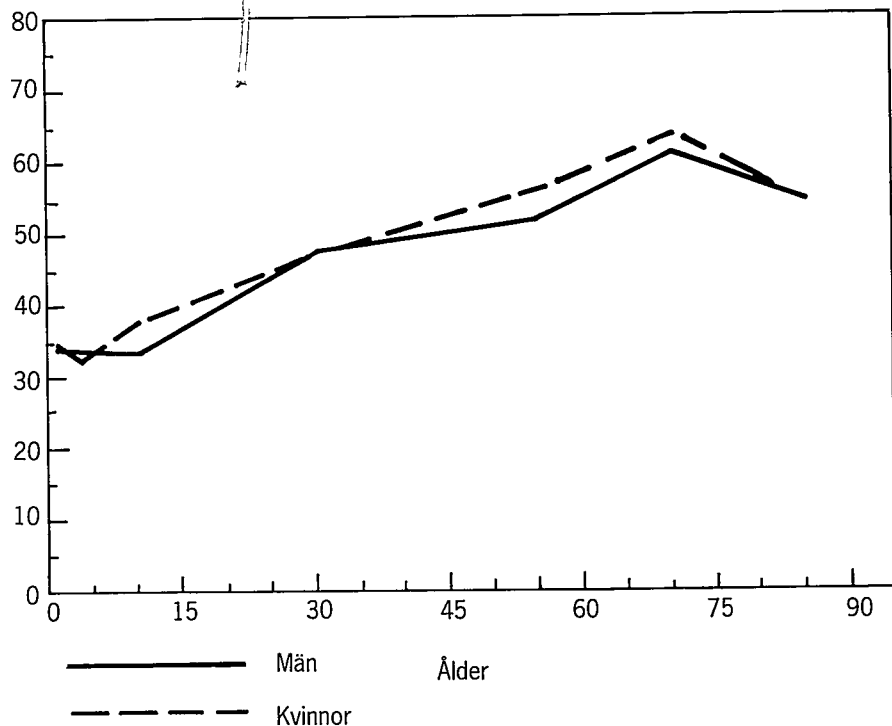
RESULTAT

Besöks- och patientstatistik

Traditionella redovisningar av besöks- och patientstatistik från allmänläkarmottagningar visar ofta en kurva som ser ut som en normalfördelningskurva. Detta återspeglar egentligen främst val av åldersgränser. Vi har i stället valt att visa hur stor del av befolkningen som sökt på vårdcentralen under ett år. För att åstadkomma detta måste registreringen vara individrelaterad och man måste ha tillgång till befolkningsuppgifter.

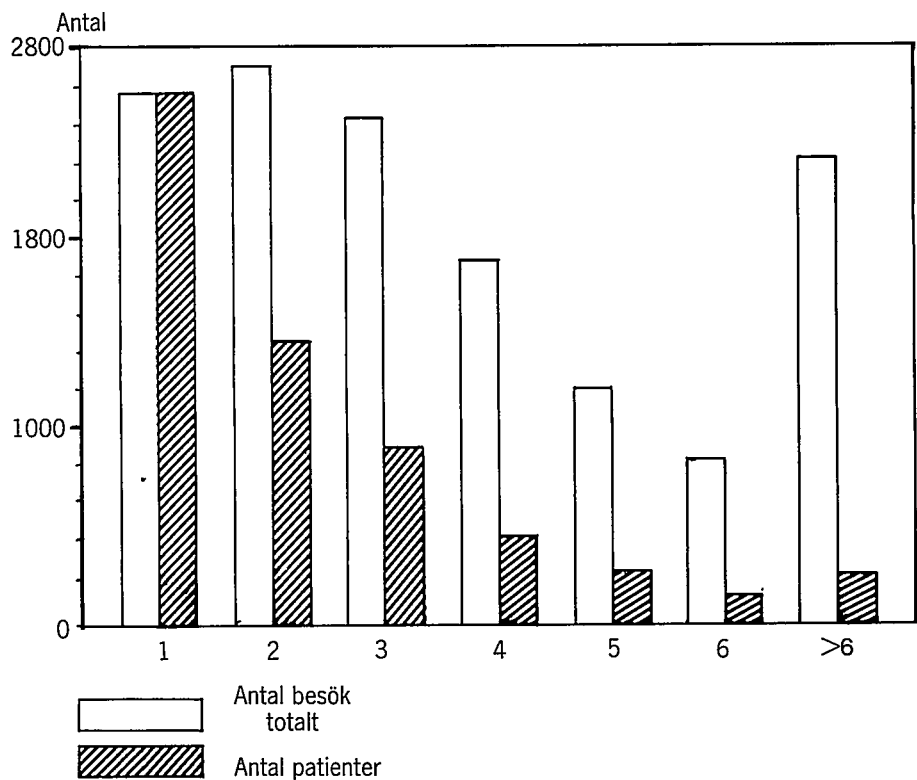
I figur 2 redovisas sålunda hur stor andel av befolkningen i kommunen som sökt läkare på vårdcentralen under 1984. Kurvan visar att besöksfrekvensen som väntat ökar med stigande ålder. I de översta åldersklasserna minskar andelen sökande något. Detta tror vi beror på att patienterna på sjukhemmet samt personer boende på kommunens servicehus inte ingår i registreringen. Dessa patienters läkarbesök utförs på respektive institution. Den "faktiska" kurvan fortsätter förmodligen uppgåt till höger.

Kurvan visar också något förvånande att minst en tredjedel i varje åldersgrupp har besökt vårdcentralens läkare under året. Vi hade framför allt förväntat oss en mindre siffra för de yngsta åldersgrupperna då dessa ju har kontinuerlig kontakt med barnvårdcentralerna, och dessutom har tillgång till barnläkare tre mil från vårdcentralen.



Figur 2.

Procentuell andel personer i Sävsjö kommun med minst ett läkarbesök under året – 1984 – inom olika åldersgrupper och kön.



Figur 3.

Sammanställning av hur många besök patienterna har haft under året och vilken andel dessa haft i årets totala läkarbesök.

Kurvan visar också att det inte finns någon nämnvärd könsskillnad i besöksfrekvensen. Det har från flera håll påpekats att kvinnor skulle ha en "överkonsumtion" av läkarbesök, inte minst i svenska allmänläkarrapporter (referenser 4, 5). Enligt vår registrering söker 49,8 procent av kommunens kvinnor och 47,7 procent av kommunens män vid vårdcentralen under året. Kvinnornas andel i årets läkarbesök är 52 procent och männens andel 48 procent. Således söker lite fler kvin-

nor än män, men de söker ej oftare jämfört med männen.

Figur 3 redovisar antal patienter efter hur många besök de gjort under året, samt totalantalet besök i de olika grupperna. Journalerna för de patienter som gjort mer än sex besök under året har genomgåts. Gruppen visar sig då bestå av patienter med TT-kontroller, patienter med skador som behövt täta kontroller, andra patienter som tillfälligt fått anledning att söka ofta under just 1984, men här finns också

en grupp "storkonsumenter". Dessa har antingen redan en psykiatrisk diagnos eller kan retrospektivt tänkas vara på väg in i en psykoneurotisk utveckling. Bevakningar av denna typ kan utföras med en kontinuerlig registrering som denna och kan tänkas användas till gagn för sådana patientgrupper.

Åtgärdsstatistik

I tabell I redovisas resultaten av åtgärdsregistreringen uppdelad efter kön och besöksstyp och visar förekomsten av varje åtgärd uttryckt som procent av totalt antal besök under år 1984. Särskilt kan påpekas att 16,3 procent av läkarbesöken har klarats utan specifik åtgärd, också utan återbesök. Återbesök har beställts vid 42,7 procent av besöken, oftast efter tidsbeställda besök. Recept har utfärdats vid 46,5 procent av besöken. Endast 10,7 procent av besöken leder till sjukskrivning. Oftast sjukskrivs män vid akutbesök. Detta kan bero på att akuta skador är en ganska vanlig diagnos hos oss (se diagnosstatistik). Remiss till specialist har utfärdats vid 8,3 procent av besöken. Dessa remisser fördelar sig jämt vad gäller kön och besöksstyp. Vi tycker det skulle vara intressant att ändra registreringen så att det framgår om remissen är akut eller icke akut. Terapeutiska samtal förekommer vid 4,7 procent av besöken, vilket är en vanlig siffra (referens 4). Att antalet vaccinationer är så lågt bedömer vi beror på att läkaren oftast inte är inkopplad vid denna typ av åtgärd. Rubriken bör utgå ur blanketten. Likaså anser vi att rubrikerna "medicinsk åtgärd", "kirurgisk åtgärd", "mer omfattande lab-prov" samt annan "specialundersökning" också bör utgå. Detta beroende på att de visat sig svåra att definiera och har tolkats olika av olika läkare. Vi tycker det är speciellt viktigt att påpeka att vår erfarenhet är att det är fundamentalt viktigt att basregistreringen utformas så enkelt som möjligt. Detta för att få så god följsamhet som möjligt från de olika läkarna. Vår blankett möjliggör som ovan nämnts tidsbegränsade specialstudier som komplement till basdataregistreringen vid önskemål.

Läkarstatistik

Blanketten möjliggör statistikbearbetning för varje enskild läkare. Vi har funnit det personligt intressant att titta på olika delar av vår egen verksamhet men redovisar inte här någon uppdelning på de olika läkarna.

Diagnosstatistik

Datorbehandlingen av diagnoserna ger närmast oändliga möjligheter att se på statistiken. Vi har här valt att redovisa fyra olika möjligheter (tabell II till IV). Dessa visar några exempel på sätt att redovisa befolkningens sjuklighet, vårdkonsumtion, distriktsläkarens arbetsområde och möjligheter för framtida vårdinsatser.

Antal diagnoser satta under 1984

var 17.318 på de tillsammans 13.522 läkarbesöken. Antal diagnoser per besök var 1,28, vilket är en vanlig storlek (referens 4).

Tabell II visar de tio vanligaste huvudgrupperna enligt en något utvidgad version av de sjutton huvudgrupper man finner i socialstyrelsens "Klassifikation av sjukdomar 1968". I tabellen ingår enbart första diagnosen, det vill säga den diagnos som huvudsakligen lett till besöket. 80,3 procent av årets

läkarbesök finns bland dessa 10 huvudgrupper.

Tabell III visar en lista över de vanligaste sjukdomarna enligt "Diagnoskoder i öppen vård". Här har medtagits samtliga satta diagnoser och således inte bara första diagnosen. Listan är mycket traditionell. Vi har därför fört bearbetningen ett steg vidare och grupperat diagnoserna efter "allmänläkarens vardagstänkande". Tabell IV redovisar sålunda det vi kallar "tio i topp"-diagnoserna.

Tabell I.
Åtgärder.

Åtgärd	Män	Kvinnor	Tidsbest	Akut	Totalt	%
Rådgivning	1.041	1.164	1.085	1.120	2.205	16,3
Samtal	281	354	364	271	635	4,7
Recept	2.761	3.520	3.437	2.844	6.281	46,5
Sjukskrivning	856	585	526	915	1.441	10,7
Återbesök	2.672	3.103	4.637	1.138	5.775	42,7
Annat intyg	117	86	182	21	203	1,5
Vaccinationer	18	18	3	33	36	0,3
Remiss sjukgymnast	63	113	136	40	176	1,3
Kirurgisk åtgärd	722	424	391	755	1.146	8,5
Medicinsk åtgärd	106	131	80	157	237	1,8
Röntgen	463	512	463	512	917	7,2
Mer omfattande lab prov	164	284	252	196	448	3,3
Annan specialundersökning	37	48	63	22	85	0,6
Remiss annan specialist	595	527	517	605	1.122	8,3

Tabell II.
De vanligaste sjukdomshuvudgrupperna.

1. Cirkulationsorganens sjukdomar (20,9%)
2. Respirationsorganens sjukdomar (12,0%)
3. Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindvävnad (10,5%)
4. Skador (10,0%)
5. Endokrina sjukdomar (6,9%)
6. Öronsjukdomar (4,3%)
7. Hudens och underhudens sjukdomar (4,3%)
8. Undersökning och åtgärd utan aktuell sjukdom (4,1%)
9. Urogenitalorganens sjukdomar (4,1%)
10. Mentala rubbningar (3,2%)

Tabell III.
De vanligaste diagnoserna enligt "Diagnoskoder i öppen vård".

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 1. Hypertoni | 9. Artroser |
| 2. ÖLI | 10. Ledsmärtor |
| 3. Skador | 11. Lumbago-Ischias |
| 4. Diabetes mellitus | 12. Gastrit, duodenit |
| 5. Allmän kroppsundersökning | 13. Lumbago |
| 6. Cystit | 14. Buksmärtor |
| 7. Neuroser | 15. Rheumatoid artrit |
| 8. Otitis media acuta | |

Tabell IV.
Besöksfrekvens för de 10 vanligaste sjukdomsdiagnoserna eller grupperna (10-i-topp-diagnoser).

Diagnos	Antal ggr diag förekom 1984	% av total antal diag 1984	% av total antal läkarbesök 1984
Hypertoni	2.070	12,0	15,3
ÖLI	1.414	8,2	10,5
Skador	1.334	7,7	9,9
Diabetes mellitus	897	5,2	6,6
"Ledsjukdomar"	783	4,5	5,8
"Akuta öron"	450	2,6	3,3
"Rygg"	445	2,6	3,3
Allmän kroppsundersökning	434	2,5	3,2
"Psykiatri"	418	2,4	3,1
Cystit	370	2,1	2,7
Totalt	8.615	49,8%	63,7%

Tabell V.

Antal personer i Sävsjö kommun med de 10 vanligaste sjukdomsdiagnoserna eller grupperna (10-i-topp-diagnoser).

Diagnos	Antal pres med diag i Sävsjö	% av total antal pat på vårdcentr	% av Sävsjö befolkning	Antal besök/pat (korrigerat)
ÖLI	1.063	18,6	9,1	1,69
Hypertoni	969	17,0	8,3	2,72
Skador	920	16,1	7,9	1,84
"Ledsjukdomar"	488	8,6	4,2	2,03
Allmän kroppsundersökning	396	6,9	3,4	1,40
Diabetes mellitus	306	5,4	2,6	3,72
"Rygg"	305	5,3	2,6	1,85
"Akuta öron"	286	5,0	2,4	1,99
Cystit	246	4,3	2,1	1,91
"Psykiatri"	204	3,6	1,7	2,60
Totalt 5.183 (ej korrigerat)				

Tabell V visar hur många personer i kommunen som sökt på vårdcentralen under året och fått en av "tio i topp"-diagnoserna. Tabellen visar också längst till höger hur många besök varje patient gjort för den aktuella diagnosen. Siffrorna måste här korrigeras eftersom en patient vid ett och samma besök ganska ofta får två utav "tio i topp"-diagnoserna. Sålunda är det faktiska antalet patienter som sökt minst en gång under 1984 med en av dessa diagnoser 3.948 (och ej 5.183 som summan i tabell V). Vidare är den faktiska procentuella andelen som sökt med en av dessa diagnoser någon gång under 1984 69,2 procent av vårdcentralens totala patientantal under året. Den faktiska procentuella andelen av kommunens befolkning med en "tio i topp"-diagnos någon gång under året är 33,8 procent. Det är således en ganska stor del av mottagningsarbetet som utgörs av dessa tio diagnoser.

DISKUSSION:

Vi har nu drygt två års erfarenhet av kontinuerlig patientregistrering enligt denna modell. Vi har kunnat konstatera att metoden fungerar bra inom den dagliga rutinen. Det merarbete som ifyllandet av blanketten medför kompenseras mer än väl av de fördelar den medför. Sålunda tycker vi till exempel att journalerna blivit mer stringenta när man tvingas ta ställning till en diagnos vid varje besök. Det har också blivit lättare att snabbt sätta sig in i en patients hela sjukdomsbild genom att diagnoserna hela tiden finns registrerade sist i varje journalanteckning.

Vi avser att fortsätta med en kontinuerlig registrering. Några smärre förändringar av blanketten planeras (se ovan). Vi planerar också att göra tidsbegränsade studier med mer specifika frågeställningar. Blanketten möjliggör som ovan nämnts detta.

För närvarande pågår på vårdcentralen ett arbete med kartläggning av samtliga diabetiker i primärvårdsområdet. Arbetet utförs som ett projektarbete av vår nuvarande FV-läkare. Detta arbete har kraftigt underlättats av den kontinuerliga diagnosregistreringen.

Vi anser att denna artikel ger exem-

pel på hur man kan använda en sådan här bearbetning av patientdata som en verksamhetsberättelse för året. Således en typ av "provinsialläkarrapport" (referens 5).

Referenslitteratur:

1. Almér I et al: Lokal tillämpning i Örebro län: AllmänMedicin 4:83, s 142.
2. Gunnarsson C: Basdatagrupperna äntligen i tryck: AllmänMedicin 4:83, s 140.

3. Basdata om kontakter i primärvården: Spri Rapport 142, 1983, Stockholm.

4. Lindblad T: Rapport från en patientregistrering vid vårdcentralen Granen, nordöstra primärvårdsdistriktet i Malmö. AllmänMedicin 5:84, s 210.

5. Håkansson A: "Distriktsläkarrapport" från vårdcentralen i Ingelstad, AllmänMedicin 5:83, s 196.

6. Malmberg B-G: Primärvården som databas: Exempel på Tumbaprojektet, AllmänMedicin 6:84, s 258.

7. Rylander B och Berg L: Distriktsläkarens mottagningsarbete - inte bara patientbesök, AllmänMedicin 6:84, s 267.

8. Diderichsen F: Är det metoderna eller behoven som ska definiera basdata?, AllmänMedicin 4:83, s 144.

Författarpresentation:

Charles Black, FV-läkare i allmänmedicin, tidigare verksam vid Sävsjö vårdcentral.

Håkan Detterfelt, distriktsläkare. Primärvårdschef, Sävsjö primärvårdsområde.

Henning Pedersen, distriktsläkare, handledare för AT- och FV-läkare vid Sävsjö vårdcentral.

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 ALLMÄNMEICIN - en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkervård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

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

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

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

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

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

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKEREN

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm

Remiss från primärvård till ortopedisk klinik

1981

BARBRO NÄSLUND · LENNART HALFVARSON

Här redovisas en studie av två års remisser från två vårdcentraler i Örebro till ortopediska kliniken, Regionsjukhuset, Örebro. Litteraturgenomgången i anslutning till studien redovisades separat i AllmänMedicin nr 2, 1985.

INTRODUKTION

Syftet med studien har varit att analysera remisser från primärvård till specialistklinik, i detta fall ortopediklinik. Med ledning av resultatet försöker vi upptäcka åtgärder för att minska eventuellt onödiga remisser och komma fram till remissrekommendationer. I viss mån försöker vi även belysa remittering ur mera allmän synpunkt. Förutom att betrakta remissen som ett rent kommunikationsinstrument kan man se den som en resurs som kan ha ett stort utbildningsvärde.

Vi har utifrån fem frågeställningar och bakomliggande hypoteser försökt analysera remisser från primärvård till ortopediklinik.

1) Vilka patienter/problem remitterar vi?

Frågan huruvida vi remitterar patienter med ryggbesvär i för stor utsträckning tycker vi är väsentligt att få besvarad. På senare tid har en strävan varit att ryggproblem till stor del kan skötas i primärvården, i denna strävan har ingått flera utbildningsmoment.

Många patienter och samhällsföreträdare förväntar sig emellertid en ortopedbedömning vid speciellt långdragna ryggbesvär. Vi upplever dock att en förändring i nämnd riktning under senare tid kommit till stånd. Plastikoperationer vid arthros i höft- och knäleder måste betraktas som en klart livskvalitetshöjande insats. Efterfrågan på denna typ av ingrepp är stor och vi tror att detta återspeglar sig i remisserna. Diagnostiken vid knäbesvär är svår, varför dessa i stor utsträckning leder till remiss för diagnostisk hjälp. Frakturer ses sällan på vårdcentral i storstaden och därför sannolikt ej heller i vårt remissmaterial. Remisser till ortopedverkstaden torde domineras av önskemål om korsett och skoinlägg.

2) Vem skriver remissen och varför?

Färdigutbildade allmänläkare torde skriva färre remisser än icke färdigutbildade. Vad gäller fördelning av frågeställningen mellan olika läkarkategorier antar vi att diagnostiska remisser

är vanligare hos icke färdigutbildade läkare. Som helhet tror vi att terapeutiska remisser utgör stor del av undersökningsmaterialet.

3) Vilken undersökning/behandling har föregått remissen?

Ortopedremiss föregås som regel av diagnostisk åtgärd och behandlingsförsök. Tillgång till sjukgymnast på vårdcentral borde medföra att sjukgymnastik provas i relevanta fall före remittering.

4) Vem har besvarat remissen och hur?

Vi upplever att våra remisser från primärvården ofta besvaras av icke färdigutbildade läkare och tror att detta gäller även ortopediska remisser. Vår erfarenhet är att diagnos inte sällan saknas, detta gäller framför allt vid knäbesvär. Återremittering sker sällan.

5) Vilka remisser är obefogade och vad kan vi göra åt detta?

Den rikliga förekomsten av ortopediska sjukdomar i befolkningen, sjukdo-

mar vilka ofta är långvariga/kroniska, kan medföra en onödig remittering bland annat på grund av påtryckningar från patienten, där ryggpatienten är ett typexempel. Närheten till specialist kan säkert även spela en viss roll för onödig remittering. Problemet tror vi dock är kvantitativt ganska litet och enligt vår uppfattning leder ej utbyggnad av primärvård till ökad onödig remittering.

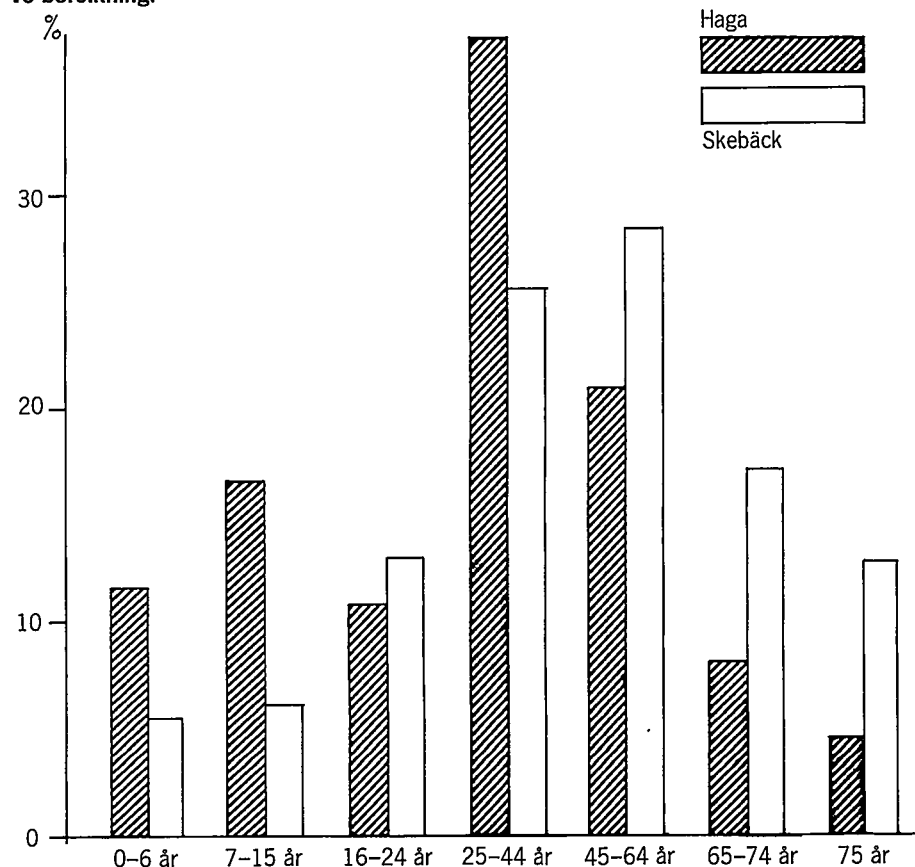
MATERIAL OCH METODER

Områdesbeskrivning

Studien avser remisser skrivna under åren 1981 och 1982 vid Haga och Skebäcks vårdcentraler till ortopedikliniken vid Regionsjukhuset i Örebro. Haga vårdcentral ligger i utkanten av staden och upptagningsområdet med många barnfamiljer består till en tredjedel av landsbygd (invånarantal 12.987 den 1/1 1982).

Skebäcks vårdcentral är centralt belägen och upptagningsområdet domineras av centrala staden med många äldre. Till vårdcentralen hör även ett sjukhem med 90 vårdplatser och dagvårdsavdelning med 15 platser (invånarantal 19.181 1/1 1982).

Figur 1. Åldersfördelning Haga/Skebäcks upptagningsområden i procent av respektive befolkning.



Figur 1 visar åldersfördelningen inom de bägge vårdcentralerna.

Under 1981 och 1982 arbetade vid Haga vårdcentral 4 och Skebäcks vårdcentral 5 ordinarie distriktsläkare. Antalet FV-, AT-läkare respektive vikarier har växlat under perioden. För att kunna jämföra fördelningen av remisserna bland de olika läkarkategorierna har vi beräknat besöksfördelningen under den aktuella perioden. Denna visar att ordinarie läkare haft 63 procent, FV-läkare 10 procent, AT-läkare 18 procent och vikarier 9 procent av besöken. För att kunna jämföra de olika läkarkategoriernas remissfrekvens har vi beräknat andelen remisser i relation till besök. Då vi har kunnat visa att de ortopediska diagnoserna visar samma fördelning bland läkarkategorierna som besöken totalt blir dessa alltså ett uttryck för hur stor andel av besöken på grund av ortopediska besvär som föranleder remiss. Vi har beräknat detta i form av ett index för ordinarie läkares frekvens som 1,0.

För att komma till ortopedkliniken på RSÖ krävs remiss. Ett speciellt remissförfarande gäller för ortopedverkstaden, där ortopeden efter bedömning av remissen oftast utfärdar rekvisition utan att se patienten. Patienten kallas direkt till ortopedverkstaden och kan i samband med besöket vid behov visas upp för ortopedläkaren. I tveksamma fall kan även dessa remisser av ortopeden sättas upp som ett mottagningsbesök.

STUDIENS UPPLÄGGNING OCH GENOMFÖRANDE

På bägge vårdcentralerna finns en remissbok, där samtliga remisser noteras. Remisser från skolhälsovård och ålderdomshem har ej medtagits. Remisser från barnavårdscentralerna redovisas separat.

Med ledning av ovan nämnda remissbok har samtliga berörda journaler framplockats. Då alla remisser ej var besvarade har i dessa fall journalkopior eftersänts från ortopedmottagningen. För var remiss har data registrerats enligt figur 2.

Figur 2. Registrerade variabler

- vårdinrättning
- ålder
- kön
- diagnos (på remiss och svar)
- frågeställning
- remisskrivare
- diagnostisk åtgärd före remiss
- terapeutisk åtgärd före remiss
- väntetid
- remissbesvarare
- åtgärd - frågeställning besvarad
- återremittering
- bedömning

Diagnoserna har registrerats efter Socialstyrelsens diagnoskoder i öppen vård med någon komplettering från den fullständiga diagnosförteckning-

en. Vad beträffar de remisser som avser både hjälp med diagnostik och behandling har vi klassificerat frågeställningen som diagnostisk. Med bedömning avses fall, där diagnosen är mer eller mindre klar men man önskar specialistbedömning, exempelvis pensionsbedömning. Varje remiss har värderats huruvida remissen kan uppfattas som befogad. Bedömningen har gjorts av ortoped och distriktsläkare var för sig. På grund av tidigare nämnda speciella handläggande av remisser till ortopedverkstaden har beträffande dessa endast de 7 första variablerna registrerats. Vi har under arbetets gång fortlöpande fått hjälp och rådgivning från Socialmedicinska avdelningen vid Regionsjukhuset. Stipendium för genomförande av studien har vi fått från Örebro läns landsting.

Vi har separat studerat den anatomiska fördelningen av besvär som föranlett remiss, då diagnos ej alltid anger lokalisation.

RESULTAT

Totala antalet ortopedremisser under den studerade 2-årsperioden var 351, av vilka 119 (34 procent) kom från Haga och resten från Skebäcks vårdcentral.

Av Skebäcks-remisserna kom 19 från sjukhemmet och dagvården. Fördelningen under de båda åren uppvisar ingen större skillnad sinsemellan varför vi ej delat upp materialet årsvis. Fördelningen mellan könen (40 procent män och 60 procent kvinnor) överensstämmer i stort med könsfördelningen hos samtliga patienter som söker primärvården. De remitterade patienternas ålder relaterat till respektive befolkningsunderlag framgår av tabell I. I den fortsatta presentationen har materialet ej delats upp på respektive vårdcentral.

Tabell I.
Remisser uppdelat på ålderskategori i relation till respektive befolkningsunderlag.

Ålder	Haga Befolkn	remissfrekv (0/00)	Skebäck Befolkn	remissfrekv (0/00)
0-14	3,373	3,9	2,377	0,8
15-24	1,382	5,9	2,409	5,4
25-44	4,382	8,9	4,931	5,3
45-64	2,458	13,8	4,933	14,0
> 65	1,466	17,1	5,183	19,9
	13,061	9,0	19,833	10,7

Bortfall

20 patienter kom aldrig till ortopeden, av dessa har 2 blivit bra under väntetiden, 3 flyttat eller avlidit, 2 stod fortfarande på väntelista vid studiens genomförande och övriga har uteblivit utan känd orsak.

Ortopedverkstaden

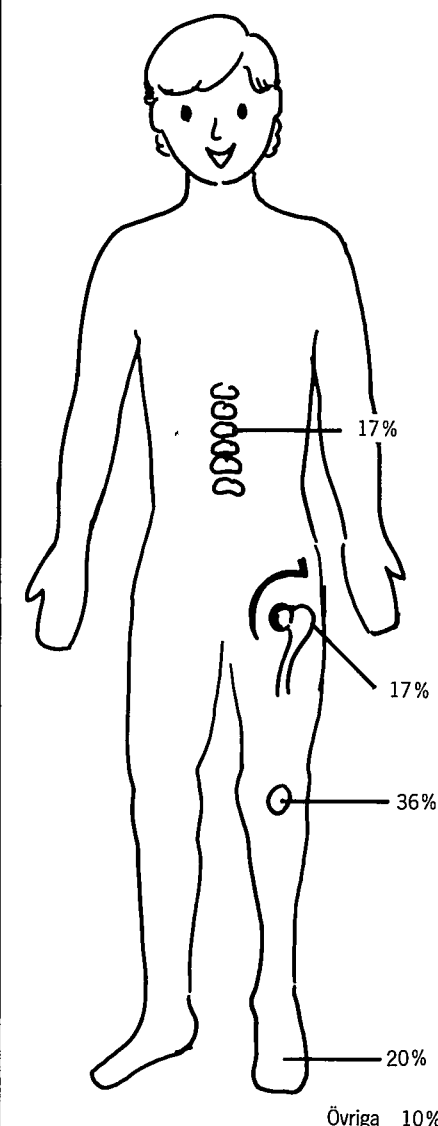
Då, som redan nämnts, speciella rutiner gäller beträffande remisser till ortopedverkstaden har vi valt att redovisa dessa separat. De utgör totalt 139 remisser. Könsfördelningen visar något större antal kvinnor än män i hela materialet. I drygt 2/3 av remisserna avser

dessa önskemål om korsett eller skoinlägg. De diagnoser som har föranlett korsett är lumbalt smärtsyndrom, scolios, osteoporos och kompressionsfraktur. Nämnas bör att även icke ortopediska sjukdomar i vissa fall föranlett remiss till ortopedverkstaden, nämligen varicer och bräck (stödstrumpa respektive bräckband). Av remisserna till ortopedverkstaden är ordinarie läkare remisskrivare i 81 procent, motsvarande siffra beträffande remisser till ortopedmottagningen är 51 procent.

Ett fåtal remisser var ställda till ortopedmottagningen, men kom direkt till ortopedverkstaden. Detta kan betingas av bristande kännedom om rutinerna hos remisskrivaren, men kan även orsakas av att ortopedläkaren vid remissbedömningen på grund av lång väntetid tycker att patienten kan komma direkt till ortopedverkstaden.

Ortopedmottagningen

Figur 3 visar anatomiska fördelningen av besvär som föranlett remiss till ortopedmottagningen.

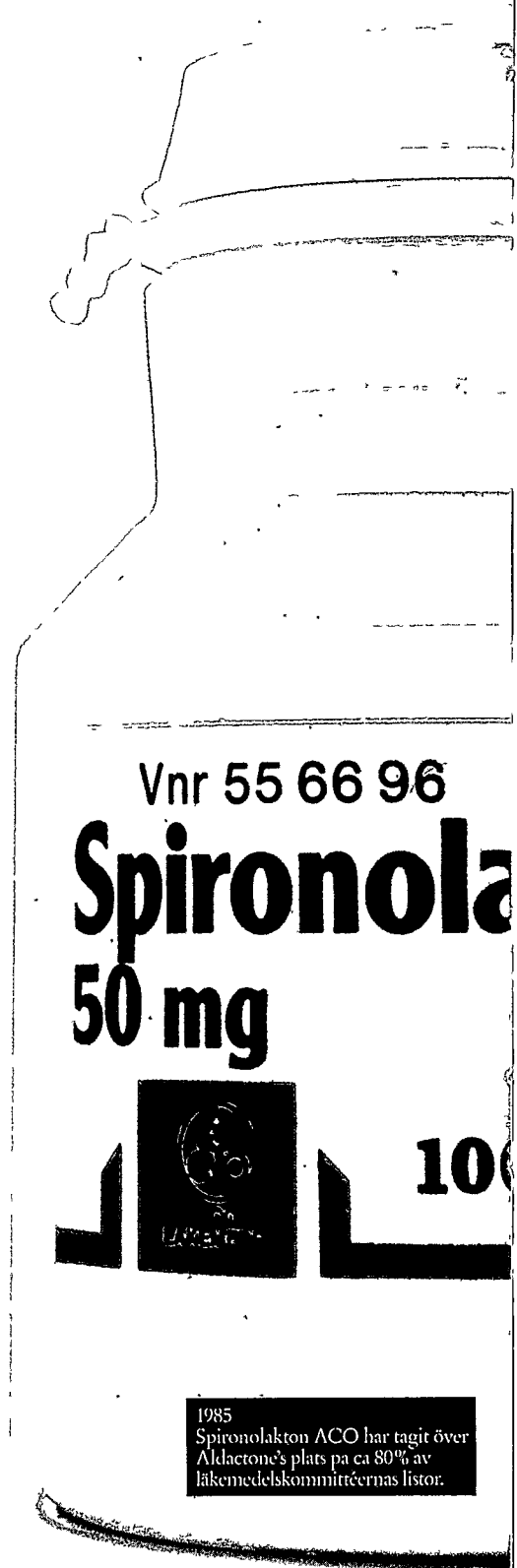


Figur 3.
Lokalisation av besvär som föranlett remiss till ortopedmottagningen.

0-80



1983
Spironolakon ACO gör entre
på marknaden.



Vnr 55 66 96

Spironolakon
50 mg



100

1985
Spironolakon 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

lakton ACO

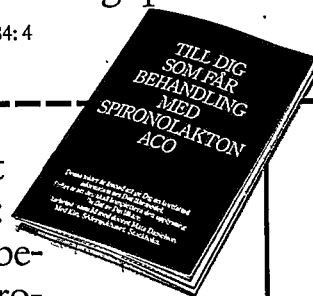
tabletter

För
för

1 tab-
spiron-
akon

Jag beställer _____ st
patientbroschyrer:

”Till Dig som får be-
handling med Spiro-
nolakton ACO.”



Frankeras ej.
ACO betalar
portot.

Befattning: _____

Namn: _____

Adress: _____

Postadr: _____

ACO Läkemedel AB

Svarspost
Kontonr 29705027
171 03 SOLNA

ACO Läkemedel AB, Box 3026, 171 03 Solna.

Spridningen är stor som framgår av tabell II.

Tabell II.

Diagnoser på remisser till ortopedmottagningen, rangordnade efter förekomst, absoluta tal.

Arthros	41
Menisksjukdom	30
Lumbago-ischias	19
Hallux valgus	18
Ledsmärter (knä)	16
Distorsion	14
Collumfraktur	8
Tendinit	7
Diskbråck	6
Chondromalacia patellae	4
Scolios	4
Pes planus	3
Frozen shoulder	3
Humerusfraktur	3
Ledsvullnad	3
Luxatio patellae	2
Osteoporos	2
Osteit	2
Cervikalsyndrom	2
Kompressionsfraktur	2
Polio	2
Arteriell insuff	2
Övriga	19
Summa	212

De tidigare nämnda remisserna från BVC, vilka vi fått uppgift om från barnhälsovården, RSÖ, redovisas i tabell III.

Tabell III.

Remisser från BVC, uppdelat efter remissorsakens anatomiska lokalisering, absoluta tal.

Höft	12
Knä	2
Fot	8
Ben	1
	23

För att kunna jämföra de olika läkarkategoriernas remissfrekvens har vi beräknat andelen remisser i relation till besök enligt beskrivningen i metodavsnittet.

Tabell IV.

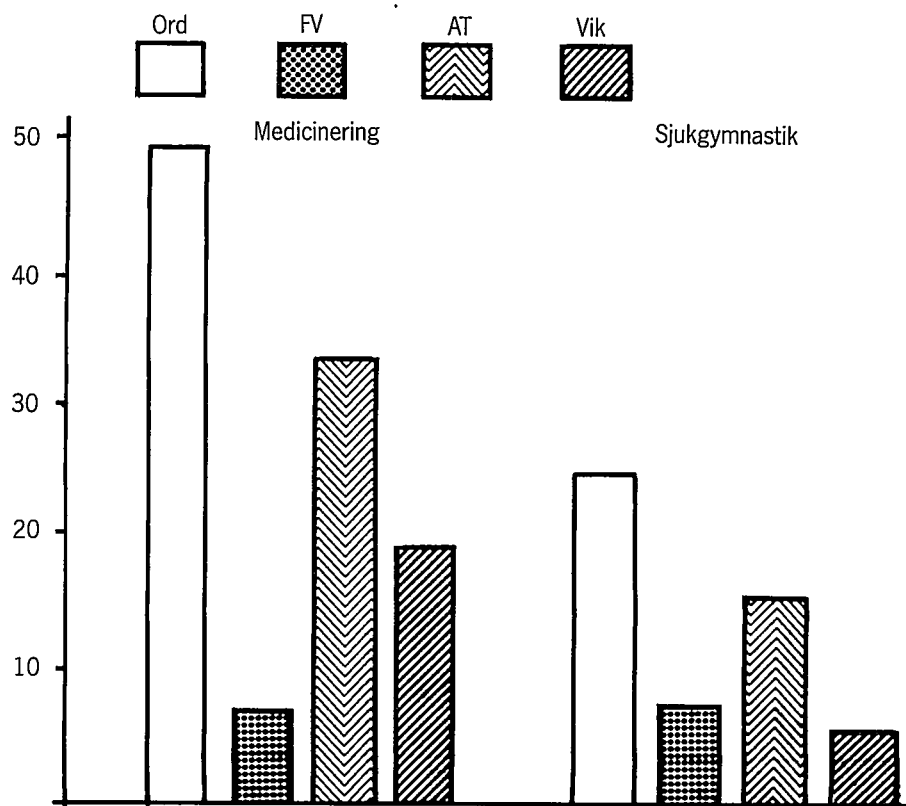
Antal remisser relaterat till besök. Index för de olika läkarkategorierna.

Ordinarie	1,0
FV-läkare	0,9
AT-läkare	1,1
Vikarie	3,7

Tabell V visar de olika läkarkategoriernas remisser fördelade på frågeställning. Att tabellen innehåller 218 remisser förklaras av att, som redan nämnts,

Tabell V.
Relativ fördelning av frågeställning uppdelat på läkarkategori.

	Ordinarie	FV	AT	Vik	Totalt
Diagnos	34	40	23,5	25	30
Bedöm	25	26,5	23,5	19	23
Ter. ej op	5	7	18	15	10
Ter. op	36	26,5	35	41	37
	100	100	100	100	100



Figur 4.

Rel andel vidtagen terapeutisk åtgärd av respektive läkarkategoriens samtliga remisser.

6 remisser var ställda till ortopedmottagningen men kom direkt till ortopedverkstaden. I databearbetningen har dessa 6 remisser här inkluderats i remisserna till ortopedmottagningen. I den fortsatta redovisningen ingår ej dessa, då övriga variabler ej har registrerats.

Åtgärd före remiss

När det gäller diagnostiska åtgärder som vidtagits före remiss har röntgen eller scintigrafi gjorts i 66 procent. I fem fall finns det dokumenterat att man rådgjort med kollega. Figur 4 visar vilka terapeutiska åtgärder som vidtagits före remiss, fördelade på läkarkategori.

Befogad remiss?

Bedömningen av vilka remisser som är befogade framgår av tabell VI. Resultatet av distriktsläkarnas och ortopedens bedömning har sammanställts i samma tabell.

Tabell VI.

Resultat av distriktsläkarnas och ortopedens bedömning av remissernas befogenhet.

ORTOPED	Ja	Tveksam	Nej	Ej bedömbär
DISTRIKLÄK				
Ja	161	7	0	0
Tveksam	6	14	3	0
Nej	0	1	17	0
Ej bedömbär	0	0	0	3

De remisser som bedömts som obefogade eller tveksamma av någon bedömare har vi studerat beträffande frågeställning, remisskrivare, behandling före remiss samt diagnos. För att kunna jämföra de olika alternativen inom respektive variabel har vi studerat hur

stor andel av remisserna från respektive undergrupp som bedömts som obefogad. Beträffande behandling före remiss var andelen obefogade remisser lika stor vare sig man medicinerat eller ej, respektive fått sjukgymnastik eller ej. Remisser med frågeställning "terapi, ej op" har något oftare bedömts som ej befogade än hela materialet. Remisser med denna frågeställning har dock aldrig bedömts som tveksamma. Vad gäller remisskrivare framkom dock en klar skillnad beträffande andelen obefogade remisser, vilket framgår av tabell VII.

Tabell VII.

Andel obefogade remisser bland respektive remisskrivare.

Ordinarie	5%
FV	13%
AT	15%
Vik	16%

Spridningen bland de olika diagnoser var stor. Bland de stora grupperna arthros och ryggbesvär var andelen obefogade remisser cirka 5 procent, det vill säga lägre än i hela materialet. Bland remisser på grund av knäbesvär var andelen obefogade remisser däremot högre, något över 15 procent:

Väntetid

Väntetiden framgår av tabell VIII.

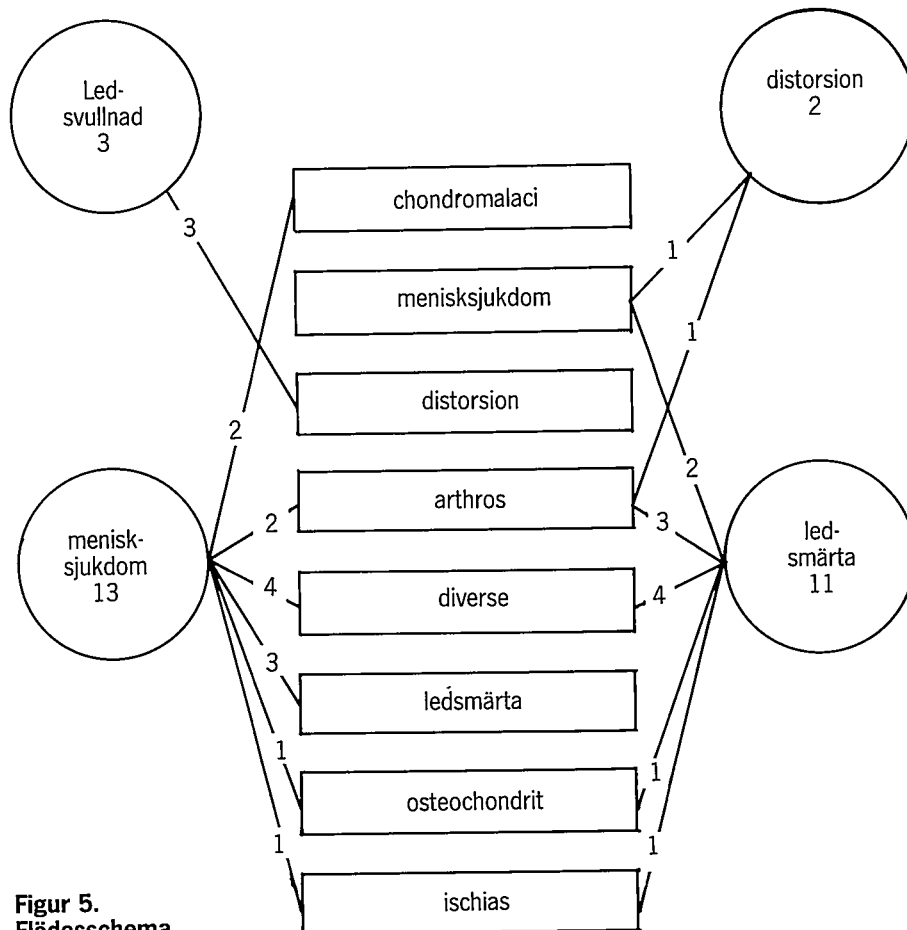
Tabell VIII.

Väntetid för besök på ortopedmottagningen.

< 3 mån	20%
1- 3 mån	20%
3- 6 mån	15%
6-12 mån	25%
> 12 mån	20%

Remissvar

Remissen har i de flesta fall, i 92 procent, besvarats av specialist eller FV-lä-



Figur 5.
Flödesschema.

kare under vidareutbildning till ortoped. I några fall har patienten varit hos annan läkare som rådgjort med specialist.

I cirka 70 procent blev diagnosen densamma på svaret som på remiss huvudet. Av de övriga utgör mer än 50 procent knädiagnoser som menisksjukdom, knäsmärta och knäledssvullnad. Figur 5 visar dessa i form av ett flödesschema, där cirkelarna innesluter diagnoser på remiss huvuden, medan rektangelarna representerar remissvarsdiagnoser. Övrig del av remisserna med ändrad diagnos uppvisade stor spridning mellan olika diagnoser.

Att bedöma huruvida remissens frågeställning blivit besvarad visade sig vara svårt. Ibland framgår detta dåligt av remissvaret, man kan av den oftast bifogade journalkopian tolka fram ett svar. Med detta förfarande framgår i de allra flesta fall att patienten är omhändertagen och då har vi bedömt frågeställningen som besvarad. Även återremittering har visat sig vara svår att bedöma. Endast i enstaka fall framgår av remissvaret att patienten återremitterats till remisskrivaren. Dock skrivs remissvaret i flera fall innan utredningen är avslutad varför det av remissvaret är svårt att bedöma om återremittering skett.

DISKUSSION

1) Vilka patienter – problem remitterar vi?

Inledningsvis vill vi påpeka att detta ej är en epidemiologisk studie utan en remisstudie. Skillnaden kan åskådliggöras med att bland ettusen individer i

ett samhälle söker 50 sjukvård och av dessa blir 5 remitterade (1). Den här undersökningen säger alltså ingenting om de övriga niohundra nittiofem. Den säger faktiskt ej heller något om samtliga fem utan enbart om dem som fått sin remiss på de aktuella vårdcentralerna. Den beskrivning av patienten som gjorts i vår studie gäller ålder och kön. Könsfördelningen avviker ej från vårdcentralernas patienter som helhet. Beträffande patientens ålder framkommer en god överensstämmelse mellan de bägge vårdcentralerna inom olika åldersgrupper med undantag av gruppen 25–44 år. I den yngsta åldersgruppen är antalet remisser lågt, speciellt från Skebäck vårdcentral. Detta medför så stor osäkerhet att jämförelse ej låter sig göras. Som synes ökar remitteringen med ålder, vilket förklarar att andelen remisser från Skebäck är större än Haga även om hänsyn tas till befolkningsunderlagets storlek.

Vi fann det något överraskande att knäbesvär var den vanligaste orsaken till ortopedremiss. I en engelsk liknande studie var knäbesvär ej lika vanliga (2). Vi tror att det hela förklaras åtminstone delvis av att diagnostiken vid knäbesvär är svår, även för ortopedspecialisten. Misstanke på menisksjukdom synes vara betydligt större än den verkliga förekomsten. Av de trettio remisserna fick tretton ändrad diagnos och sex patienter uteblev. Vissa andra knädiagnoser, som chondromalaci, arthros, bör uteslutas före remiss. Den verkliga förekomsten av meniskfrågeställning bland remisserna kan kanske delvis vara ett uttryck för patientens egen uppfattning.

Andelen patienter med ryggbesvär var ej speciellt stor. Vår uppfattning är att om undersökningen gjorts för 10 år sedan skulle andelen varit betydligt större. Patienter med ryggbesvär kan till stor del skötas inom primärvården och remittering till ortoped sker endast på strikta indikationer.

Andelen frakturer var som väntat liten. Även andelen tendinit var låg. Trots att dessa förekommer rikligt på vårdcentralen föranleder det sällan remiss.

Remisser till ortopedverkstaden utgjorde en dryg tredjedel av hela materialet. Som väntat dominerades dessa av korsetter och skoinlägg. Påfallande är att cirka 80 procent av dessa remisser skrivits av ordinarie läkare, vilket kan ha flera orsaker. Ökad kunskap om rutiner samt det faktum att ordinarie läkare följer patienten under en längre tid kan vara en viss förklaring. Som tidigare nämnts föreligger ortopediska sjukdomar i lika stor utsträckning hos de olika läkarkategorierna, vilket annars kunde varit en delorsak. De enkla smidiga rutinerna för remittering till ortopedverkstaden är för såväl oss remisskrivare som patienten en klar fördel. I en svensk studie har man föreslagit att förskrivningsrätt av korsett och skoinlägg ges till distriktsläkare och detta skulle naturligtvis avlasta ortopeden ytterligare (3).

2) Vem skriver remissen och varför?

Frågan om vem som skriver remissen har vi studerat enbart beträffande kompetens. Förutom den redan nämnda skillnaden beträffande remisser till ortopedverkstaden framkommer enbart den avvikelser att vikarie skriver fler remisser i relation till antalet besök än övriga kategorier. Den förväntade ökade remitteringen från utbildningsläkares sida framkommer alltså ej. Vad gäller analys av variation med ålder hos remisskrivaren har vi avstått från denna, delvis på grund av liten åldersvariation mellan de aktuella läkarna. Vad vi tror kunde vara värt att analysera är en eventuell skillnad mellan könen. Liksom tidigare studier menar vi att en individuell variation relaterad till personlighet ej går att bortse från.

Fördelningen mellan diagnostik, bedömning och terapi är ganska jämn. Kanske hade vi väntat oss större andel operationsremisser. Vad gäller kategorin bedömning betingas dessa ibland av krav från samhällets sida mera än medicinska skäl. Remisser som klassificerats som terapi – ej operation, avser huvudsakligen remisser till ortopedverkstaden och gruppen blir därför liten på ortopedmottagningen.

3) Vilken undersökning och behandling har föregått remissen?

Vad gäller diagnostisk åtgärd före remiss fann vi att röntgen var gjord i 2/3 av fallen, men vi fick inte fram någon signifikant skillnad mellan olika läkarkategorier. Önskvärt hade varit att undersöka hur omfattande fysikalisk un-

dersökning som gjorts innan remiss, men då dokumentation i journalen är av varierande kvalité och kanske mera ett uttryck för den enskilde läkarens personlighet än faktiskt gjord undersökning är det mycket svårt att värdera och registrera detta. I få remisser fann vi det dokumenterat att man rådgjort med kollega – troligen förekommer det inte så sällan att man gjort det utan att notera det i journalen. Enligt vår bedömning är detta en enkel och praktisk åtgärd av stort värde innan remittering sker.

Vi tycker att man bör rådgöra med kollega så ofta det är praktiskt möjligt. Vi har upplevt att journalen många gånger är ett trubbigt instrument för att få reda på vad som gjorts i dessa avseenden.

Behandlingsförsök före remiss hade gjorts i störst utsträckning av ordinarie distriktsläkare både vad beträffar mediciner och sjukgymnastik. Delvis kan förklaringen vara att ordinarie läkare har bättre kännedom om vilka sjukgymnaster det är möjligt att remittera till. Vi tror också att det långsiktiga ansvaret för området och patienterna, som ordinarie distriktsläkare har, är av betydelse för remittering till sjukgymnast och medicinförskrivning.

Vi har under studiens gång kommit på ytterligare en variabel, som skulle varit värdefull och möjlig att registrera, nämligen sjukskrivning. Uppgift om sjukskrivning bör finnas med i remissen och har ofta betydelse för väntetid, operationsindikation och över huvud taget för det fortsatta handläggandet av remissen.

4) Vem har besvarat remissen och hur?

Vi fann att i stort sett alla remisser besvarats av specialist i ortopedi eller FV-läkare i ortopedi enligt den bedömning som redovisats i resultatdelen och det tyckte vi var mycket bra – vi hade nog befarat högre antal icke specialister.

I cirka 70 procent blev diagnosen densamma på svaret som på remiss huvudet. Av de övriga utgöres över hälften av knän med diagnosen menisksjukdom, knäsmärta och knäledssvullnad. Knädiagnostik är således något som är svårt och som dessutom i många fall kräver speciell utrustning och kunskap för artroskopi. Av dessa ändrade knädiagnoser kan nämnas att diagnosen ibland kanske ändå ändras så småningom – möjligen blir ett antal meniskdiagnoser på remissen först ett tag ospecificerad diagnos som distrosio, knäledssvullnad och så vidare, innan den slutliga diagnosen blir klar – och i några fall kanske menisksjukdom?

I tre fall blev diagnosen ändrad från ledsmärta och distorsion till menisksjukdom. Trots att denna diagnos är specifik ändrades den alltså oftare från menisksjukdom på remiss huvudet till annan diagnos än tvärtom. Möjligen har vi allmänläkare en ökad benägenhet att ställa diagnosen menisk på

remissen – är det ett sätt att snabbt få patienten bedömd eller används den diagnosen ofta på grund av rädsla att missa något som är viktigt att åtgärda?

Vi tror att en fortlöpande utbildning angående knäledssjukdomar skulle vara av värde för allmänläkaren – vår ökade kunskap om ryggar har minskat våra ryggremisser till ortoped och även om knädiagnostiken även i framtiden till vissa delar måste skötas av ortopediska kliniken tror vi att vi kan förbättra vår bedömning av patienter med knäsjukdomar.

Återremittering har skett i alltför få fall. Som tidigare nämnts har dock många gånger remissvaret gått iväg innan utredningen är slutförd och då framgår det inte om återremittering skett. I vissa fall finns ej någon indikation för återremittering. Många patienter blir ej återremitterade därför att de redan går på vårdcentralen för regelbunda kontroller på grund av andra sjukdomar.

5) Vilka remisser är obefogade och vad kan vi göra åt detta?

Inledningsvis vill vi påminna om att denna bedömning endast gäller remisser till ortopedmottagning. Av samtliga remisser dit bedömdes 73 procent som befogade av bägge bedömare. 10 procent bedömdes som obefogade av en eller bägge. Samstämmigheten i bedömningen kan bedömas vara god, reproducerbarhetskoefficienten är 0,92.

Vi bedömer dessa siffror som tillfredsställande. Att samtliga remisser skulle bedömas som befogade av bägge bedömare anser vi helt orealistiskt. Någon situation torde alltid kvarstå där allmänläkaren och ortopedspecialisten avviker i sina bedömningar.

Även om vi bedömt resultaten som tillfredsställande, anser vi att en förbättring kan komma till stånd. Vi har därför analyserat de 24 procent av remisserna som bedömts som ej säkert befogade, det vill säga gruppen "ej befogade" respektive "tveksamma". Vi finner då att icke färdigutbildade läkare i större utsträckning skriver obefogade remisser än färdigutbildade läkare. Vad gäller de olika frågeställningarna finner vi att gruppen terapi – ej operation i större omfattning innehåller obefogade remisser än de övriga kategorierna.

Tilläggas bör dock att bland gruppen tveksamma förekommer denna frågeställning ej alls. Att andelen obefogade remisser är överrepresenterad beträffande denna frågeställning får väl anses som ej helt oväntat, då undersökningen gäller en opererande specialist. Beträffande diagnoser är knäbesvär överrepresenterade. Med vetskap om denna grupps stora förekomst är ej heller detta oväntat.

Vad gäller lämpliga åtgärder för att öka andelen befogade remisser föreslår vi följande:

1. Överväg behandlingsförsök före remittering.

2. Rekommendationer för remittering:

a) Ställ remissen till rätt ställe. Ortopedverkstaden bör vara ett alternativ även för utbildningsläkare.

b) Formulera frågeställning, vilket vid remissbedömningen är viktigare än ett diagnosförslag.

c) Önskvärt att utbildningsläkare rådgör med ordinarie läkare före remiss, speciellt beträffande tveksamma fall och remisser till ortopedverkstaden.

d) När röntgenundersökning gjorts före remiss bör denna innehålla svar på nämnda undersökning.

e) Remissbesvarare bör vara specialist eller FV-läkare i ortopedi. Om annan läkare bör denna rådgöra med specialist.

f) Remissvaret bör innehålla diagnos och besvara frågeställning.

g) Återremittering bör ske i lämpliga fall.

3. Organiserad konsultverksamhet rekommenderas. Om en speciell ortopedläkare knyts till var vårdcentral, kan denna person även vara lämplig att kontakta vid andra behov av diskussion med kliniken.

4. Ökad undervisning av allmänläkare, vilket kan ske i olika former.

a) Auskultation på ortopedmottagning under kortare eller längre tid, kanske speciell mottagning kan göras med knäpatienter.

b) Ökad utbildning angående knäbesvär.

5.) Onödig ortopedbedömning för pensionsbedömning bör undvikas.

Bortfallet i undersökningen är ej speciellt stort. I den tidigare flera gånger refererade undersökningen var detta betydligt större, nämligen ungefär 1/4 av samtliga remisser.

Författarpresentation:

Barbro Näslund, distriktsläkare, Olaus Petri vårdcentral, Örebro*

Lennart Halvvarson, distriktsläkare, Skebäcks vårdcentral, Örebro

Postadress: Olaus Petri vårdcentral,
Storgatan 33, 703 63 Örebro
Telefon 019-15 34 00

Link 1100 mg binder mer saltsyra än någon annan antacida-tablett!



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

Link tugtabletter är effektiva.

1 tablett Link 700 mg ("Blå") binder mer saltsyra än tex

1 tablett Camalox eller Novalucol

och 1 tablett Link 1100 mg ("Röd") mer än 1 tablett Novaluzid.

	1 tablett	Almafom	binder	10	mmol HCl
1	"	Novalucol	"	12,5	"
1	"	Altacet	"	13	"
1	"	Camalox	"	18	"
1	"	Link 700 mg	"	20	"
1	"	Novaluzid	"	25	"
1	"	Link 1100 mg	"	30	"

Link

aluminiumhydroxid och magnesiumkarbonat

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

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

Link tugtabletter 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.

Arbetare drabbas värst

Stor kampanj ska minska hjärtinfarkter med hälften

Text: MATS CARLBOM Foto: BO CARISING

Antalet hjärtinfarkter i Sverige ska halveras. Med bättre mat, mindre rökning och ständiga kontroller av svenskarnas blodtryck ska hjärt- och kärlsjukdomarna bekämpas i en av de största hälsokampanjerna sedan poliovaccineringen infördes.

Dessutom krävs insatser från LO och SAF, menar experterna. Hjärtinfarkter drabbar mest arbetare – och orsakerna finns ofta på jobbet.

Nyckelord: HS90, Socioekonomiska faktorer, hjärt-kärlsjukdomar.

Mer än varannan svensk dör i hjärt- och kärlsjukdomar – främst hjärtinfarkter. 75 procent av de drabbade är män.

I den stora statliga utredningen HS90 – Hälso- och sjukvård inför 90-talet – utgör kampen mot hjärt- och kärlsjukdomarna en väsentlig del. Flera av landets främsta specialister på området har i HS90 samarbetat för att dra upp en strategi som ska minska antalet hjärtinfarkter i Sverige med hälften.

En daglig sup?

Deras rapport leder till en del överraskande slutsatser. Till exempel att daglig motion inte minskar risken för hjärtinfarkt, men att en daglig sup kan göra det. Och att kaffets sociala funktion är så positiv, att det till och med överväger dess negativa effekter på hjärtat.

Flera utländska undersökningar har också visat att en liten mängd alkohol

– "en till två små dagliga drinkar" – minskar risken för hjärtinfarkt. Det skulle alltså vara farligare att vara absolutist än att vara måttlighetsdrickare. Men de svenska forskarna ställer inte upp på det resonemanget:

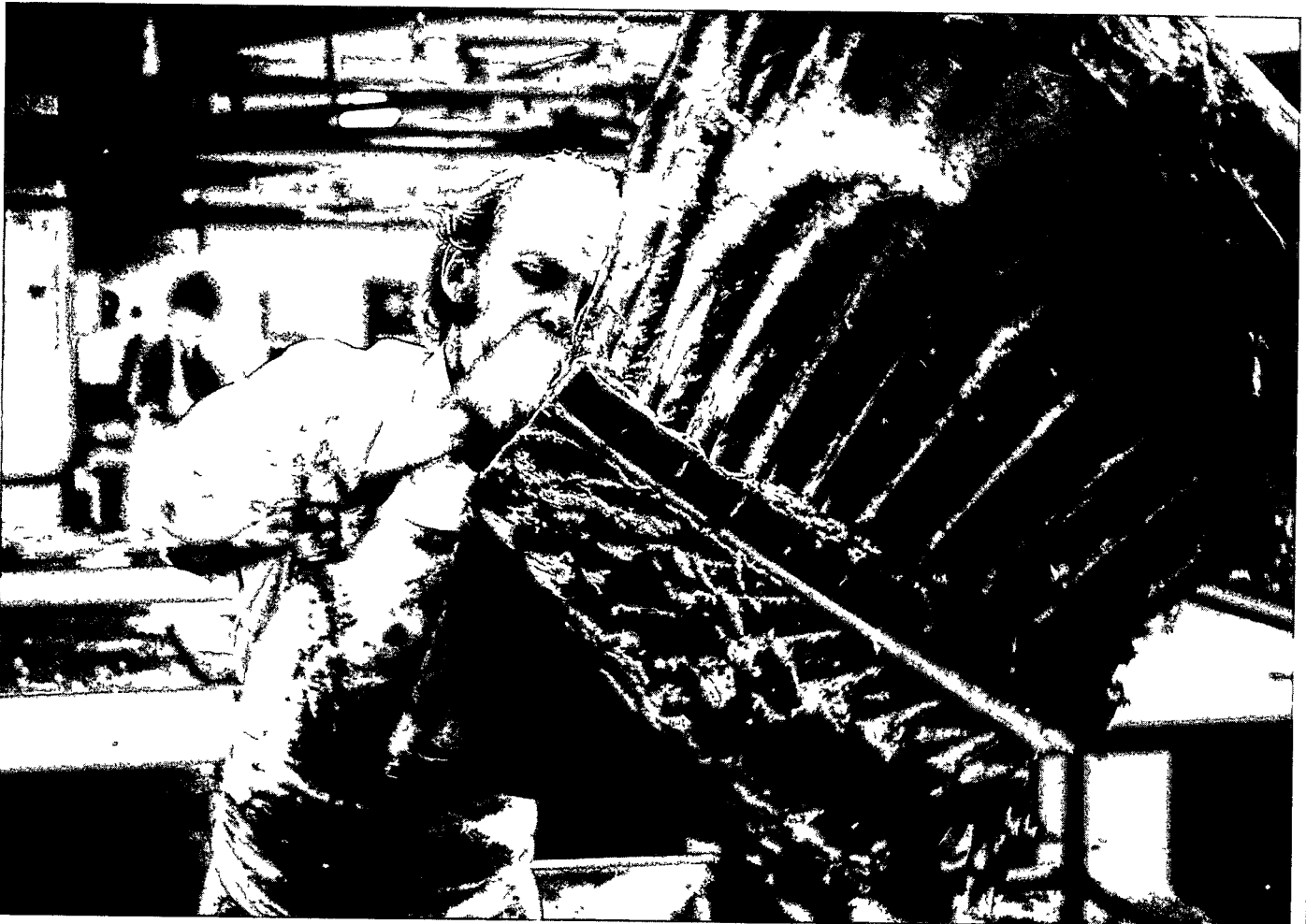
– Bland undersökningarnas absolutister finns troligen flera före detta storkonsumenter av alkohol, säger docent **Kurt Svärdsudd** vid Östra sjukhuset i Göteborg, en av experterna bakom rapporten.

– I så fall kan det mycket väl vara deras tidigare supande som bidrar till den högre frekvensen av hjärtinfarkter bland absolutister. Vi vet ju att för mycket alkohol är farligt för hjärtat.

Joggare röker mindre

En annan punkt där osäkerhet råder är motion. Det finns enligt de svenska ex-

Hjärtinfarkt är ingen "direktörssjukdom". Det är arbetarna som drabbas hårdast av hjärt- och kärlsjukdomar. HS90-utredningen visar att slakteriarbetare tillhör den mest utsatta gruppen.



perterna inga undersökningar som klart visar att joggning och annan fysisk träning motverkar hjärt- och kärlsjukdomar.

– Däremot har fysisk träning andra fördelar som i sin tur är bra för hjärtat, säger Kurt Svärdsudd. Om man tränar så röker man mindre och äter bättre, till exempel.

Många som drabbas av hjärtinfarkt – och överlever – upplever det som början på sin sjukdom. I själva verket utvecklas hjärt- och kärlsjukdomarna under lång tid innan symtomen visar sig. Processen börjar redan i barndomen. Väggar i blodkärlen förändras gradvis. I jämn takt, allteftersom åren går, blir blodkärlen allt trängre, blodet får svårare att ta sig fram.

Plötsligt är det för trångt. Hjärtat får inte tillräckligt med blod. Det som tagit flera decennium att utvecklas drabbar på en sekund.

Infarkt – slaganfall – kallbrand

De strategiskt viktigaste blodkärlen är de som leder till hjärtat, hjärnan, benen och tarmen. Om blodet stoppas helt till hjärnan talar vi om "slaganfall", när det drabbar benen säger vi "kallbrand".

Mellan en tredjedel och hälften av alla som drabbas av hjärtinfarkt dör omedelbart eller på väg till sjukhus.

Av de överlevande kan cirka 70 procent så småningom återgå till arbetet. Men för många som drabbats av infarkt blir lidandet stort: långvariga depressioner och häftigt humör är vanliga följder, som heller inte gör livet lättare för de drabbades familjer.

Orsakerna till att experterna ägnar sig så mycket åt just hjärtinfarkter är att det är den vanligaste hjärt- och kärlsjukdomen. Men den strategi som släpps fram inom HS90 avser också att minska antalet slaganfall och de ganska ovanliga kallbranderna.

Tre avgörande faktorer

Det är framför allt tre faktorer som är viktiga om hjärt-kärlsjukdomarna drastiskt ska minskas i Sverige:

- Blodtrycket
- Maten
- Rökningen

Med effektiva insatser på dessa områden kan antalet infarkter om 20 år vara bara hälften så stort som idag. Och så här ska det gå till.

● I framtiden ska en läkare eller sjuksköterska mäta blodtrycket på varenda patient som kommer i kontakt med sjukvården. Också den som söker bot för en klämd tumme får blodtrycket mätt. Detta sker för att hitta så många som möjligt med högt blodtryck – en säker riskfaktor för hjärtat, men också något som går att rätta till.

● Propagandan mot rökning ska fortsätta. Målet är rökfria framtida generationer. "Ett generellt förbud och kriminalisering av tobaksinnehav är för närvarande inte realistiskt", skriver exper-

terna i rapporten. Men tanken har tydligen slagit dem.

● Svenska folket ska förmås att äta mindre och magrare mat. En relativt liten sänkning av kolesterolen i blodet ger en friskare befolkning, färre dödsfall och sparar massor av pengar åt samhället. Mindre kolesterol kan man få genom att byta ut fet och salt mat mot till exempel grönsaker och frukt.

Varningstexter?

Socialstyrelsens generaldirektör *Barbro Westerholm* utsattes för fräna angrepp i massmedier sedan hon i en intervju diskuterat varningstexter på chipspåsarna. "Det hade varit en god tanke, men inte så viktig att den var värd allt rabalder", menar flera experter.

För att få svenska folket att äta bättre räcker det inte med hälsoupplýsning, menar man i HS90-rapporten om hjärt- och kärlsjukdomar.

– Vi har föreslagit att staten subventionerar "bra" kost på den "dåliga" matens bekostnad, säger Kurt Svärdsudd. Om den nyttiga maten blir billigare i affärerna är det lättare för konsumenterna att välja den.

Stabbiga traditioner

Sedan länge finns i Sverige en tradition av att äta "stabbig" mat. Husmanskost som pannkakor och fläskkotletter höjer kolesterolhalten i blodet och ökar därmed risken för hjärtinfarkt.

De svenska mattraditionerna går tillbaka till den tid då majoriteten av folket hade fysiskt krävande arbeten, säger professor *Töres Theorell* vid Statens institut för psykosocial miljömedicin, en annan av experterna bakom rapporten.

– Den gamla uppfattningen är att man behöver kalorier för att orka jobba. Idag är den maten inte nödvändig tvärtom. Nu har de flesta människor jobb som inte kräver så mycket fysisk styrka. Nu är det naturligt att äta lättare mat. Men att ändra kostvanorna tar mycket lång tid.

Maten behöver ju inte bli tråkigare. I finska Nordkarelen – ett av världens mest hjärtinfarktdrabbade områden – fick en del av befolkningen under en tid äta italiensk mat. Resultatet blev en markant sänkning av både blodfetter och blodtryck.

Ingen direktörssjuka

Det finns en utbredd uppfattning av att hjärtinfarkt är en "direktörssjuka". Det är helt fel. I själva verket drabbas arbetare i högre grad än andra av hjärt- och kärlsjukdomar. Till en del kan det bero på olika matvanor – men många riskfaktorer finns också på jobbet.

Det är bevisat att personer med monotona och jäktiga arbeten och utan större möjligheter att påverka jobbet oftare drabbas av hjärtinfarkt än de som trivs med sina arbeten, säger *Töres Theorell*.

Därför måste också parterna på ar-

betsmarknaden göra sitt i kampen mot hjärt- och kärlsjukdomarna, menar han. De måste så långt möjligt få bort de tråkiga jobben, minska skiftgången och den obekväma arbetstiden samt öka människors inflytande över sina arbeten.

På både SAF och LO finns folk som är medvetna om de här problemen, säger *Töres Theorell*. Arbetsgivarna har ju förresten själva intresse av att människor trivs på sina arbeten. Det ökar produktiviteten.

Många bidragande orsaker

Bland de faktorer som bidrar till att öka risken för hjärtinfarkt har forskare genom otaliga undersökningar runt om i världen vaskat fram följande:

- Arbetslöshet är farligt för hjärtat.
- Ogifta och skilda drabbas oftare än gifta. (Ett kärleksfullt äktenskap minskar risken ytterligare.)
- Ensamma människor med få eller inga sociala kontakter har högre dödlighet i hjärtinfarkt än andra.
- Stressiga, okvalificerade arbeten ökar risken. Det kan dock till en del motverkas om man trivs med arbetskamraterna och har en förstående chef.
- P-pillor ökar risken – i all synnerhet för rökare. Å andra sidan är risken för att kvinnor i "p-pilloråldrarna" får hjärtinfarkt liten.
- Otaliga och ambitiösa tävlingsmänniskor som är hårt engagerad i sitt arbete är typiska framtida infarktoffer. En sådan läggning kallas av forskarna för "typ A-beteende".

Biologiska arvet

Naturligtvis spelar också det biologiska arvet in. Om man har anlag för högt blodtryck så kan det stegras ytterligare när man utsätts för negativ påverkan.

Trots att hjärt- och kärlsjukdomarna har utretts grundligt i många undersökningar runt om i världen, är osäkerheten om alla mekanismer som spelar in fortfarande stor bland forskarna. En idealisk undersökning skulle kräva 60.000 deltagare och behöva pågå i minst tio år, vilket onekligen skapar en del praktiska problem.

Men man vet tillräckligt mycket för att kunna bryta utvecklingen. I USA har antalet hjärtinfarkter minskat betydligt de senaste 15 åren – mycket tack vare mindre rökning och magrare kost.



Fria luftvägar

Inhalation innebär ökad terapeutisk bredd vid behandling av obstruktiv lungsjukdom.

Luftvägarna nås direkt av läkemedlet och biverkningarna är få.

Överförbrukning eller otillräcklig effekt av inhalationsaerosol beror ofta på bristande sprayteknik.

Glaxo har därför utvecklat nya metoder och hjälpmedel för att underlätta inhalationsbehandling.

Glaxos pulverinhalator för Ventoline och Becotide – Rotahaler – är en metod som innebär väsentliga fördelar som:

Aktiv inhalation

Fungerar vid låg ventilationsförmåga

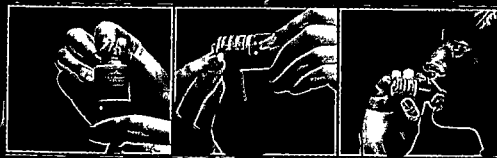
Väl kontrollerad dosering.

Rotahaler för Ventoline och Becotide finns nu i ett förbättrat utförande för enkel och säker funktion.

ladda,

vrid,

inhalera.



Rotahaler det alternativa sättet att inhalera.



Ventoline (salbutamol) Rotahaler

Kapslar 0,2 mg, 100 st.

Kapslar 0,4 mg, 100 st.

Becotide (beclometasondipropionat) Rotahaler

Kapslar 0,1 mg, 100 st.

Kapslar 0,2 mg, 100 st.

Glaxo 

Sektionen för Astma/Allergi

Glaxo Läkemedel AB, Box 263, 431 23 Mölndal.

Telefon 031-87 01 50

Primärvårdens utveckling i Finland

MAURI ISOKOSKI

Sedan 1972 har hälsocentrals-nätet byggts ut i Finland och täcker nu hela landet. Antalet läkare inom primärvården har tredubblats. Vid sidan om den traditionella sjukvården är administration inom primärvård och förebyggande vård en viktig del av allmänläkarens arbete i Finland. Förutsättningen för det ökade antalet läkare inom primärvården har varit en utbyggnad av läkarutbildningen. Även utbildningsinnehållet har förnyats. År 1972 grundades två nya medicinska fakulteter, där man i kursinnehållet tog hänsyn till primärvården. De nya fakulteterna har befolkningsmässigt planerats så att behovet av läkare tryggats i olika delar av landet. Allmänmedicin som specialitet kom till 1970. Tack vare en förnuftig arbetsfördelning mellan sjukhusapparaten och primärvården har kostnadsökningen dämpats. Samtidigt har hälсотillståndet hos befolkningen utvecklats i gynnsam riktning. Artikelnen bygger på öppningsföreläsningen vid 4:de Nordiska kongressen i allmänmedicin 1985.

Nyckelord: Primärvård, allmänmedicin, Finland, översikt, hälsopolitik, planering.

Hälsovårdssystemets utveckling i Finland under de senaste decennierna har väckt internationellt intresse. Orsaken till det väckta intresset är att man i Finland förmått hålla kostnadsutvecklingen under kontroll så att hälsovårdssektorns andel av nationalinkomsten har varit lägre än i industriländerna i medeltal. Trots detta har befolkningens hälсотillstånd utvecklats i gynnsam riktning. Spädbarnsdödligheten har sjunkit i det närmaste till ett teoretiskt minimum så att Finland inom detta område tillhör den absoluta toppen bland världens länder. Sedan början av 1970-talet har också återstående medellivslängden för män i arbetsför ålder ökat.

Vad står då bakom denna gynnsamma utveckling? Utan att befatta mig med den för hundra år sedan inleda snabba ekonomiska tillväxten och det

vid sidan härom utvecklade hälsovårdssystemet berör jag i denna framställning den omorganisering inom primärvården som skett årtiondena efter kriget och i synnerhet år 1972.

Efter det andra världskriget har man varje decennium gjort betydande reformer inom det finländska hälsovårdssystemet. Under 1940-talet organiserades ett nät av mödravårds- och barnrådgivningar som täckte hela landet. Ansvariga för barnrådgivningsarbetet var hälsosystrar med sjuksköterskeutbildning samt specialutbildning i hälsovård, i synnerhet i barnhälsovård. Som stöd i sitt arbete hade de kommunalläkare, vilkas arbetsområde utgjordes dels av samhällsmedicinska, dels av de traditionella sjukvårdsuppgifterna för en allmänpraktiserande läkare. Ansvariga för mödravårdsrådgivningarnas verksamhet var i likhet med hälsosystrarna barnmorskor stödda av kommunalläkare. För läkarna utgjorde rådgivningsarbete en sämre inkomstkälla än det traditionella läkararbetet vilket ledde till att läkarnas huvudintresse inriktades på sjukvårdsuppgifterna. Hälsosystrarna och barnmorskorna hade inga sådana lönesporrar. I deras utbildning fästes huvudvikten vid den förebyggande hälsovården.

På 1950-talet igångsattes byggandet av ett hela landet täckande nät av centralsjukhus. Detta nät är nu helt utbyggt och i hela landet har man lika möjligheter till sjukhusvård på specialistnivå.

På 1960-talet skapades ett sjukförsäkringssystem gällande hela befolkningen, och med vars hjälp man kompenserar förluster förorsakade av sjukdom. Både utvecklingen av sjukhusväsendet och sjukförsäkringen fäster huvudvikten vid det kurativa arbetet och inte i så hög grad vid det preventiva arbetet.

År 1972 nyorganiserades Finlands primärhälsovård genom stiftandet av folkhälsolagen. Målsättningen var att överföra hälsopolitikens tyngdpunkt till hälsovården och den öppna sjukvården genom att skapa administrativa och ekonomiska förutsättningar för ett snabbt och metodiskt utvecklande av det kommunala primärvårdssystemet. Samhällets del i planering, administration och finansiering av hälsoservicen ökades kraftigt. Vid motiveringen av lagen framlades följande principer:

1. ett centrerat system
2. planmässighet
3. jämlikhet

4. flexibilitet
5. samarbete
6. avgiftsfrihet
7. gradvis förverkligande

Dessa principer och deras tillämpning undersöker jag i det följande detaljerat.

Ett centrerat system. Folkhälsoarbetet är enligt lagstiftningen en entydig uppgift för kommunen. För uppfyllandet av lagen skulle kommunen grunda en hälsocentral antingen ensam eller tillsammans med andra kommuner. En hälsocentral är alltså en administrativ organisation och inte en arbetsplats eller en byggnad. Verksamheten kan ägas av ett eller flera kommuner eller kommunförbunden.

Tidigare gällde olika lagar för läkartjänst, hälsosystertjänst och barnmorsketjänst och utövarna av i frågavarande tjänster hade en relativt självständig ställning. Likaså var de små lokala sjukhusen underställda sjukhuslagen då gemensam hälsovårdsadministration på lokalnivå saknades. Nu samlades alla dessa delverksamheter och blev delar av en gemensam administrativ organisation. Hälsocentralens uppgift var i begynnelseskedet för det första hälsorådgivning, särskilt nämndes rådgivning, i familjeplanering, för det andra sjukvård given eller led av allmänpraktiserande läkare, för det tredje skolhälsovård, för det fjärde sjuktransport och för det femte tandvård. Till dessa uppgifter har man senare genom lagändringar knutit hälsovård av studerande vid lokala läroinrättningar och hälsovård för personalen vid mindre företag.

Planmässighet. I samband med folkhälsolagen tog man i Finland i bruk en femårsplanering som avviker från femårsplaneringen i de socialistiska länderna. I de socialistiska länderna uppgörs en femårsplan som gäller under fem år tills planen för de följande fem åren träder i kraft. I Finland granskas femårsplanen årligen.

Endast följande års budgetplan är bindande, detta påföljande års plan är normgivande och de tre sista årens plan är ofta utsatta för stora förändringar. Statsrådet befäster den riksfattande femårsplanen som uppgjorts av medicinalstyrelsen och med vilken kommunernas femårsplaner bör harmonisera. Hälsocentralernas femårsplaner fastställs av länsstyrelsen. Det medel med vilket länsstyrelsen som representant för statsmakten får hälso-

centralerna att följa den landsomfattande planen är statsbidraget, den del av hälsocentralernas kostnader som betalas av staten. Statsmakten deltar i hälsocentralernas utgifter med en så stor insats att hälsocentralerna inte har råd att genom avvikelser i planeringen gå miste om denna statsandel. Planeringssystemet har fungerat över ett decennium utan att några större konfrontationer har uppstått. I synnerhet i planeringssystemets öppningsskede uppkom friktioner vilka under årens lopp dock har minskat. Motsättningarna har minskat tack vare att makten av medicinalstyrelsen i ökad omfattning har överförts till länsstyrelsen så att de lokala intressena bättre har kunnat tas till vara.

Lokal jämlikhet. Hälsovårdstjänsterna var i Finland, liksom i vilket annat land som helst fördelade så att tyngdpunkten låg i huvudstaden och de stora bosättningsområdena kunde erbjuda flera tjänster än glesbygderna. Med folkhälsolagens planmässighet försökte man rätta till detta skeva förhållande. De nya resurserna styrdes i första hand till glesbygderna där service inom privatsektorn inte alls stod att få. *Fattiga kommuner fick en större statsandel än de mera välbärgade.* Förverkligandet av folkhälsolagen fick också en god start. Den första oljekrisen och den därpå följande ekonomiska tillbakagången bromsade dock utvecklingen så att man i de stora bosättningsområden, särskilt när det gäller läkarvården fortfarande måste anlita den privata sektorns tjänster. Servicebudet har dock som helhet betraktat förändrats i en mer jämlik riktning.

Flexibilitet. Den årliga kontrollerade riksomfattande planen ger hälsovårdssystemet möjligheter till en flexibel utveckling. Resurserna kan styras till olika delar av landet. Stor uppmärksamhet har också fästs vid glesbygderna. Under de senaste årtiondena har man fäst ökad uppmärksamhet vid de innehållsmässiga faktorerna inom primärhälsovården och prioriteringen i målsättningen har förändrats. Man har också strävat till att öka flexibiliteten på den lokala nivån. Då förlösningar till i det närmaste hundra procent överförts till sjukhusen har barnmorskans och hälsosystemens tjänster förenats så att samma hälsovårdare kan verka både i barnrådgivnings- och mödrarådgivningsarbete. På samma sätt har man frångått kretsgränserna för tjänsteinnehavarna så att beslut inom arbetsledningen kan göras smidigt. Trots den ökade smidigheten inom en del sektorer klagar man ändå på den ökade byråkratin inom hälsovården. Utvidgningen av enheterna och det stora antal personer som sköter de tjänster som tidigare utfördes av ett fåtal, förklarar delvis byråkratiseringen.

Samarbete. I Finland finns drygt 450 kommuner, den största är Helsingfors stad med nästan en halv miljon invåna-

re. I de minsta kommunerna ligger invånarantalet under tusen. Det är naturligt att de minsta kommunerna inte ensamma kan erbjuda sin befolkning tillräckliga primärvårdstjänster. Utgångspunkten var också att de minsta kommunerna ordnar sitt folkhälsoarbete i samarbete med grannkommunerna. Som ett minimibefolkningssunderlag tänkte man sig 10.000 invånare. Från detta har avvikelser gjorts enbart i Finlands glest bebodda nordliga delar. Grundandet av kommunförbund för hälsocentralerna bjöd i början på svårigheter, inte ens de små kommunerna var villiga att avstå från sitt traditionella kommunala självstyre. Detta till trots har man så småningom grundat kommunalförbunden enligt den riksomfattande lagen och verksamheten har inletts. Den administrativa organisationen där socialvården ligger på den enskilda kommunens ansvar och primärvården på kommunförbundets försvårar samarbetet mellan den sociala sektorn och hälsovårdssektorn. Utvecklingen av det här samarbetet har uppskjutits till 1980-talet.

Avgiftsfrihet. De preventiva tjänsterna inom primärvården i Finland har av tradition varit avgiftsfria, då man igen uppburit avgift för läkarvård. Dessa avgifter utgjorde under kommunalläkartiden största delen av kommunalläkarens lön. I Finland har diskuterats och diskuterats fortfarande huruvida servicens avgiftsfrihet leder till ansvarslöshet bland medborgarna så att läkarnas tjänster utnyttjas för mycket och i onödan. Däremot har man inte fäst märkbar uppmärksamhet vid det faktum att systemet med lön för sjukvårdsåtgärder och avgiftsfrihet vid förebyggande arbete leder till att läkarna värderar kurativa vården högre än den preventiva vården. Vad gäller för flitigt utnyttjande och onödigt utnyttjande av tjänster ligger antalet läkarkontakter i primärvården i Finland under antalet kontakter i många industrialiserade länder. Undersökningar har visat att man vänder sig till läkare vid lindrigare åkommor och i ett tidigare sjukdomsstadium vilket leder till att det relativa antalet allvarligt sjuka minskat på mottagningarna. Av läkarnas arbetstid går en betydande del till förebyggande arbete och annat som inte tillhör den traditionella läkarvården. Detta har föranlett missnöje bland läkare med traditionell utbildning. Å andra sidan har läkarnas övergång till helhetsavlönning bromsat läkarnas löneutveckling vilket lett till missnöje som tagit sitt uttryck till och med i strejk.

Gradvist förverkligande. Folkhälsolagen innehöll ett omfattande hälsopolitiskt program som inte kunde förverkligas på en gång. Samhällets resurser sattes först in där privata tjänster inte fanns att tillgå och där antalet tjänster i sin helhet var minst. På så sätt fick man under rådande högkonjunktur till stånd en anmärkningsvärd för-

bättring av glesbygdernas primärhälsovård. Den internationella lågkonjunkturen bromsade utvecklingen i det skedet då utvecklingen av primärhälsovården i bostadscentra stod i tur. Den snabba expansionen har lett till att medelåldern för personalen vid hälsocentralerna är låg. Förfrågningar som gjorts bland patienterna visar dock att den unga läkarkåren vid hälsocentralerna klarat sig med den äran i tävlingen med den mognare läkarkåren inom den privata sektorn.

Utvärdering. Förverkligandet av den år 1972 ikraftträdande folkhälsolagen har såtillvida förlöpt gynnsamt att utvecklingens tyngdpunkt faktiskt har förskjutits från sjukhussektorn mot primärhälsovården. En förklaring till detta är att enligt finländsk lagstiftning ansvaret för utveckling av primärvård och utveckling av sjukhusinrättningen ligger hos olika organisationer. Primärkommunerna är ansvariga för primärhälsovården, sjukhuskommunförbunden för sjukhusväsendet. I de riksomfattande planerna kan man koncentrat styra resurserna också till primärvården och tills vidare har politisk vilja funnits härtill. Om samma administrativa enhet på lokal nivå skulle ansvara för både sjukhusens och primärvårdens utveckling skulle det otvivelaktigt gå som det gått på andra håll, nämligen så att sjukhusens behov skulle prioriteras. Trots uppbromsningen av den ekonomiska utvecklingen på 1970-talet har Finlands ekonomi ändå varit såpass gynnsam att nya resurser räckt till för hälsovården och en stor del av dem har riktats mot primärvården.

I många länder har läkarnas ojämna fördelning inom landet lett till svårigheter i utvecklingen av primärvården i glesbygdsområden. I Finland garanterades en tillräcklig tillgång på läkare i och med att man samtidigt med införandet av folkhälsolagen grundade två nya medicinska fakulteter. För att säkra en jämn fördelning av läkarantalet grundades fakulteterna i olika delar av Finland så att det för varje miljon invånare finns en egen medicinsk fakultet. Lösningen har varit lyckad i det avseendet att huvudparten av dem som utexamineras från de medicinska fakulteterna placerar sig inom fakultetens verkningsområde och därmed är en jämn läkarfördelning i landet tryggad. Antalet utbildade läkare har varit så stort att den kraftigt expanderande primärvården har fått ett tillräckligt antal läkare. Lokal läkarbrist råder inom de svenskspråkiga områdena i Österbotten. Den svenskspråkiga läkarutbildningen sker vid Helsingfors universitet och de svenskspråkiga läkare som fått sin utbildning i Helsingfors tycks inte vara så tilltalade av att söka sig till avsides belägna områden.

Tidigare noterades att missnöje uppstått bland läkarna i fråga om primärhälsovården där den traditionella läkarvården minskat och ersatts av fö-

rebyggande arbete och administrativa uppgifter. Finlands läkarutbildning fyllde utomordentligt sjukhusväsendets behov i expansionskedet från och med 1950-talet. Förändringar i studieprogrammen vid de medicinska fakulteterna sker i allmänhet synnerligen långsamt. Kurserna vid de två nybildade fakulteterna i Tammerfors och Kuopio har följt utvecklingen inom primärvårdsområdet. Vid de gamla fakulteterna har utvecklingen släpat efter med drygt tio år. Vid fakulteten i Helsingfors har också gjorts ett beslut enligt vilket undervisningen i allmänmedicin och folkhälsovetenskap skärs ned vid Helsingfors universitet. Den för en brytningsperiod typiska intressekonflikten håller debatten igång i Finland.

Här har i huvudsak berörts enbart läkarutbildningen. En liknande utveckling har skett också inom sjukskötarutbildningen och inom utbildningen av övrig hälsovårdspersonal. Läroanstalter finns på olika håll i landet så att man fått en förnuftig fördelning av personalen.

Utbildningen av läkare har så småningom skurits ner. Utbildning av den övriga personalen kräver i allmänhet kortare tid och förändringar i lärostoffet inverkar omedelbart på personalens arbetssituation. Enligt de prognoser som gjordes på 1970-talet borde det nu råda en betydande arbetslöshet bland läkare i Finland. Så är nu inte fallet. Tiden kommer att utvisa hurvida minskningen i utbildningen varit tillräcklig och skett i rättan tid.

Läkarna har av tradition ansett den kurativa vården som sitt huvudsakliga arbete och strävat efter att få en tjänst som motsvarar utbildningen. Nyorganiseringen av primärvården förde med sig en rad administrativa åtgärder. Läkaren som tidigare haft en roll som solist blev plötsligt orkesterledare. Också inom en mindre hälsovårdscentral arbetar numera hundra personer. Inom industrin är ett företag med hundra anställda redan ett medelstort företag. Vid medelstora industrianläggningar står inte ledaren själv mera vid svaren. Läkarna vill likväl hålla fast vid läkarvårdsarbetet och inte fullständigt hänge sig åt ett heldagsarbete som ledare. Inställningen härvidlag håller småningom på att förändras.

Man har försökt öka läkarnas intresse för administrativa uppgifter genom administrativ kompletteringsutbildning. Från och med år 1973 har i dessa kurser förutom läkare också deltagit ekonomichefer, överskötare, tandläkare och veterinärer med andra ord medlemmar av hälsocentralens ledargrupp. Den en månad långa kursen har hittills genomgått av cirka 1.500 personer. Detta betyder att det vid varje hälsocentral finns i medeltal sju personer som fått administrativ utbildning. Detta har varit ägnat att förbättra samarbetet och arbetet inom ledargruppen. På en del håll har denna administ-

rativa skolning kritiserats och ansetts ytlig.

Med samma anslag kunde några personer i ledande ställning få en högklassig utbildning till exempel i utlandet. Ändå har man vid genomförandet i primärvårdsreformen haft mindre nytta av några få personers långa akademiska skolning än av en stor grupps utbildning för hälsocentralens praktiska ledaruppgifter.

Allmänmedicin blev i Finland år 1970 ett specialområde inom medicinen. De som länge arbetat som allmänpraktiserande läkare fick i övergångsskedet specialläkares titel och rang på basen av en relativt kort kompletteringsutbildning. Gradvis har man övergått till ett förfaringsätt enligt vilket specialutbildningen för allmänpraktiserande läkare är lika lång som utbildningen för de övriga specialiseringsgrenarna. Den sker delvis på sjukhusen, delvis på hälsocentralerna. Därtill krävs kursbunden teoretisk utbildning. De övriga områdenas specialistutbildning har stått under sjukhusväsendets ansvar och fungerat till belåtenhet. Ingen har på motsvarande sätt varit ansvarig för de allmänpraktiserande läkarnas specialutbildning. Allmänmedicinska specialläkarföreningen har först nyligen grundats och specialläkarföreningar i allmänhet har inte i Finland haft samma ansvar för specialistutbildningen som i de anglosaxiska länderna. Således har allmänmedicinarnas specialutbildning hitintills till stor del grundat sig på läkarnas egen företagsamhet och delvis till och med inneburit samlande av spridda poäng. I Finland genomgår alla medicinska specialister ett landsomfattande förhör. Som tentator har jag kunnat lägga märke till hur i synnerhet allmänmedicinens filosofi och grundprinciper för många specialutbildade allmänläkare förbigåtts.

Kuggningsprocenten vid dessa riksomfattande förhör har av denna anledning blivit oskäligt hög.

Under år 1986 överförs specialläkarutbildningen i Finland på universitetens ansvar. För de traditionella sjukhusbundna specialiseringsgrenarna torde utbildningen inte bjuda på några radikala förändringar. Däremot kommer alldeles säkert de allmänpraktiserande läkarnas specialutbildning att få en fastare form. Bristen på utbildare vid de medicinska fakulteterna i vårt land kan dock förorsaka problem. Vid Tammerfors universitet innehas professuren i primärvård av en person med allmänmedicinsk specialutbildning. Vid universitetet i Helsingfors finns en professur i allmänmedicin. Vid de tre övriga universiteterna ly-

der allmänmedicinska specialundervisningen under folkhälsovetenskapens professurer. Tjänsterna är vakanta och i detta skede vet man inte i vilken grad allmänmedicinska intressen kommer att beaktas vid besättandet av dem. Situationen är inte tillfredsstäl-

lande ifall skolning av allmänpraktiserande läkare ges på de andra specialområdenas villkor.

Vid utvecklingen av befolkningens hälsotillstånd har primärvården sådan den i lagen från 1972 föreskrivs, en viktig del i den förbättrade situationen. Likväl finns det en hel del faktorer som har stor betydelse och som ligger utanför den traditionella hälsovårdssektorn. Så har till exempel trafikolyckornas antal i vårt land minskat under de senaste årtiondena. Denna minskning har i huvudsak skett till följd av åtgärder som vidtagits utanför hälsovårdsverksamheter. Vid utvecklandet av primärvården bör man ta i betraktande samarbetet mellan olika sektorer i samhället.

I Finland har man under 1980-talet fäst stor uppmärksamhet vid samarbetet mellan socialvården och hälsovården. Vid den kraftiga expanderingen av hälsovården understöddes lösningarna inom hälsovården med statsanslag. Socialvården tilldelades inte i samma omfattning statliga medel. Detta ledde till att man försökte lösa sociala problem med hälsovårdens medel, vilket i sin tur förorsakade förskjutningar som var negativa för nationalekonomins utveckling. Från början av år 1984 trädde en lag om statsbidrag i kraft enligt vilken social- och hälsovårdssektorerna får gemensamma bidrag. Detta gör det möjligt för de lokala beslutsfattarna att göra en förnuftig fördelning mellan socialvården och hälsovården.

I diskussioner om primärvården som kom igång efter mötet i Alma Ata har kollektivets deltagande (Community participation) blivit ett slagord. I Finland sker det kollektiva deltagandet genom den kommunala självförvaltningen. Kommunerna är ansvariga för primärvården och de kommunala förtroendevalda utser personal till hälsocentralerna och fattar beslut rörande placering, utvidgning och inriktning när det gäller hälsocentralernas verksamhet. Vid fördelningen av resurserna har den riksomfattande planen en central roll. Det finländska systemet har lett till en fortgående dialog mellan den lokala och centrala styrelsen. Alla problem är inte lösta och nya dyker hela tiden upp. Ändå verkar det som om den finska modellen fungerar, är ekonomisk och leder till resultat.

Författarpresentation:

Mauri Isokoski, professor i primärvård vid Institutionen för folkhälsovetenskap, Tammerfors universitet.*

*Postadress: Tammerfors universitet, Box 607, SF-33520 Tammerfors Finland

Hur utvärderas hemsjukvård? En studie av dödsfall i hemmet

INGVAR HERVIUS

I Västerviks kommun har en satsning på utbyggd hemsjukvård kommit igång. Som utgångspunkt för att senare kunna utvärdera effekterna av satsningen har man tittat på antalet dödsfall i hemmet under åren 1982–1983 samt försökt särskilja hemsjukvårdspatienter från övriga bland dödsfallen. Kan vi mäta hemsjukvård? Är antalet förväntade dödsfall i hemmet i så fall ett mått? Kommer en utbyggd hemsjukvård att ge en ökning av dödsfall i hemmet.

Nyckelord: Hemsjukvård, utvärdering, metodik.

Bakgrund

Praktiska förutsättningar för ökad hemsjukvård i Västerviks kommun har tillskapats och därmed också ökad möjlighet att, om man så önskar, vårdas i hemmet i livets slutskede. 1984 inrättades i Västerviks kommun tjänster som undersköterska i primärvård, nattpatrull med sjukvårdspersonal samt större möjlighet till ökad hemsamarit-service och tillfälligt extravak i hemmet.

Frågeställning

Kommer denna satsning på hemsjukvård att leda till att människor med obotliga sjukdomar eller med åldersbetingade kroniska sjukdomar oftare väljer att vårdas hemma och dö hemma, istället för att som nu mestadels vara hänvisade till akutsjukvård och långtidsvård på sjukhus. Är antalet förväntade dödsfall i hemmet ett mått på hemsjukvården?

Arbetsplan

Att kartlägga dödligheten i hemmet under 1982–1983 genom att erhålla uppgifter från "Död- och Begravningsboken" i kommunens församlingar vars uppgifter grundar sig på dödsbevis.

Att bland dessa urskilja de så kallade "förväntade dödsfallen" till skillnad från "akuta oväntade dödsfall" orsakade av plötslig hjärt-kärlöd, olycksfall, suicid eller övriga plötsliga dödsfall.

Dödsfall i hemmet har avsett det egna hemmet utanför institutioner. Således har ålderdomshem, numera kallat servicehus med helinackordering, ej medtagits medan servicehus i övrigt har betraktats som eget hem.

En beskrivning över dödsfall i hem-

met 1982–1983 har till uppgift att ligga till grund för en uppföljning och utvärdering efter exempelvis fem eller tio år. Arbetshypotesen är att ökade insatser i primärvården för dygnet-runt-sjukvård kommer att avspegla sig i en högre procent andel dödsfall i hemmet av det totala antalet dödsfall i kommunen.

Felkällor

I. Ökning av "förväntade dödsfall" i hemmet:

Är dessa en följd av endast:

a) ändrade attityder lokalt eller på riksplånet och inte ökat utbud och service på primärvården? Ändrade attityder utan praktiska förutsättningar för hemsjukvård bedömes ej som tillräckliga för att kunna erbjuda den sjuke vård hemma.

b) försämring av slutenvården på grund av minskade resurser och därmed sämre vårdtillgång? Detta lär i så fall avspegla sig i eventuella förändringar i väntelistan.

II. Klassificeringsfel. Vad är en hemsjukvårdspatient?

Akuta dödsfall med hjärtinfarkt, cerebrovasculär sjukdom eller suicid kan feltolkas. Dessa diagnoser kan givetvis vara dödsorsak även hos hemvårdspatienten. I bedömningen vid klassificeringen av patienten har dock hänsyn tagits även till "andra diagnosen" och eventuell annan grundsjukdom.

III. Feldiagnoser på dödsbevis. Mycket få patienter har obducerats! I sjukvårdsområdet obduceras huvudsakligen unga patienter, suicid och olycksfall. Avsaknad av obduktion bedömes dock ej vara av en allvarlig invändning i undersökningen då det har gått ut på att särskilja "hemsjukvårdspatienter" från övriga och exakt diagnos således varit av sekundär betydelse.

Tabell I.

Dödsfall i hemmet i Västerviks kommun 1982–1983. Antal.

Dödsorsak	Landsförs 45 % av befolkn	Stadsförs 55 % av befolkn	Summa hela kommunens
Akut hjärt-kärlöd	53	35	88
"Förväntad" hemsjukvårdspatient. (maligniteter, pneumonier etc)	12	4	16
Olycksfall	4	5	9
Suicid	5	6	11
Övrigt (asthma, ep etc)	1	3	4
Summa	75	53	128
Andel av befolkn över 70 år:	(1982) 15,8 %	11,9 %	13,7 %
	(1983) 16,2 %	12,2 %	14,0 %

Redovisning

Västerviks folkmängd

	Total	Stadsförs	Landsförs
1982:	40.906	22.536	18.370
1983:	40.671	22.466	18.205

Redovisning

Totala antalet dödsfall under 2-årsperioden: **1.009.**

Dödsfall i hemmet under 2-årsperioden: **128.**

Dödsfall i hemmet i procent av totala antalet döda: 12,7 procent därav 1/8 hemsjukvårdspatienter. Procentandel hemsjukvårdspatienter döda i hemmet av totala antalet döda under 2-årsperioden: 1,59 procent.

Medelåldern för patienterna vid dödsfall i grupperna "akut hjärt-kärlöd" respektive "hemsjukvårdspatienter" skilde sig ej nämnvärt åt. Medelåldern vid dödsfall var 74 respektive 71 år. (1 leukemibarn i hemsjukvårdspatientgruppen.)

Diskussion

Vart åttonde dödsfall i Västerviks kommun sker i hemmet.

Var åttonde av dessa är en hemsjukvårdspatient.

63 av 64 patienter som dör är således inte förväntade dödsfall som vårdas i hemmet.

Ger siffrorna någon uppgift om god eller dålig hemsjukvård? Kan sjukvården och omhändertagandet i livets slutskede utifrån dessa siffror förbättras?

Kommer en utbyggd hemsjukvårdsservice att påverka siffrorna?

Kan vi mäta hemsjukvården som en sjukvårdsteknisk resurs eller går den endast att recenseras som en del av läkekonsten?

Det är författarens förhoppning att en uppföljning av dödsfall i hemmet i Västerviks kommun kontinuerligt framöver skall ge ett mått på hemsjukvården i kommunen. Förhoppningsvis kommer kvantiteten av hemsjukvård vara en direkt följd av högre kvalité på vården. Författaren återkommer framöver för redovisning av uppföljning.

Författare:

*Distriktsläkare Ingvar Hervius
Hälsocentralen*

Stora Trädgårdsgatan 39
593 00 Västervik

Forskarutbildningskurs i Örebro – uppskattad introduktion som manar till uppföljning

MALIN ANDRÉ

Nyckelord: Forskarutbildning, kursrapport.

Under två perioder, tre dagar i januari och tre i april våren 1985, hölls kurs i forskarutbildning i allmänmedicin i Örebro. Inbjudan och program var införda i AllmänMedicin 6/84. Arrangörerna var institutionen för allmänmedicin i Uppsala och socialmedicinska avdelningen i Örebro läns landsting. Kursen riktade sig till alla intresserade av FoU-arbete i allmänmedicin, företrädesvis i Uppsalaregionen. 25 distriktsläkare med varierande erfarenhet av FoU-arbete deltog. Nedanstående synpunkter utgör en sammanställning av kursdeltagarnas kritik och tankar om kursen.

Kursen var brett upplagd kring grunderna i allmänmedicinsk forskning. Tiden mellan första och andra kursavsnittet utnyttjades till ett obligatoriskt projektarbete.

Innehållet i kursen omfattade diskussion angående "det allmänmedicinska forskningsområdet", vetenskapsteoretisk genomgång av sjukdomsbegrepp, forskningsmetodologi, forskning och etik samt exempel på praktisk tillämpning av forskning inom primärvård.

En lysande och inspirerande översikt över det allmänmedicinska forskningsområdet gjordes av Steinar Westin, vars bok "Forskning i almenmedicin" ingick som kurslitteratur. Att det är svårt att precisera en nisch för allmänmedicinsk forskning visade professor Gösta Tibblin i sin föreläsning. Hans funderingar angående symtomens naturalhistoria, symtomsmitta och symtomens eko utgjorde uppslagsändar till fortsatta diskussioner. Den för deltagarna mest omstörtande föreläsningen hölls av Björn Söderfält, forskningshandledare vid socialmedicinska avdelningen i Örebro. Han behandlade modern vetenskapsteori och ifrågasatte och förkastade diagnos- och sjukdomsbegreppet. Sjukdomar är dynamiska förlopp, historiska fenomen, och egentliga sjukdomar eller diagnoser finns inte. Ett essentialistiskt sjukdomsbegrepp är omöjligt. Allmänmedicin som ny och framväxande vetenskap är kanske den del inom medic-

nen som har lättast att tillgodogöra sig dessa nya idéer.

Inblick i traditionell forskningsmetodik gavs genom föreläsningar om fallkontrollstudier, registerstudier och screeningundersökningar. Att praktiskt få prova på arbete med dataterminal var för den oinvidde en lustfylld upplevelse. Bibliotekskunskap liksom tips angående tillverkning av lätttydda tabeller och bilder bedömdes också värdefullt av deltagarna.

Som exempel på forskning inom primärvård presenterades forskning om ögonsjukdomar, organisation av diabetesvård och omvårdnad. Det FoU-arbete som presenterades från enskilda vårdcentraler upplevdes dock av deltagarna som mer angeläget och stimulerande. Distriktsläkare Göran Falck, Kopparberg, redovisade tillsammans med bakteriolog Jan Killander, Örebro, en undersökning angående odlingsresultat i olika vårdformer vid urinvägsinfektioner. Distriktsläkare Dan Andersson, Laxå, presenterade resultat från screeningundersökning av diabetes, och distriktsläkare Mats Ribacke presenterade projekt från Hofors. De gav en inblick i möjligheter och framkomliga vägar för fortsatt allmänmedicinsk forskning.

Kursen i Örebro var en bra kurs – en kurs som gav resonans hos deltagarna, till stor del tack vare en föredömlig kursledning. Det var en kurs där föreläsarna mötte aktivt gensvar, där kvällarnas diskussioner var öppna och fantasirika, där kontakter för fortsatt stöd knöts. Det var en kurs som präglades av glädje inför FoU-arbete i allmänmedicin.

Vid redovisning och diskussioner kring egna projektarbeten framstod klart de möjligheter till FoU-arbete vi har inom allmänmedicin. Det är ingen nisch för forskning – det är ett fält som öppnar sig. Börjar vi iakttaga vårt eget arbete finner vi snart en mängd uppslag att arbeta vidare med. Distriktsläkarens svårigheter inför FoU-arbete delar vi med varandra. Vi har föga tid, men kommer knappast att få mer. Vi piskas inte till FoU-arbete för vår karriär, vilket kan göra att man lättare ger upp. Vi är utspridda på olika vårdcent-

raler i landet, ibland med svårigheter att erhålla handledning.

Den viktigaste funktionen en kurs som denna har, är att hjälpa deltagarna bemästra de hinder som möter vid FoU-arbete. Kunskapen att vi är fler som törs låta nyfikenhet och frågvishet initiera FoU-arbete trots alla svårigheter, är ett betydelsefullt stöd i fortsatt arbete. Börjar vi med FoU-arbete utifrån erfarenheter i vårt eget arbete men med användning av vetenskapliga metoder och krav på kvalitet, kan vi driva FoU-arbete inom allmänmedicin långt.

Denna kurs gav dock endast en introduktion i allmänmedicinsk forskning. I det fortsatta arbetet behöver vi stöd från de allmänmedicinska institutionerna, där kunskap i forskningsmetodik och erfarenhet av vetenskapligt arbete finns. Vi behöver möjlighet att delta i institutionens seminarier, där metodologiska frågor diskuteras (med meddelande i god tid, då de flesta distriktsläkare har planering 6 veckor framåt!) Möjligheten för den allmänmedicinska institutionen att stimulera och bidra i det FoU-arbete som bedrivs av distriktsläkare i landet skulle ge institutionen fastare förankring i allmänmedicinens praktik. Det skulle samtidigt vara den naturliga vägen att identifiera och utveckla för allmänmedicinen relevanta forskningsområden. Att följa upp det FoU-arbete som pågår i regionen är en utmaning till den allmänmedicinska institutionen!

Författare:

Malin André*, distriktsläkare, Hofors hälsocentral.

*Postadress: Centralgatan 14,
813 00 Hofors

Centrum för samhällsmedicin och
vårdcentralen i Dalby arrangerar
4-5 november i Nyvångsskolans aula

1985 års Dalby- dagar

Måndagen den 4 november

08.15
Inledning. Bengt Scherstén

Fria föredrag
MODERATOR: Per-Olof Bitzén

08.30
Arbetsmiljö i hemsjukvård.
Gun-Britt Jarnlo och Ulla Wester-The-
laus

08.45
Att hantera problem i samband med
kronisk sjukdom. Ett nytt "coping"-test
vid ledsjukdom och diabetes.
Sven Ingmar Andersson och Charlotte
Ekdahl

09.00
Att prioritera ett sjukgymnastiskt be-
hov. Några reflektioner kring ett data-
material.
Ann-Margret Ohlsson

09.15
Jag duger. - Hälsofostran i skolan.
Barbro Ljung

Medicinsk teknologi

10.00
Minisymposium: Röntgen - ultraljud.
MODERATOR: Lars Lindholm

11.00
*Minisymposium: Klinisk fysiologi
inom primärvården.*
MODERATOR: Arne Jakobsson

13.15 *Symposium: Vårdandets villkor
och burn-out.*
MODERATOR: Inge Dahn

15.15-16.45
Symposium: Hemsjukvård
MODERATOR: Kerstin Swahn

Tisdagen den 5 november

08.15
*Symposium: Erfarenheter av Balint-
grupp.*
MODERATOR: Kerstin Kaij

10.00
*Symposium: Sexuellt överförbara och
endogena genitala infektioner.*
MODERATOR: Birgitta Hovelius

Fria föredrag
MODERATOR: Barbro Hagander

13.15
Kardiovaskulära riskfaktorer. Indivi-
duella riskprofiler hos yngre medelål-
ders män.
Inge Carlsson

13.30
Kartläggning av barnolycksfall i me-
delstor stad - modell och resultat.
Peter Nilsson

13.45
Distriktsläkarledd mödrahälsovård.
Anders Håkansson

14.00
Distriktssköterskan och undersköter-
skan i vårdlaget.
Verksamhetens innehåll. Ann-Kristin
Jansson

14.15
Samverkan i alkoholfrågor.
Wiveka Elmér och Sonja Lundgren

14.30
Hur kan tidig upptäckt av glaukom
bäst främjas inom primärvården?
Bo Bengtsson

14.45
Den sociala närmiljön - en möjlig
vårdresurs?
Per Nyberg

15.00
Avslutning.

Anmälan skall lämnas till byråsekre-
terare Karin Svenninger, Centrum för
samhällsmedicin, 24010 Dalby, 046-
209200, senast den 11 oktober.
Anmälningsavgift 100 kr. Lunchavgift
47 kr per lunch. Avgifterna skall vara
inbetalade på bankgiro 416-7433, be-
taltningmottagare Dalby-dagarna, se-
nast den 11 oktober.

RIKSSTÄMMAN 1985

ALLMÄNMEDICIN Onsdagen den 27 november

Sal K 1
11.00-13.00 SYMPOSIUM:
*Kroniskt värksyndrom - ett problem
för primärvården.*
Moderator: Harald Sanne. Se SY 5.

Sal A 2
13.30-15.30 SYMPOSIUM:
Vem sköter missbruksvården?
Moderator: Ulf Rydberg. Se SY 9.

Torsdagen den 28 november Hall B, Sektion...

POSTERUTSTÄLLNING

08.30-18.00
Utställarna närvarande vid sina pos-
ters 09.30-10.30. Postersession anord-
nas fredag den 29 november kl 12.00-
13.00 A 2.

1P. *Befolkningens inflytande, del-
aktighet och ansvar i det lokala häl-
soarbetet.* Planeringssekreterare Inger
Brännström.

2P. *Nordsjö-modellen för primärpre-
vention - en presentation av konkret
hjärt-kärl-förebyggande inom Väster-
bottensprojektet.* Gideon Hellsten.

3P. *Barnolycksfall i medelstor stad -
en prospektiv studie.* Peter Nilsson
och Eric Carlsson.

4P. *Barnolycksfall i Sollefteå kom-
mun.* Örjan Nilsson, Margareta Berg-
lund och Leif Persson.

5P. *Vad väntar sig patienter av ett
läkarbesök? En enkätundersökning
vid DLM, Köping.* Forskass Lena Ols-
son, Toomas Kangro och Birger Tho-
rell.

6P. *Problemorienterad journal med
hjälp av dator.* Bengt Dahlin och Leif
Bäckman.

7P. *Problemorienterad journal -
handbok med anvisningar för pro-
blemorienterad journalregistrering.*
Gert Ljungkvist, Bengt Dahlin och An-
nika Hässler.

8P. *Den datorstödda journalens be-
greppslexikon.* Britt-Gerd Malmberg
och Rolf Linnarsson.

9P. *Förflyttning av patienter med ål-
dersdemens från mentalsjukhus till
lokala sjukhem - effekter på demens-
symtomen.* Ove Dehlin, Michael Fran-
zén och Siv Hansson.

10P. *Ultraljudsundersökning av bihål-
lor vid en vårdcentral.* Bengt G Nils-
son, Magnus Jannert, Lars Andreasson
och Erik Trelle.

11P. *Primärvården - ett marknadsjip-
po?* Hans-Olof Nylén.

12P. *Lokal-TV-försök från vårdcentra-
len S:t Lars i Lund.* Kersti Kubicek
och Lisbeth Hovrell.

13P. *Medicinska erfarenheter av utle-
velseorienterade kurser i självkänne-
dom.* Bengt Stern.

Sal A 5
11.00-13.00 SYMPOSIUM:
Allergivård inom primärvården.
Moderator: Nalle Lindholm. Se SY 20.

Sal K 2
16.00-18.00 SYMPOSIUM:
*Vad har hänt med alla vårdprogram
mot hypertoni?*
Moderator: PO Wester. Se SY 31.

Sal K 3
18.15-21.00 Årsmöte

Fredagen den 29 november

Sal A 2
08.00-12.00 *Fria föredrag.*
Moderator: Gösta Tibblin.

08.00 14. *Revir inom medicinen.*
Ole Malmberg och Torsten Malmberg.

DIABETES
08.15 15. *Effekt av betfiber i testmål-
tid hos icke insulinberoende diabeti-*

ker. Barbro Hagander, Nils-Georg Asp, Saud Efendić, Peter Nilsson-Ehle, Ingmar Lundquist och Bengt Scherstén.

08.30 16. *Samband mellan läkemedelsförbrukning, kroppsvikt och metabolisk kontroll i tre diabetespopulationer – en jämförande studie från Gotland, Skellefteå och Tierp.* Jan Stålhammar, Ulf Bergman, Kurt Boman och Magnus Dahlén.

08.45 17. *Screening efter diabetes mellitus typ II i en medelålders befolkning.* Dan Andersson.

HYPERTONI

09.00 18. *Swedish trial in old patients with hypertension – stop-hypertension.* Björn Dahlöf, Lennart Hansson, Lars Lindholm, Lennart Råstam, Bengt Sherstén och Per Olov Wester.

09.15 19. *Icke farmakologisk behandling av högt blodtryck – studieuppläggning.* Hans Åberg och Gösta Tibblin.

EPIDEMIOLOGI

09.30 20. *Andfåddhet (dyspné) bland medelålders män. 20-års uppföljning av män födda 1913 och 1923.* Henry Eriksson, Bo Larsson, Lars-Olof Ohlsson, Kurt Svärdsudd, Lennart Welin och Lars Wilhelmsen.

09.45 21. *Socialt nätverk, riskfaktorer och död i kardiovaskulär sjukdom. En prospektiv studie av 1913 och 1923 års män.* Lennart Welin, Kurt Svärdsudd, Bo Larsson, Lars Wilhelmsen, psykolog Suzanne Ander-Perciva, psykolog Bodil Tibblin och Gösta Tibblin.

PREVENTION

10.00 22. *Västerbottensprojektet 1985–94: Primärprevention av hjärt-kärlsjukdomar och diabetes.* Lars Weinehall.

Moderator: Bengt Scherstén.

ÄLDRE

10.15 23. *Äldre i Kolsva. Boende, vård och service.* Avd chef Göran Svensson, forskass Lena Olsson och Birger Thorell.

CANCER

10.30 24. *Journalstudie med avseende på cancerdiagnostik och cancerförkomst 1974–1984 vid Sollefteå vårdcentral.* Leif Olofsson och Leif Persson.

10.45 25. *Onkologkonsult till primärvården inom Stockholms läns landsting.* Helena Westerberg och FK Doris Toolanen.

ALLMÄNT OM ALLMÄNMEICIN

11.00 26. *De Quervains stenoserande tendovaginit hos nyförlösta – ett tidigare okänt orsakssamband.* Lars Englund.

11.15 27. *Kronisk pankreatit – en förbisedd diagnos?* Per Andrén, FK Thomas Färdigh, Claes Hallert, Svante Kalin, Sture Lorentzon, Bengt-Göran Petersson, Per Sassner och Gunnar Skude.

11.30 28. *"Clustering" av öppenvårdsdiagnoser som metod för analys av verksamheten.* Britt-Gerd Malmberg, Rolf Linnarsson.

11.45 29. *Videon i väntrummet.* Olle Lyngstam.

12.00–13.00 *Postersession:*

Moderator: Calle Bengtsson och Göran Sjönell.

Sal A 3

15.00–18.00 *Gemensamt med sektionen för ortopedisk kirurgi. MINISYMPOSIUM: Höftproblem, knäproblem hos äldre och fotproblem hos vuxna inom primärvård och ortopedi.*

Se Mini SY...

Recensioner

Recension av Uffe Juul Jensens bok

Sjukdomsbegrepp i pratiken

Esselte Studium, Stockholm 1985.
Översättning från danskan.

Detta är en mycket angelägen bok, speciellt för allmänläkare. Den innehåller bland annat ett ambitiöst försök att formulera det unika i det allmänmedicinska arbetet.

Författaren Uffe Juul Jensen är professor i filosofi vid Århus universitet.

Han har i över tio år haft ansvaret för undervisningen i medicinsk vetenskapsteori. Han har dessutom under samma period haft ett nära samarbete med psykiatriker, invärtesmedicinare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, allmänmedicinare och forskare i både kliniska och prekliniska ämnen. Juul Jensen kallar denna grupp det *kliniska kollektivet*, och samarbetet med representanter för det kliniska kollektivet ligger till grund för utarbetandet av föreliggande bok.

Det kliniska kollektivet kännetecknas och utmärkes av sin praktikorientering. Det är bland annat den som gör att många inom kollektivet avhåller sig från att ge sig in på de områden som författaren för oss. Vi är ovana vid filosofiska reflexioner. Om vi någon gång får tid att reflektera över vad vi egentligen håller på med i det dagliga arbetet, så hör det till undantagen att klä dessa reflexioner i en filosofisk språkdräkt. Detta kan också tyckas att vara en helt onödig ansträngning om allt inom området fungerar bra. Fungerar det emellertid inte så bra, så finns de anledningar att reflektera. Och ibland kan filosofien då vara ett bra hjälpmedel.

Juul Jensens bok är ett ambitiöst försök att med filosofien belysa och analysera grundläggande problem inom medicinen.

Han menar att medicinens traditionella tanke och föreställningsvärld har brutit samman definitivt. Det tomrum som detta sammanbrott lämnar oss i, försöker författaren fylla ut med flera olika typer av klinisk "rationalitet". Ett tomrum som annars lätt kan utfyllas av irrationalitet och kliniskt godtycke.

Bokens utgångspunkt

Vad är det då som har fått Juul Jensen att reflektera över medicinen? Jo, han menar att medicinen inte bara har problem, han menar att problemen är krisartade. De är krisartade därför att de inte går att lösa inom ramarna för den traditionella medicinska problemlösningstrategin. Det kliniska kollektivet står inte bara inför nya problem, som tidigare inte har tillhört det medicinska området, kollektivet står också

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.

inför problem när det gäller besvarandet av frågor, som den behandlingsorienterade medicinen tidigare tycks ha kunnat lösa och besvara. Både de nya uppgifterna och otillräckligheten i den gamla problemlösningstrategin försätter det kliniska kollektivet i en kris.

Boven i dramat är enligt författaren, det han kallar "essentialismen" i medicinen samt den därtill knutna "principen om den specifika behandlingen".

Den medicinska essentialismen

Den medicinska essentialismen innebär enligt Juul Jensen att sjukdom uppfattas som något en gång för alla, statisk och monofaktoriellt definierat. Olika typer av sjukdomar har gemensamma, universiella och inneboende drag – de har ett väsen, en *essens*. Sjukdomen ger sig till känna enbart för den kompetente klinikern. Essentialismen för till att det finns en principiell och entydig gräns mellan det sjuka och det friska.

Det kliniska kollektivet presenteras emellertid för symptom, syndrom och odefinierbara tillstånd, som inte går att avgränsa entydigt och en gång för alla. De essentialistiska procedurerna för avgränsning av sjukt från friskt (enligt författaren är detta identiskt med avgränsningen av det behandlingskrävande från det icke behandlingskrävande) kommer till korta även när det gäller den behandlingsorienterade specialistvården. Enligt författaren kommer essentialismen inte bara till korta, den bryter samman.

Principen om den specifika behandlingen

Denna princip förutsätter den essentialistiska avgränsningsprocedurernas entydighet. Har man fastlagt en diagnos essentialistiskt, så följer behandlingen entydigt. Idealet är att behandlingen är specifik som en målsökande missil. Bryter den essentialistiska principen samman, så dras principen om den specifika behandlingen med i detta sammanbrott.

Enligt författaren lever dessa principer fortfarande, men enbart som teoretiska konstruktioner – som idealbilder av ett medicinskt sjukdomsbegrepp. Nyare försök att återuppliva den essentialistiska idealiseringen finner vi i mera raffinerade former för apparatfelsesmodeller.

Författaren menar dock att dessa idealbilder är falska. De lämnar ingen möjlighet att förklara och beskriva den konkreta verkligheten. I den utsträckning medicinen är *praktisk* och *behandlings*-orienterad (och det är just det den är enligt författaren), så är essentialismen inte bara impotent, den är också ointressant, eftersom den kliniska praktiken enligt författaren oriente-

rar sig efter helt andra och i praktiken fungerande procedurer.

Rekonstruktionen av den kliniska "rationaliteten"

Författaren försöker nu att utfylla det tomrum som sammanbrottet av det essentialistiska idealet medförde. Han försöker konstruera en ny klinisk rationalitet. Poängen är emellertid att det inte finns en rationalitet, det finns flera. Det kliniska kollektivet ställs inför helt olika typer av problem, och beroende på sammansättningen av dessa problem konstrueras rationaliteten. Där utvecklas tre typer av problemlösningstrategier. En strategi som kallas den *sjukdomsorienterade* praktiken, en strategi som kallas den *situationsorienterade* praktiken och en som kallas den *samhällsorienterade* praktiken.

Den sjukdomsorienterade praktiken

Denna praktik har sitt giltighetsområde inom den slutna vården och det vi kallar specialistvården. Huvudaktiviteten är här koncentrerad kring besvarandet av frågan: *Vilken typ av behandling behöver denna patient?* Genom studiet av *standard*-tillfällen och utvecklingen av *standardprocedurer* kombinerat med sannpliktstänkande kan ovanstående fråga besvaras adekvat. Genom användandet av kliniskt kontrollerade undersökningar kan kvaliteten på en given behandling utvärderas.

Den situationsorienterade praktiken

Det är inom detta område vi finner bland annat allmänmedicinen. Man är inom denna praktik koncentrerad kring besvarandet av frågan: *Behöver denna patient behandling?* Genom *helhetsvärdering* av patienten och med hjälp av psykologin är det möjligt att utveckla en *personkategorisering*, mot bakgrund av vilken det är möjligt att utveckla procedurer som kan vara vägledande för besvarandet av om patienten behöver behandling.

Den samhällsorienterade praktiken

Denna praktik är riktad mot *grupper* i *samhället*. Den innehåller epidemiologiska element, som kan vara vägledande för inriktningen av de två övriga praktikernas uppmärksamhet. Denna praktik har enligt författaren medfört att kollektivet tvingas att rikta sin uppmärksamhet mot svaga grupper i samhället.

Kommentarer

1. För en filosof måste medicinen framstå som ett mycket attraktivt område. Det innehåller så att säga alla filosofiens element. Hippokrates har sagt:

FILOSOFI I MEDICINEN ÄR MEDICIN FÖR FILOSOFIEN

Det finns alltså en gammal tradition för att medicin och filosofi kan berika varandra. Det är därför ej heller dubbiöst att en filosof som Juul Jensen dels

försöker bidra till medicinen med en filosofisk analys, dels på annan plats försöker bekämpa den filosofiska essentialismen med medicinen som ammunition.

2. Emellertid väljer Juul Jensen ut icke typiska (extrema) representanter för essentialismen. Och han gör härmed kampen för lätt för sig. Han karikerar essentialismen i medicinen och låter här efter argumenten flyga som målsökande missiler mot allt som liknar essentialism.

Det är korrekt att det inte går att tala om alla de problem det kliniska kollektivet presenteras för i termer av enzymdefekter, virus, patoanatomiska förändringar med mera.

Men man kan inte avvisa immunologien eller genetiken med dess möjligheter att förklara metaboliska och andra essentialistiskt definierade sjukdomar; man kan inte avvisa mikrobiologien och förståelsen av infektions-sjukdomar genom att argumentera mot ett specialfall inom endokrinologien.

Jag har svårt att förstå Juul Jensens önskan att dödsförklara essentialismen inom medicinen. Om essentialismen enbart existerar som en falsk idealbild i huvudet på vissa kliniker, varför blir det så viktigt att bekämpa den?

3. Författaren framställer praktiken som en självreglerande princip, som i "praktiken" fungerar bra. Om praktiken fungerar så bra varför består då krisen? Om där är tal enbart om en teoretisk kris, så behöver vi kanske inte alls bry oss eftersom medicinen ju enligt författaren är en praktik?

4. Om praktiken fungerar bra och det teoretiska tänkandet enbart fungerar som ett hinder för praktiken, vad ska vi då med de teoretiska reflexionerna till? Är då även Juul Jensens reflexioner överflödiga?

5. Om essentialismen och principen om den specifika behandlingen faktiskt spelar en viss roll även i praktiken, så blir det viktigaste kanske inte att dödsförklara essentialismen, utan snarare att precisera dess begränsade giltighetsområde inom de olika praktikerna.

6. Juul Jensens avgränsning av den sjukdomsorienterade praktiken gentemot den situationsorienterade praktiken förefaller absolut. Dynamiken, övergången och förbindelsen mellan dess två områden suddas bort. Detta blir ett problem för allmänläkaren som nästan alltid står med ett ben i varje läger, kring frågeställningar som till exempel "lindrar patienten av sexuell frustration eller har hon en salpingit".

7. Blir avgränsningen mellan de två ovan nämnda praktikerna absolut, så får man heller ingen möjlighet precisera de två praktikernas giltighetsområden gentemot varandra. Detta innebär en viss risk att den sjukdomsorienterade praktiken ska komma att överordna

sig den situationsorienterade praktiken.

8. Förekomsten av symtom och syndrom är helt klart en påminnelse om att specifika och essentialistiskt definierade diagnoser inte har allmängiltighet. Men om man inte försöker att reservera ett begränsat tillämpningsområde för den essentialistiska principen, är det stor risk att Juul Jensens kamp mot essentialismen kan övergå i ett motståndslöst accepterande av ytfenomen (symtom).

9. Det kan förefalla trivialt när Juul Jensen framhäver att sjukdomar idag måste definieras multifaktoriellt. Men att tala om multifaktoriella orsakssammanhang när man samtidigt förkastar möjligheterna att studera underliggande mekanismer essentialistiskt, blir meningslöst. Det låter som om man säger något mycket klokt, men det blir ett innehållslöst påstående.

10. Dessa kritiska kommentarer är inte menade att avsträcka eller att urholka rekommendationen av boken. Kommentarer är menade som exempel på de många viktiga diskussioner boken öppnar möjlighet till. Diskussioner som är oerhört angelägna för debatten om den moderna medicinens problem.

Niels Lynøe

FV-läkare i allmänmedicin

Pt. kvinnoklin. RIUM

Adress: Jämtbölev 4

90234 Umeå

Ny bok om incest

Socialstyrelsen har publicerat en ny skrift om incest: "Sexuella övergrepp mot barn inom familjen". (PM 91/85). Skriften bygger på tillgänglig litteratur samt på en enkät till vissa myndigheter som arbetar med barn och ungdomar inom olika regioner i landet. Skriften innehåller bland annat avsnitt med beskrivningar av sådana övergrepp samt de olika parternas roller och hjälpbehov. Vidare refereras och kommenteras den ändrade lagstiftningen om sexualbrott. I skriften betonas främst nödvändigheten av samarbete över yrkesgränserna mellan personer som i sitt arbete möter barn och ungdomar som har utsatts för övergrepp.

Socialstyrelsens nya skrift om incest är en remissupplaga. Remissen kommer att omfatta en avgränsad krets inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården samt vissa organisationer som kommer att erbjudas möjlighet att yttra sig.

Information: Byråsekreterare Iba Svahn, tel 08/783 32 08, byrån för socialt behandlingsarbete.

Sexuella övergrepp mot barn

Övergrepp mot barn har alltid förekommit även om det inte alltid har erkänts och betecknats som otillåtet

våld. Vårdpersonal upptäckte i slutet av 50-talet och början av 60-talet allt oftare att skadade barn faktiskt hade utsatts för fysisk misshandel i sina hem. En tröghet och motstånd i samhället fördröjde att utsatta barn kunde upptäckas och få adekvat hjälp. Den psykiska misshandeln är än svårare att känna igen och ingripa mot. Den förekommer dock men är ett åsidosatt problemområde. På senare år har insikter om att barn också utsatts för sexuella övergrepp inom sina familjer fått ökad spridning. Även i detta sammanhang har den nya kunskapen mött motstånd och misstro.

Särskilt när det gäller sexuella övergrepp har frivilliga stödgrupper och kvinnojourer bidragit till att vi har fått kunskaper om det våld som förövas mot de svagare i familjen. Barn som utsatts för sexuella övergrepp har kommit till kvinnojourerna tillsammans med sina misshandlade mödrar. Det har även visat sig att många av mödrarna själva varit utsatta för sexuella övergrepp som barn.

Till svårigheterna när det gällde att känna igen och åtgärda fall av fysisk misshandel hörde att skadorna ofta beskrevs som resultat av olyckshändelse. Med ökande erfarenheter växte rutiner fram så att det i dagens läge antagligen är få fall som inte får rätt diagnos.

När det gäller sexuella övergrepp har vi ännu inte tillfredsställande undersökningsrutiner. Det finns skäl att anta att en del övergrepp får missvisande beteckningar till ytterligare allvarligt men för det utsatta barnet. Övergreppens karaktär bidrar till detta. De utförs alltid i enrum mellan förövaren och offret. Styrkeförhållandet dem emellan är i alla avseenden ojämt; fysiskt, åldersmässigt, mentalt och också då det gäller att vinna tilltro från omvärlden. Endast i en mindre andel av de polisanmällda fallen kan övergreppen ledas i bevis mot förövarens nekande.

Den senaste tiden har det framförts farhågor om att anklagelser om övergrepp mot gemensamma barn skulle ha tillkommit som ett led i infekterade tvister mellan de vuxna. Engelskspråkiga publikationer om forskning och försöksverksamhet på området ger dock vid handen att falska angivelser av nämnt slag är synnerligen få i jämförelse med grundade anklagelser.

Omfattning

Barnmisshandel har aldrig kunnat redovisas uttömmande i den officiella statistiken – eller via några andra kanaler. Detta har flera orsaker. Särskilda uppfattningar råder om var gränsen går mellan individers och familjers rätt till integritet och samhällets ansvar för enskilda människors rättigheter och skydd. Skillnaderna i uppfattning kan vara lokalt eller kulturellt betingade. Vad som betecknas som barnmisshandel varierar också. Därtill kommer att övervåld mot barn liksom mot kvinnor, aktivt döljs för omvärlden inte bara av

gärningsmannen utan också av offret själv.

Statistiska centralbyråns statistik över polisanmällda brott mot barn år 1983:

- 167 fall av misshandel mot barn 0-16 år.
- 1002 fall av misshandel mot barn 7-14 år.
- 60 fall av våldtäkt, våldförande mot kvinna under 15 år.
- 252 fall av heterosexuell otukt med barn under 15 år.
- 88 fall av homosexuell otukt med barn under 15 år.

Liksom när det gäller kvinnomisshandel avspeglar de polisanmällda övergreppen mot barn och ungdom bara en liten del av det våld som förekommer. Olika former av sexuella övergrepp mot barn har dock anmälts i 400 fall, vilket måste anses vara oroande. I övrigt finns endast skattningar att tillgå för att belysa omfattning och utveckling av sexuella övergrepp mot barn.

Orsaker

Med sexuella övergrepp på barn menas:

Sexuella övergrepp på barn kan beskrivas som en handling där vuxna utnyttjar ett barn och dess beroendeställning för sina egna behov utan hänsyn till barnet och den skada som barnet åsamkas.

De flesta kända förövare är män men också kvinnor förgriper sig på barn, även om deras brott tycks kunna döljas effektivare och således kan ha ett större mörkertal. Såväl pojkar som flickor utsätts för övergrepp men enligt vad vi hittills vet om svenska förhållanden är flickor betydligt oftare offer än pojkar. Såväl manliga som kvinnliga förövare har både pojkar och flickor som offer.

De manliga förövarna svarar för omkring 90 procent av övergrepp enligt tillgängliga skattningar. I socialstyrelsens enkät var nära hälften av förövarna biologisk far till offret medan nästan var femte var styvfar eller fosterfar. Bland förövarna förekom också bröder till någon av föräldrarna samt mor eller farföräldragenerationen. I enkäten var bara var tionde förövare en sambo i familjen eller pojkvän till modern.

Samhällets attityder till sexualitet inverkar på förekomsten av sexuella övergrepp. Den traditionella yttre kontrollen av sexuella beteenden har lättats och sexuella normer förändrats. Var gränserna dras mellan acceptabla och otillbörliga sexuella beteenden beror dels på människors olika värderingar och erfarenheter, dels på varierande tabugränser. Också rörligheten i nutida familjebildningar kan ha betydelse.

I *psyko-sociala beskrivningar* av förövare av sexuella övergrepp mot barn framhålls att det inte rör sig om någon särskild personlighetstyp. Psykotiska

personer och personer med sjukliga böjelser ingår, liksom både socialt väletablerade och socialt belastade personer. Allmänt kan sägas att motivet till övergreppen ofta är egna otillfredsställda känslomässiga behov. Bristande inlevelseförmåga i barnets psykiska och kroppsliga upplevelser av övergreppen – inte en önskan att vilja skada barnet – utmärker de flesta gärningsmän. Det rör sig om i varierande grad omogna män med svårigheter att bygga upp och behålla en positiv relation till en vuxen partner.

Psykiska konsekvenser

Ju yngre barnen är när de utsätts för misshandel och sexuella övergrepp ju större är risken för att de allvarligt skadas. Det är omöjligt att med ledning av emotionella störningar sluta sig till vilken form av misshandel barn utsätts för. Vilka symtom som helst på störning hos barn och ungdom kan ha uppkommit genom sexuella övergrepp, vanvård, fysisk misshandel eller andra svåra upplevelser. Det är väsentligt att påpeka att barn som utsätts för övergrepp kan vara allvarligt störda och skadade utan att uppvisa yttre tecken på detta.

Barn som blir utsatta för övergrepp beter sig oftast på ett förändrat och främmande sätt. Yngre barn kan återgå till tidigare utvecklingsstadier och beteendemönster. De kan visa tecken på känslomässiga störningar till exempel genom mardrömmar, ångestladdat, upprivet beteende, kontaktstörningar som rädsla för kroppskontakt eller ett distanslöst kontaktsökande. Barnen kan också utveckla självdestruktiva tendenser. Vanliga symtom hos äldre barn är sjunkande självkänsla och försämrad självuppfattning. De kan gå in i depressioner och på olika vägar söka fly från verkligheten till exempel genom alkohol eller narkotika. På längre sikt kan skadeverkningarna bli tvångsmässigt alkohol- och/eller narkotikaberoende, depressioner och själv-mordstendenser samt oförmåga till mogna parrelationer och ett positivt sexualliv.

Barn trovärdighet

Barn är skyddslösa när de i sin familj utsätts för övergrepp särskilt om förövaren dessutom använder sin överlägsna styrka och makt till att dölja och förneka det som skett.

Barns egna berättelser och sådana reaktionssätt som ovan nämnts är ofta enda beviset för vad de utsätts för. Deras möjligheter att återberätta sina upplevelser är begränsade. Vuxna har betydligt större förutsättningar att för andra vuxna framstå som trovärdiga. Barns egna utsagor får ibland en omskriven form och betoning på mindre väsentliga inslag. På grund av sin räds-

la och förvirring stannar de ofta vid halva sanningar och antydningar.

Barns trevande budskap får inte viftas bort som barnsliga fantasier. Det är en förföreställning att barns fantasi kan vara helt skild från verkligheten. Barn lär sig att hantera verkligheten med hjälp av sin fantasi – men denna fantasi kan endast uppstå på verklighetsgrund. Barn fantiserar inte ihop händelser som de saknar tidigare erfarenhet av men de kan förvandla sina erfarenheter till mindre skrämmande upplevelser med hjälp av sin fantasi. Många barn som utsätts för sexuella övergrepp har beskrivit hur de har försökt göra sina upplevelser mindre otäckliga genom att tänka sig bort ur sin kropp – "det är inte mig det händer". Det finns upprepade exempel på att barn, för att orka leva vidare, har lyckats att helt skjuta undan sina förödande upplevelser och inte kunnat tala om dem förrän långt upp i vuxen ålder.

Det talas ibland om att barn kan vara delaktiga i övergrepp mot sig själva genom att de uppträder "förföriskt". Tanken att barn skulle kunna vara medskyldiga i vuxnas övergrepp mot dem kan utmönstras och ses om ett uttryck för vuxnas fantasi.

Barnens hjälpbehov

Avgörande för utsatta barn är att omgivningen förmår ta emot deras budskap när de försöker berätta om sin situation. Barnen befinner sig i en fruktansvärd konflikt och hindren mot att berätta är många. De är lojala mot och rädda för förövaren, de känner skuld för det inträffade, de är rädda för att något skall hända förövaren om sanningen avslöjas och inte minst; de känner när vuxna inte vill höra, inte vill få veta. De vuxna – anhöriga och yrkes-människor – får inte genom sina reaktioner skrämja tillbaka barnen in i tystnad och fortsatt lidande.

Också sedan barnet kunnat berätta om övergreppen förblir deras tillvaro kaotisk tills de får hjälp att reda ut det som hänt. Det är nödvändigt att barnet får klart för sig att det inträffade är helt den vuxnes skuld och ansvar och att samhället reagerar mot sådan behandling av barn. Barnen måste hjälpas ur tron, att de genom att berätta om övergreppen har åstadkommit det som sedan händer. Upphovet var förövaren själv när han/hon gjorde sig skyldig till övergreppet. Barn som lyckats beskriva sin situation får inte utsättas för konfrontationer med den som de oftast under stor vanda har avslöjat. Först sedan utredningen avslutats och planerade åtgärder genomförts kan det vara tänkbart att sammanföra förövaren och barnet. Det måste då ske under för barnet betryggande omständigheter och med en målsättning som är klart till barnets bästa.

Förövarnas hjälpbehov

Att erkänna övergreppet kan för en förövare vara liktydigt med att ge upp

eller rasera hela sin sociala tillvaro. Ett avslöjande kan kännas som en dödsdom över familjen som enhet. En del förövare har givit övergreppen förskönande beteckningar som till exempel "sexualupplysning" och "träning inför vuxenlivet". Att komma till insikt och omvärdera sådana motiveringar till det egna beteendet är nödvändigt även om det kan upplevas som skrämmande. Förövaren behöver i den situationen få hopp om utvägar som kan leda till normala relationer. Ett sådant hopp kan hjälpa dem att komma ur sin försvarsinställda avskärmning. De behöver också få insikt om att och på vad sätt övergreppen har skadat barnen. Förövaren behöver uppleva sitt ansvar för att komma vidare och kunna satsa på förändringar.

Mödrarnas reaktioner och hjälpbehov

Kvinnor – mödrar begår också övergrepp mot barn. De är mycket få i jämförelse med männen och har därför studerats och beskrivits i litteraturen i mycket begränsad omfattning. Reaktioner hos mödrar till utsatta barn och deras roll i familjen har däremot studerats på många håll.

Övergreppen innebär för dem bland annat att de måste välja sida. Där offrets och förövarens uppgifter går isär måste mödrarna avgöra vem de ska tro. I detta svåra val överger de ibland barnet, som då blir helt utan stöd.

En vanlig reaktion är att modern till en början förnekar det skedda. Många mödrar förebrår sig efter avslöjandet för att de inte tidigare förstått och ingripit. Mödrarna har dock mera inre motstånd att övervinna för att kunna inse det ofattbara än personer utanför familjen. Förutom att göra klart för sig att det faktiskt begås sexuella övergrepp mot barn och att deras eget barn hör till dem som drabbats, ska mödrarna komma till insikt om att den man som de satsat sin tillvaro på är den som begått övergreppet. Dessutom faller det på modern att försöka övertyga en ofta klenroten omvärld.

Mödrarnas dubbelbottnade situation kan ge motstridiga känslor i förhållande såväl till mannen/förövaren som till dottern/offret. Trots detta förväntar sig omvärlden ofta att mödrarna både ska kunna hantera situationen och ge barnet trygghet. Mödrarnas behov av hjälp med att komma ur krisen får inte försummas. De måste få hjälp att reda ut och bearbeta sina kaotiska känslor, få stöd för att det är förövaren som är ansvarig samt hjälp med sin egen rädsla och osäkerhet beträffande omgivningens reaktion. Självfallet måste de också psykologiskt och pedagogiskt stöttas i sin modersroll.

Syskon

I familjer med flera barn blir ofta mer än ett barn utsatt för övergrepp. Yngre syskon löper stor risk att senare få överta offrets roll. Också de syskon som inte är direkt utsatta för över-

grepp, påverkas av situationen. Syskonens behov av hjälp får inte glömmas bort eller åsidosättas. Också de måste skyddas för övergrepp eller för att på annat sätt fara allvarligt illa.

Samhällets hjälpresurser

Grupper som i sin yrkesutövning möter problemen ställs inför mycket speciella krav på erfarenhet och kunskap och upplever sig som dåligt förberedda för just dessa arbetsuppgifter. Yrkesgrupper som berörs återfinns inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt rättsväsendet. I ärenden där barn far illa är ett samarbete mellan dessa instanser ofrånkomligt för att på bästa sätt kunna hjälpa. Inte inom någon yrkesgrupp bör en befattningshavare ställas ensam att bedöma risker och utvecklingsmöjligheter för barnet, för övriga familjemedlemmar och för familjen som enhet. Bedömningsunderlagen – det vill säga uppgifter om familjernas tidigare erfarenheter, aktuella situation och framtida möjligheter är alltid svåra att inhämta och komplicerade att tyda. Resultaten – bedömningsarna och åtgärderna – påverkar människornas framtid och kan bli livsavgörande för dem.

En samordning av de olika yrkesgruppernas olika erfarenheter och resurser ger i alla avseenden bättre möjligheter att upptäcka om barn har utsatts för övergrepp i sina familjer och att finna medel att på bästa sätt hjälpa dem och deras familjer ur krisen. Båda uppgifterna måste utvecklas parallellt; jämsides med bra instrument att fastställa om övergrepp skett måste det finnas effektiva möjligheter att hjälpa.

Iba Svahn

Ledare för socialstyrelsens arbetsgrupp rörande sexuella övergrepp mot barn

"Skälig 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 än vad vi fått i vår grundutbildning. Bokens titel antyder alltså att den innehåller för oss viktig ny kunskap.

Boken är upplagd som en 140 sidor lång fallbeskrivning med kommentarer 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 per-

sonligen 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 engagerade 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 reaktion får läsaren inte veta mycket. Författaren säger sig tillägna boken barnet, som någon gång 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 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*

*Maria-Lena Sköld,
Kurator, Matteus vårdcentral*

Lokalt arbete mot läkemedels- missbruk

Det är sedan länge välkänt att läkemedelsmissbruk ofta förekommer i kombination med andra missbruksformer, främst alkohol. Man vet vidare att det vanligaste sättet att erhålla medicin är att parallellt gå till flera olika läkare, vanligen inom öppen vård. Studier från Stockholm talar också för att det främst är äldre läkare som lockas att skriva ut dessa missbruksmedel.

Missbrukets omfattning är mindre väl dokumenterat. En studie från Stockholm baserad på landstingets patientregister visar dock att var tusende invånare under en dryg tioårsperiod vårdats på sjukhus under diagnos läkemedelsmissbruk. Patientinventeringar på en psykiatrisk klinik i Stockholm visar vidare att drygt 10 procent av patienterna missbrukar läkemedel, tre fjärdedelar i kombination med alkohol. Patienterna erhåller vanligen stora vårdinsatser inom olika medicinska discipliner.

Inom socialstyrelsen handläggs frågor kring läkemedelsöverkonsumtion och missbruk på flera avdelningar och byråer, beroende på tyngdpunkten i frågeställningen. När länsläkarorganisationen upphörde i juli 1981 aktualiserades frågor om läkemedelsmissbruk till socialstyrelsen från olika lokala samarbetsgrupper ute i landet. Detta ledde till att socialstyrelsen, för att stödja och hjälpa grupperna när de utarbetar riktlinjer för lokala vårdprogram, bildade en projektgrupp mot överförskrivning av läkemedel. Gruppen stöder bland annat olika modellprojekt och håller fortlöpande kontakt med forskning inom läkemedelsområdet, utvecklar intressant statistik etc.

Sommaren 1983 genomförde projektgruppen två konferenser kring prevention och behandling av läkemedelsmissbruk med företrädare för landstingen, Landstingsförbundet, Apoteksbolaget samt Kommunförbundet. Som ett resultat av diskussionerna har socialstyrelsen sammanställt skriften "*Åtgärder mot överförbrukning av beroendeframkallande läkemedel*" (PM 77/84). I denna redovisades de olika organisationernas tillvägagångssätt för att komma till rätta med läkemedelsproblematiken. Syftet med skriften är att stimulera det organiserade arbetet mot läkemedelsmissbruk i landsting och kommuner.

Socialstyrelsens arbetsgrupp kommer i framtiden att stödja olika modellprojekt, hålla kontakt med aktuell forskning och försöka hjälpa till att informera läkare om lämpliga rekommendationer avseende dosering, förpackningsstorlekar med mera.

Information: Föredragande läkare Jan Halldin, eller byråsekreterare Agneta Bäverbrant, byrån för psykisk vård, telefon 08/783 3657.



ATT ORKA ÄR ATT MÅ BRA.

VAD KAN DU GÖRA FÖR ATT FÖRBÄTTRA ARBETSKAPACITETEN FÖR DIN HYPERTONIKER?

För en hypertoniker utan angina är det i hög grad hjärtfrekvensen som bestämmer arbetskapaciteten. Ger Du en behandling som framför allt påverkar hjärtfrekvensen, påverkas också arbetskapaciteten.

VERALOC sänker blodtrycket genom att sänka det perifera kärlmotståndet. Hjärtfrekvensen sänks måttligt och den normala dygnsvariationen av blodtrycket bibehålls.

Vid
HYPERTONI
ANGINA
ARYTMIER



VERALOC

Erco Läkemedel AB. Stockholm.



VERALOC 40 mg, 80 mg, 120 mg tabletter, inj.-v2.5 mg/ml. Kalciumflödeshämmare.
Indikationer. Angina pectoris, förmaksarytmier och AV-nodala takyarytmier. Hypertoni. - VERALOC kan användas då behandling med Beta-receptblockerare, saluretika eller kombination av dessa ej har gett önskad effekt eller är olämplig.
Kontraindikationer. Bristfällig kontrollerad hjärtinsufficiens (om inte denna orsakas av takyarytm), kardiogen chock, AV-block av grad II och III samt bifascikulärt block och sick sinus-syndrom.

Antalet aborter fortsätter att sjunka

Enligt socialstyrelsens statistik nådde antalet i Sverige verkställda aborter sin kulmen 1980 med närmare 35.000 (34.887) aborter i hela landet. Under de följande åren sjönk antalet för att 1983 ligga vid 31.014 aborter.

De uppgifter som socialstyrelsen nu presenterar för 1984 visar en fortsatt nedgång i antalet aborter. Förra året genomfördes 30.755 aborter vilket motsvarar 17,7 aborter per 1.000 kvinnor i fruktsam ålder. För 1980 var motsvarande siffra 20,6 och 1983 17,9. Minskningen från 1980 uppgår till knappt 12 procent. 1979 utfördes 36,1 aborter per 100 levande födda barn. 1984 var denna siffra nere i 32,8 aborter per 100 levande födda barn.

Flest aborter, närmare 24 procent, sker fortfarande i åldersgruppen 20-24 år. I denna åldersgrupp samt bland

Tabell I.

Aborter per åldersgrupp 1983 och 1984.

Ålder	antal	1983 procent	per 1.000 kv 15-44 år	antal	1984 procent	per 1.000 kv 15-44 år
-19	5.311	17,1	17,9	5.188	16,9	18,0
20-24	7.037	22,7	26,1	7.321	23,8	26,3
25-29	5.781	18,6	20,9	5.638	18,3	20,4
30-34	5.445	17,6	18,5	5.185	16,9	18,1
35-39	5.021	16,2	15,2	4.939	16,1	15,1
40-	2.419	7,8	9,1	2.484	8,1	8,8
Totalt	31.014	100	17,9	30.755	100	17,7

Tabell II.

Länsvis fördelning av antalet aborter 1983 och 1984 (preliminära uppgifter).

Län/kommun	1983 antal	1984 per 1.000 kv 15-44 år	antal	per 1.000 kv 15-44 år
Stockholms	8.765	24,8	8.609	24,1
Uppsala	1.043	18,4	1.046	18,4
Södermanlands	915	17,8	870	16,9
Östergötlands	1.144	14,3	1.139	14,1
Jönköpings	711	12,0	784	13,2
Kronobergs	472	13,7	464	13,4
Kalmar	635	13,7	555	12,0
Gotlands	156	13,5	175	15,1
Blekinge	417	14,1	408	13,8
Kristianstads	671	12,3	682	12,4
Malmö kommun	1.021	22,2	991	21,5
Malmöhus län	1.717	15,7	1.647	15,0
Hallands	656	13,6	699	14,4
Göteborgs kommun	2.297	25,0	2.428	26,4
Göteborgs o Bohus	822	13,9	887	14,6
Älvsborgs	1.154	13,4	1.133	13,1
Skaraborgs	561	10,4	642	11,8
Värmlands	986	18,1	967	17,8
Örebro	886	16,1	883	16,0
Västmanlands	986	18,4	1.002	18,9
Kopparbergs	916	16,5	913	16,4
Gävleborgs	1.068	18,6	987	17,2
Västernorrlands	744	14,5	702	13,8
Jämtlands	422	16,3	449	17,3
Västerbottens	749	14,9	690	13,7
Norrbottens	1.089	19,7	1.003	18,3
Totalt	31.014	17,9	30.755	17,7

tonåringar är antalet aborter per 1.000 kvinnor också praktiskt taget oförändrat.

När det gäller ökning respektive minskning av antalet aborter i de olika länen har endast skett små förändringar. Kalmar, Gävleborgs, Västerbottens och Norrbottens län har minskat mest, drygt 1 per 1.000 kvinnor, medan Gotlands och Göteborgs kommuner samt Jämtlands, Jönköpings och Skaraborgs län har ökat sina antal aborter med ungefär lika mycket.

Gerontologi. Läran om det friska åldrandet

Jan Helander (ed). Tredje upplagan. Almquist & Wiksell. Stockholm 1984. 124 sid. ISBN 91-20-06632-7.

Snart sagt dagligen möts man i någon massmedia av tal och siffror om hur gamla vi håller på att bli i Sverige och hur problematiskt och framför allt dyrt detta blir för landets produktiva generationer. Som så mycket annat i en kul-

turfattig debatt styrs dessa farhågor av kortsynt oro för att förlora något av dagens materiella standard och skymmer blicken för viktigare personliga och psykologiska värden: Sambanden mellan generationerna, sammanhangen över epokerna, måttfullhet och besinning. Men kanske måste man lägga bakom sig vardagens möda och hets för att kunna samla sig till detta perspektiv. Det sorgliga är egentligen att det är den nuvarande generationen av pensionärer som i sin aktiva tid skapade segregationens mönster, odlade och förde vidare myten om den kollektiva välfärdens trygghet och nu lever och protesterar mot de villkor vi själva utformade. Det borde lära dagens planerare att inte vara för självsäkra.

Boken handlar inte om detta, men den ger anledning till sådana funderingar, när man slagit igen den. Den är lättläst, lägmäld, och de fem författarna är välbevandrade på sina områden. Huvudavsnittet om åldrandets psykologi är författat av Jan Helander och upptar halva boken, vilket kan tyckas rubba balansen i dispositionen. Egentligen upplever man det inte så. Jan Helander har en träffsäker stil, och han lyckas ge en gripbar föreställning om de psykologiska förloppens oförutsägbarhet, om generaliseringarnas ytlighet och om andlig styrka och vitalitet hos många långt upp i åren. Kapitlet om åldrandets fysiologi, författat av Thorvald Bjurö, har säkerligen avsiktligt begränsats till en lättfattlig information om de fysiologiska processernas förändringar över åren och är inte ett lärokapitel om geriatrik. Det gäller också beskrivningen av åldrandets påverkan på arbetsförmågan av Sven Forssman och Elisabeth Lagerlöf.

I ett slutavsnitt skildrar Gillis Samuelsson samhällsutvecklingen, dess ekonomiska och sociala värderingar och arbetsmarknadens och utbildningens betydelse för åldrandet, eller kanske snarare för den föreställning unga människor gör sig om hur det är att vara gammal. Man kanske rent av kan fråga sig, litet provokativt, om inte åldrandet i den mån det nu är något problem, i själva verket är ett problem, som mer sammanhänger med att vara ung och veta att livet är kort, än att vara gammal och veta att när livet var som bäst var det ganska gott.

Gustav Haglund

Medicinsk rehabilitering:

Tidiga insatser inom primärvården minskar risken för utslagning

Rehabilitering, som är ett viktigt arbetsfält inom sjukvården, syftar till att förbättra funktionsförmågan hos patienten så att denne kan återanpassas till arbete och normalt samhällsliv. Sådan hjälp, som olika samhällsorgan är skyldiga att medverka till, måste ges snabbt och vara anpassad till varje in-

divid. Det gäller till exempel företagshälsovården, arbetsförmedlingen, försäkringskassan och socialtjänsten.

Det kan emellertid finnas många hinder i vägen för en snabb och effektiv rehabilitering. Först och främst gäller det själva omhändertagandet av patienter med vissa funktionshinder eller besvär. Undersökningarna kan bli både omfattande och tidskrävande och patienten hamnar i värsta fall i en rundgång i sjukvårdsapparaten. Andra hinder på vägen kan vara brister i samverkan mellan olika rehabiliteringsorgan eller att man glömmer bort att maximalt utnyttja individens egna resurser i rehabiliteringen.

I Älvsborgs län har man gripit sig an dessa problem och prövat nya organisations- och samverkansformer för att lösa problemen kring rehabiliteringen. Den medicinska rehabiliteringskliniken i Borås samt primärvården i Lerums kommun har i samarbete med socialstyrelsen startat ett framgångsrikt samverkansprojekt. Nya metoder och organisationsformer har prövats och utvecklats för att ge patienter i behov av rehabilitering en snabb och adekvat hjälp på rätt vårdnivå.

I socialstyrelsens rapport, "Samverkan i rehabilitering" (Socialstyrelsen PM 89/85), redovisas projektet där bland annat en utredning klart visar att tidigt insatta åtgärder inom primärvården kan förhindra att patienten passiviseras med ökad risk för utslagning. Projektet visar också att en klinik för medicinsk rehabilitering spelar en viktig roll som basresurs inom landstingen.

Rapporten beskriver ingående hur man gått tillväga och ger en värdefull information om arbetsmetodik i projektet. Konsultverksamheten har bland annat medfört en ökad närhet och kontinuitet i vården för patienterna. Rapporten presenterar också en organisationsmodell för lokalt rehabiliteringsprogram inom primärvården. Tanken är att det ska kunna tillämpas för alla patienter som är i behov av rehabiliteringsstöd.

Information: Avdelningsdirektör Bo Sundmark, tel 08/783 3447, eller förste byråsekreterare Carl Rådemyr, tel 08/783 3441, byrån för långvård.

Social service. Vårdkunskap

Siv Busin, Britt-Marie Eriksson,
Eivor Fransson, Leif Svanström.
Natur och Kultur 1984,
ISBN 91-27-50086-1. 224 sid.

Låt mig genast säga att detta är en välskriven, välredigerad och mycket nyttig bok. Författarnas avsikt har varit

att "skriva en BRA bok" och man har lyckats.

Man tillämpar helhetssynen i beskrivning av problem och arbetsmetoder, alltså inte bara i synen på patienten utan också på tillämpningen av socialtjänstens och sjukvårdens insatser. Konsultationens och samordningens konst framhålls i olika sammanhang, och det är viktigt för den intressanta disposition man valt, och beskriver de åtgärder hon kan vidtaga själv, och vart hon bör vända sig för hjälp. Man förvånas emellertid av den undanskymda roll läkaren intar i helhetens prestation. Är det kännetecknande att han helst löser problemen per telefon?

Bokens "Eivor, vårdbiträde", som man möter i olika situationer är en nästa osannolikt duglig och kompetent och välformulerad person. Men erfarenheten är faktiskt den att de utbildade vårdbiträdena i öppen vård ofta visar en oväntad handlingskraft, fantasi och uppfinningsförmåga, och därtill en omtanke och finkänslighet som är outhärlig i deras arbete. Alla kan nog i alla fall inte formulera sig så väl som Eivor gör.

Boken omfattar mycket, ibland för mycket kan tyckas, men jag medger gärna, att jag inte vet vad som kunde tagas bort. Det är väl just dilemmat med redigeringen av ett så omfattande ämne. Kravet på begränsning och behovet av fullständighet leder ibland bort från entydighet och konsekvens, och framställningen av patologien i vissa sjukdomstillstånd, särskilt i kapitlet om hjärt och blodcirkulation lämnar en del övrigt att önska. Detta är ändå helt marginella påpekanden, som inte förringar bokens värde för undervisning av vårdbiträden och för en inte mindre viktig efterutbildning. Dess kunskaper är också viktiga för till exempel undersköterskor i deras nära samarbete med vårdbiträde i hemsjukvården.

Tre önskemål: Ge en presentation av författarna och använd något annat ord för "servicetagare". Det kan säkert ske i nästa upplaga. Och huvudmän, köp boken till era vårdbiträden och undersköterskor i hemsjukvården.

Gustav Haglund

"Vad är demens?"

av Lotta Ternér och Ingrid Morejohn
Studentlitteratur 48 sidor
ISBN 91-44-23021 cirkapris 85 kronor

Omhändertagande av dementa människor har alltmer flyttats ut på primärvårdsnivå. Många kan vårdas i hemmet när insatser från anhöriga och hemsjukvård finns att tillgå och många sköts på demensavdelningar vid lokala sjukhem. Tyvärr har specifika kunskaper om skötsel av dementa överlag varit bristfälliga. Detta gäller de flesta personalkategorier. Den här presenterade boken har sitt ursprung i en psykiatrisk avdelning på St Maria

sjukhus i Helsingborg där man i studie-cirkelform har fått undervisning om demensvård och där man sammantallt en utställning som ligger till grund för boken. Boken är upplagd så att den kan fungera som handledning i en studiecirkel. Varje kapitel avslutas med diskussionsfrågor. Tyvärr finns ingen författarpresentation varför jag inte vet vilken personalkategori författarna tillhör.

Man vänder sig i inledningen mot benämningen psykiatri för denna vårdform och vill i stället kalla den geropsykiatri för att poängtera att det är en speciell form av äldreomsorg och inte en speciell form av psykiatri. Jag tycker att ordet psykiatri anger att det gäller äldre med psykiska besvär och att författarnas önskan att byta benämning på vårdformen närmast är ett sätt att komma undan den negativa klang ett ord kan få, jämför lokalvårdare i stället för städerska.

I boken ges en genomgång av vad demens är och vilka typer av demens det finns samt vilka symtom man kan finna hos dementa patienter. Man poängterar vikten av att demensdiagnosen verkligen är en positiv diagnos och inte en uteslutningsdiagnos och det genomgås noggrant vilka utredningar som bör göras innan man ställer diagnosen. Detta tycker jag är en mycket viktig genomgång då vi allt för ofta har benägenhet att ställa diagnosen senil demens utan att ha en tillräckligt säker grund att stå på. Konfusionstillstånd och pseudodemens måste uteslutas. Jag är dock tveksam till om man på alla patienter behöver utföra parathyreoidautredning, kontroll av B12 om blodstatus är normalt och i någon större utsträckning utnyttja resurser som analys av likvor och datortomografi. Naturligtvis skall möjligheterna till dessa utredningar finnas i bakhuvudet men i den rutinmässiga sjukvården tror jag det blir undantag att vi använder dem snarare än regel.

Hela boken är rikt illustrerad. En irriterande detalj är att det ofta återkommer ord inom citationstecken. Jag tycker texten då blir "avhuggen" och svårsläst.

Det är viktigt att vården anpassas till den enskilda patientens tillstånd. För ett så tungt klientel som på en psykiatrisk avdelning är aktiveringen svår, men många gånger finns det sysslor som patienterna kan utföra och det är viktigt att instruktioner till patienterna upprepas gång på gång utan att personalen tappar tålamodet vilket är lätt gjort då senildementa inte reagerar på adekvat sätt. Det är också viktigt att anhöriga tar del i vården så mycket som möjligt och att dessa får stöd i sina upplevelser av att inte nå fram till patienterna allteftersom demensen framskrider.

Boken avslutas med många konkreta önskemål som kan förbättra vården till exempel mindre vårdavdelningar, kortare arbetstid för personalen så att

de kan vara så alerta som möjligt och större namnskyftar för personalen. Man har också den optimistiska förhoppningen att det inom några år kanske finns läkemedel som effektivt lindrar eller till och med botar demenssjukdomarna. Hur det blir med det får framtiden utvisa men till dess är det viktigt att vi så bra som möjligt tar hand om våra dementa patienter.

Boken har sin plats som studiebok för personal på vårdavdelning där dementa patienter vårdas. Det är viktigt att vi inte glömmer bort att dementa patienter har speciella behov som måste tillgodoses för att de skall fungera på bästa möjliga sätt.

Kjell Hultsten
Distriktsläkare
Tibro vårdcentrum
Box 275
543 01 Tibro

Vård i livets slutskede:

Var och en måste själv få välja om hon vill dö i det egna hemmet

I juni 1984 anordnade socialstyrelsen ett symposium om de psykologiska och sociala aspekterna på vård i livets slutskede. Anföranden hölls av företrädare för olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Dessa, samt referat från gruppdiskussioner, har socialstyrelsen nu sammanställt i symposierapporten "Vård i livets slutskede" (PM 102/885).

För närvarande dör cirka 80 procent av alla svenskar på sjukhus eller annan institution. Utvecklingen pekar emellertid mot att allt fler kan komma att vårdas och dö i sina hem. En sådan utveckling kommer att ställa nya krav på hälso- och sjukvården, socialtjänsten och på anhöriga – också mot bakgrund av den ökande andelen äldre bland befolkningen.

För att möta dessa krav är det angeläget att de frågeställningar och synpunkter som tas upp i rapporten når ut till dem som inom landsting och kommuner eller på annat sätt arbetar med frågor kring vård i livets slutskede. Syftet med rapporten är att stimulera till arbetssätt där man beaktar patienternas, anhörigas och personalens behov av psykologisk, social och andlig omsorg.

Varje enskild människa måste själv få välja var och under vilka former hon vill dö. Detta ställer stora krav på utbildning samt samverkan mellan länsjukvården, primärvården och socialtjänsten.

Information: Byrådirektör Annelie Hollo, telefon 08/783 3440, byrån för långvård.

"Kampen om kroppen."

Författare Charlotte Buhl,
Universitetsforlaget AS, Oslo, 1985.

Författaren är klinisk psykolog. Hon vill förmedla kunskap om ätproblem och de psykiska störningar som kan ligga bakom dessa. Sådana problem är kanske specifika för vår individ- och kropps-centrerade kultur, ett samhälle där välfärden ger individen möjlighet att välja utseende. En motsvarighet till den bland kvinnor vanligare anorexin kan kanske ses i den fixering vid kroppsideal som hos män kan leda till exempelvis ett extremt joggande. Ibland är gränserna mellan friskt och sjukt otydliga.

I boken beskrivs anorexi och bulimi, hetsätande. Kontrollen över kroppen kan ju utövas genom att inta föda, göra sig av med intagen föda eller förbruka energi. Anorexi är ett välkänt begrepp. Bulimi är mindre välbekant. Författaren beskriver två typer – den ena där det överdrivna ätandet ger tydlig övervikt, den andra där patienten uppnår viktkontroll genom att spy upp en del av matintaget. De kroppsliga symptomen beskrivs som det utåt mest uppenbara tecknet på en allvarlig psykisk störning. Författaren åskådliggör med flera fallbeskrivningar de psykologiska mekanismerna och hur man med olika typer av terapi kan närma sig den egentliga problematiken.

En tidig diagnos är avgörande för en framgångsrik terapi, exempelvis familjeterapi. Det är därför viktigt för oss som allmänläkare och skolläkare att känna till de tidiga symptomen. "Presenting symptoms" är ofta inte problemen utan det kan vara koncentrationssvårigheter eller sömnproblem. Patienten själv upplever ofta inte mat- och viktavvikelsena som problem – kroppen är det enda patienten känner att hon verkligen har kontroll över.

När jag läser boken kommer jag att tänka på flera patienter jag har mött de sista åren – patienter som jag nu ser i ny belysning. Det är överviktiga patienter jag skickat till dietist eller rekommenderat motion – men utan resultat. Det är patienter som sökt mig för problem vars bakgrund jag ej förstått – det kan vara patienter med psykosomatik, eller patienter med psykiska problem, kvinnor som varit påfallande perfekta i sitt yttre, män som varit hängivna ett kroppsligt ideal. Den här boken har givit mig flera nya infallsvinklar och en hel del att tänka på. Jag skulle tro att många allmänläkare kan ha glädje av den. Den är inte något uppslagsverk utan den bör läsas i sin helhet.

Ulla Söderström,
Distriktsläkare, Umeå vårdcentral,
Box 10093, 900 10 Umeå

Tor-Inge Tønnesen:

Smärta och andra symtom 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 smärtlösa. Norrmannen Tor-Inge Tønnesen 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 lokalisering utan även dess karaktär registreras. "En bild säger mer än tusen 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 skelettmetastaser. 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 utslutas. 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 litteratur i ämnet. Behandling av andra symtom 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

biverkningar

Annons nr 1 i en serie om Felden
- ett välbeprövat antiflogistikum.

Den här annonsen handlar nästan bara om biverkningar. Offra ett par minuter och läs den. Det kan bidra till att öka säkerheten vid användning av antiflogistika.

KLINISKA ERFARENHETER

I slutet av 1984 hade läkare världen över förskrivit cirka 2 miljarder dagsdoser av Felden. Den kliniska effekten har dokumenterats i cirka 300 kliniska studier.

SKILJER SIG BIVERKNINGSPROFILEN FÖR FELDEN FRÅN ANDRA ANTIFLOGISTIKA?

I kontrollerade kliniska prövningar har Felden jämförts med andra antiflogistika (1-6). I dessa har Felden både kvantitativt och kvalitativt i stort sett samma biverkningsmönster som jämförda preparat. Sådana studier görs på väldefinierade diagnoser och med fastställda uteslutningskriterier. Den biverkningsbild som framkommer vid »spontan» rapportering av biverkningar vid rutinmässig användning är inte alltid lik den som man ser i kontrollerade studier. Det kan bero på en mängd faktorer bl.a. samtidiga sjukdomstillstånd och andra mediciner. Dessutom varierar rapporteringsmönstret. De två första åren efter registrering är den period då rapportering av biverkningar är vanligast. (Ref. 7.)

Det är då väsentligt att studera fynd och förhållanden som förefaller anmärkningsvärda eller allvarliga. Och att relatera biverkningarna till konsumtion.

Gastrointestinala besvär är en känd biverkan av antiflogistika. Ibland framställs vissa preparat som mindre belastade än andra.

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	GENOMSNITTSÅLDER	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)
(låg index = låg 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-konsulent ring tel. 08-758 0130 eller skriv till Pfizer AB, Box 3053, 183 03 Täby.



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. Sydnes, 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.

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/Gebers 1980 ISBN 91-20-06170-6.

Recensent:
Kjell Hultsten,
Distriktsläkare,
Vårdcentralen, Tibro

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄNMEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄNMEDICIN

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

ALLMÄNMEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distriktssköterskemottagning.

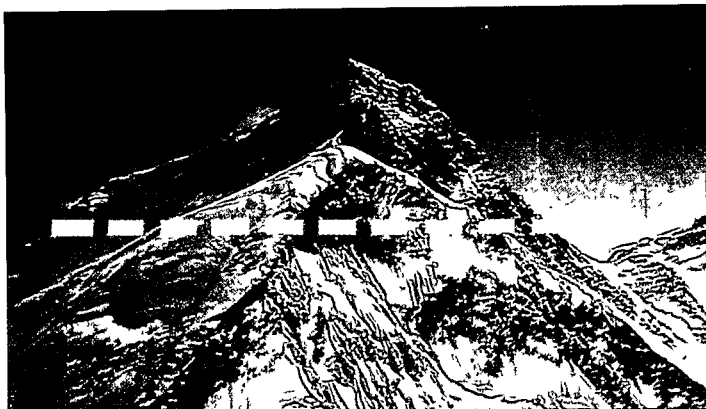
ALLMÄNMEDICIN

kostar 250 kronor för år 1985. Avgiften insättes på postgiro 37 54 40-5.

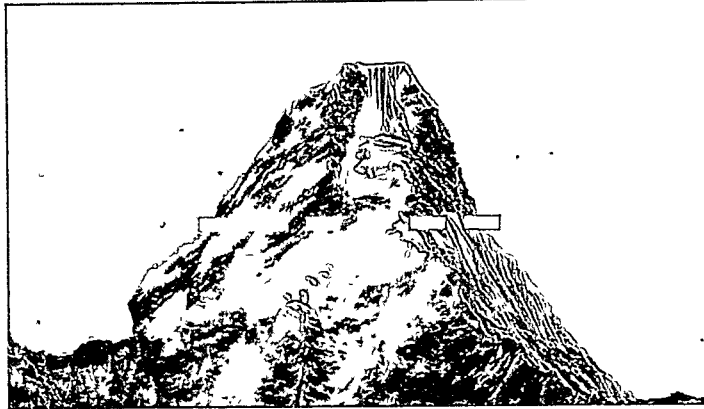
Ange prenumeration för 1985 på talongen.

ALLMÄNMEDICIN

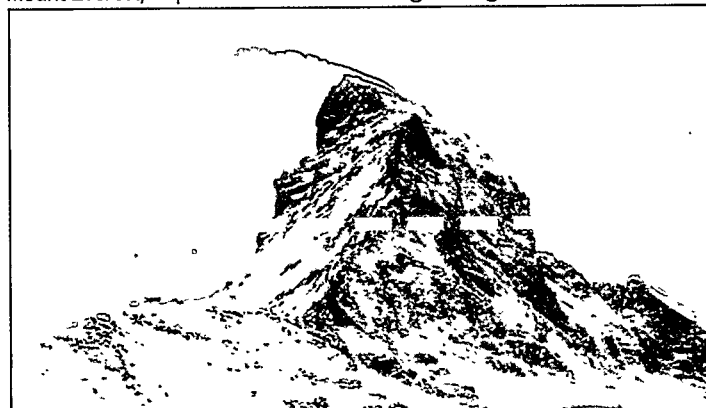
utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).



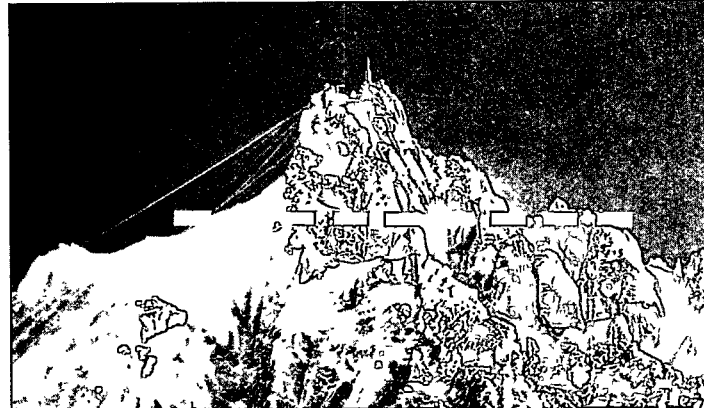
Mount Everest, Nepal 8.848 m. Världens högsta berg.



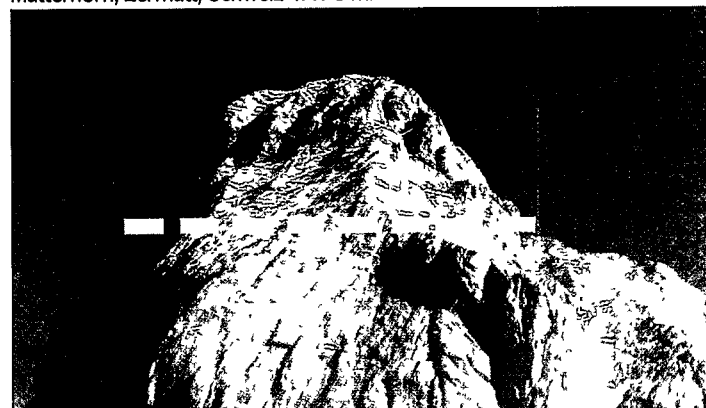
Anai Dablang, Himalaya 6.856 m.



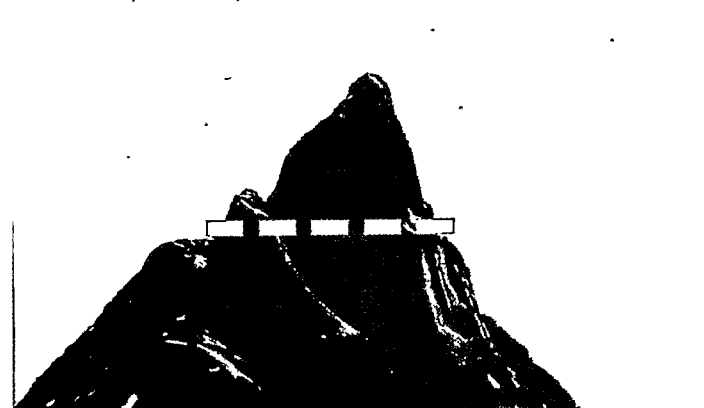
Matterhorn, Zermatt, Schweiz 4.478 m.



Grand Monté, Chamonix, Frankrike 3.275 m.



Wolayerkopf, Österrike 2.470 m.



Ottertind, Norge 1.360 m.

Seloken® Duretter® 100 mg kapar topparna.

metoprolol

Beredningsformen Duretter ger en successiv utlösning av aktiv substans varigenom plasma-koncentrationstopparna reduceras. Jämfört med vanliga tabletter förlängs absorptionsfasen och en jämnare och långvarigare effekt erhålls.

Då Duretter kommer i kontakt med vätska upplöses de korn som ligger närmast ytan. Vätskan når sedan successivt de längre in belägna partiklarna och en kontinuerlig utlösning av substansen erhålls via diffusion, oberoende av den omgivande vätskans pH, enzyminnehåll och ytspänning. När substansen har frigjorts återstår ett mjukt och skört indifferent skelett som genom peristaltiken smulas sönder och lämnar kroppen med feces. [1-2]

Duretter ser vid yttre påseende ut som vanliga tabletter. Substansen är emellertid innesluten i ett poröst skelett som medger en långsam frisättning av läkemedlet under passagen genom mag-tarmkanalen.

1. Sjögren J. 5. Controlled release oral formulation technology. In: Prescott LF, Nimmo WS, eds. Rate control in drug therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985: 38-47.

2. Johnsson G, Jordö L, Lundborg P, Regårdh C-G, Rönn O. Plasma levels and pharmacological effects of metoprolol administered as controlled release (Durettes) and ordinary tablets in healthy volunteers. Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol 1980; 18: 292-7.

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



Hässel Läkemedel AB 431 83 Mölndal. Tel 031-67 60 00



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.

