

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Allmänmedicinens
kärna

6
1985

Temasektion
IAMUR

DISTALGESIC

Ställer smärta smält mot magen

FRITT FRÅN KODEIN OCH ACETYLSALICYLSYRA MAGVÄNLIGARE LÄGST BEHANDLINGSKOSTNAD

DISTALGESIC Δ R

Deklaration: En tablett innehåller: Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. **Egenskaper.** Dextropropoxyfenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. **Indikationer.** Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. **Graviditet och amning.** Kategori A. **Dosering.** Vanlig dosering till vuxna är 2 tabletter var 6:e-8:e timme. En dygnsdos av 8 tabletter bör ej överskridas. **Observera.** Vid behandling med DISTALGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, tex vid bilkörning. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa föreskriven dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. **Förpackningar.** Tabletter: tryckpack 20 st, tryckpack 50 st, tryckpack 100 st, burk 100 st.

	Pris/ 100 tabl	Patienten betalar själv	Rekommenderad dagsdos-FASS.
Citodon	61,80	40,90	1 - 8
DISTALGESIC	41,10	30,55	4 - 8
Doleron	87,70	50,00	3 - 6
Donobid 500 mg	255,70	50,00	2
Lobac	68,80	44,40	3 - 6
Paraflex Comp	75,10	47,55	3 - 8

DISTALGESIC[®]

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

Ledare:

Allmänmedicinens kärna.

Gösta Tibblin

272

Föreningsnytt:

SFAM:s nya styrelse 1985/86.

274

Rapport från norrländska allmän-
läkardagar i Sundsvall 2-3 sept 1985.

276

Debatt:Balint-grupp vid Brommaplans
vårdcentral.

Bo Siljeholm

277

Cancer och primärvård.

Anders Edfelt

277

Allmänmedicinen mot år 2000 - ett
framtidsperspektiv.

Ingvar Krakau

278

IAMUP

Remisser till en medicinklinik.

280

Varför forskning och utvecklings-
arbete i primärvården?

Lena Olsson, Birger Thorell

283

I Uppsala tycker man om primär-
vården, men söker på sjukhus.Hans Åberg, Aleksander Bakall,
August Schneider

285

Enkät och intervju om hälsofrågor
för personalen vid en nyöppnad
vårdcentral.

Hans Åberg, Bodil Tibblin

288

Diagnostik:

Streptokockodling på vårdcentral.

Björn Olsson

298

HS 90:Primärvård räddar jobben när sjuk-
huset läggs ner.

Mats Carlborn

300

WHO:

Vem ska äga din hälsa?

Inge Dahn

303

Information i primärvården:

Biblioteksservice i primärvården.

Bo Bergstrand, Inger Edmyr,

Dagmar Moberg, Astrid Östlund

304

Fallbeskrivning:

Pigluxation i primärvård.

Sten Larsson

305

Prevention i primärvård:

Integrerad friskvård på vårdcentral

Kennert Lenhoff, Björn Liljekrantz

306

Mottagningssköterska i primärvård:Mottagningssköterskan - en under-
skattad resurs på vårdcentralen.

Birger Gren

308

Behandling:

Laserbehandling inom öppenvård.

Anders Håkansson,
Christina Wiklander

310

Internationellt:Reserapport: European General
Practitioners Research Workshop.

Bengt Linder

312

Kurser & Konferenser:Program för Svensk förening för
allmänmedicins vårmöte i Örebro.

315

Hur arbetar man i en Balintgrupp?

Lena Karlberg, Ingrid Lübeck,

Helga Sjöström

316

Recensioner:

Hälsouppllysning i landstingets regi.

319

Kvicksilver i amalgam.

322

Socialstyrelsen publicerar

WHO-rapport om kärnvapenkrig.

322

Allmänmedicinens kärna

Claes-Göran Westrin, som är professor i socialmedicin i Uppsala, brukar påpeka att det viktigaste är inte ett ämnes avgränsning utan dess kärna. Ett sätt att finna allmänmedicinens kärna är att studera hur allmänmedicinen förhåller sig till de vanliga begreppen primärvård och samhällsmedicin. Primärvård är en vårdnivå inom vilken ett stort antal medicinska specialiteter är verksamma. Inom primärvården finns också distriktssköterskor, undersköterskor, logoped, laboratorie-assistenter, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer. Till primärvården hör också barnhälsovården, mödrhälsovården och den sektoriserade psykiatrin. Det finns landsting där långvården räknas till primärvården.

Primärvården är ett vitt begrepp, på samma sätt som länssjukvården och regionssjukvården är det. Man kan knappast undervisa eller forska i primärvård. Liksom man inte kan forska eller undervisa i länssjukvård och regionssjukvård. Primärvård har också blivit ett politiskt slagord med positiv och negativ klang beroende på vilken sida man tillhör.

En utbyggd primärvård skall lösa sjukvårdskrisen! Bygger man ut primärvården raseras sjukhusen och de riktigt sjuka kommer inte att få vård! Primärvårdsbegreppet känns utslitet och jag använder det alltså sällan. Det fångar förvisso inte in allmänmedicinens kärna.

Samhällsmedicin är ett modeord som tillkommit för att ersätta socialmedicin. Det är om möjligt vidare än primärvård. Det omfattar allt som kan tänkas ha med sjukdom och hälsa att göra. Samhällsmedicin förefaller vara en ändamålsenlig beskrivning och benämning på de samhällsmedicinska enheterna som nu växer fram inom de olika landstingens kanslier. I övrigt kan jag inte förstå varför inte socialmedicin kan få stanna kvar, speciellt som dess innehåll nu äntligen börjat bli populärt – prevention, epidemiologi och hälso- och sjukvårdsforskning.

Allmänmedicinens kärna finner man i allmänmedicinarnas verksamhetsområde. UHÄ har 1981 beskrivit ämnesområdet allmänmedicin på följande sätt. Ämnet är inriktat på primär handläggning av osekterade medicinska problem och på hälsotillståndet i en avgränsad befolkning (kommunen eller kommunal, min anm). Epidemiologisk metodik skall användas för att identifiera hälsoproblem i befolkningen. Ämnet skall utveckla diagnostiska och terapeutiska metoder men också utveckla kunskapsunderlag för prevention och rehabilitering.

För allmänmedicinen är äldre och de kroniskt sjuka viktiga patientgrupper. Studiet av dessa bör i tillämpliga delar inkluderas i vårt ämnesområde.

När vi på detta sätt funnit den allmänmedicinska kärnan är det naturligt att diskutera hur den akademiska allmänmedicinen skall utvecklas. Utgångspunkten måste vara allmänläkarens vardag och sjukligheten i befolkningen. Erfarenhet av allmänmedicin och epidemiologi blir därför en förutsättning för god allmänmedicinsk forskning.

Under 80-talets första hälft har landet fått eller kommer att få professurer i ämnet i Lund, Uppsala, Göteborg, Umeå, Stockholm och Linköping. Det är min förhoppning att allmänmedicinska institutioner skall inrättas inte bara i Göteborg och Uppsala utan även i Umeå, Stockholm och Linköping. Ämnet allmänmedicin blir ett av grundutbildningens stora ämnen. Allmänmedicinerna är landets största läkargrupp och i Svenska läkarsällskapet är den allmänmedicinska sektionen bland de tre största sektionerna. Det förefaller därför naturligt att allmänmedicinen får en egen institution inom de medicinska fakulteterna. Ett annat skäl till en egen institution är allmänmedicinarnas identitet. Det är svårt att identifiera sig med en sociallångvårdsallmänmedicinare.

Innan jag slutar språkgranskningen finns det anledning att ta upp orden distriktsvård och allmänläkarvård. Kan inte de ersättas med allmänmedicinsk vård?

I detta nummer presenteras några arbeten från den allmänmedicinska institutionen i Uppsala. Institutionen hade en tid enmansbemanning men fick efter ett år en klinisk lärare och efter tre år en amanuens. Vi är engagerade i hela Örebro-Uppsalaregionen såväl i undervisning som forskning. De fyra landstingen Västmanland, Södermanland, Värmland och Uppsala län betalar var sin forskningsassistent vid institutionen. Ingvar Krakau har disputerat på en avhandling som utgår från oss. Det finns ett tiotal doktorander registrerade. I grundutbildningen finns allmänmedicin i Uppsala inom introduktionskursen, under invärtesmedicinska året, under sjunde terminen (en vårdcentralvecka) och två veckors huvudkurs under elfte timmen.

Gösta Tibblin

Adress: Institutionen för Allmänmedicin, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

Manus-stopp

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 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* 1986.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
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, 90237 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)

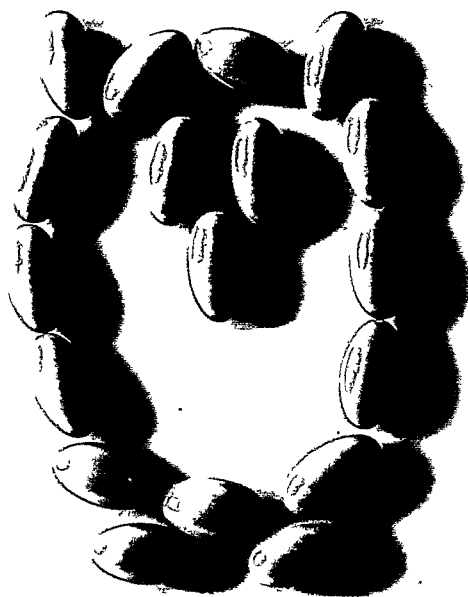
Annonser:
YH Annonserförmedling,
Ålströmergatan 18, n b 11247 Stockholm.
tel. 08/51 67 60

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 54 40-5 till AllmänMedicin. Ange att avgiften avser prenumeration.
Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1985.

ISSN 0281-3513

INGEN NYHET. EN KLOKHET!



Det är ingen nyhet, utan en gammal pålitlig erfarenhet, att Salures-K ger god blodtryckssänkande effekt och mycket få biverkningar.

Praktiskt taget alla svenska läkare har erfarenhet av Salures-K. De flesta förskriver Salures-K regelbundet. Och i de allra flesta fall mår patienterna bra och kan leva ett normalt, aktivt liv.

När man har så god erfarenhet av ett preparat har man också alla skäl att konsekvent fortsätta att använda det.

Salures-K.
Ingen nyhet. En klokhhet!



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.

VIKTIGA DATUM FÖR SVERIGES ALLMÄNLÄKARE 1986

Förenings
nytt

SFAM:s nya styrelse 1985/86

Bengt Linder lämnade styrelsen och ordförandeskapet vid årets årsmöte. Tack för Dina insatser för SFAM.

Göran Sjönell har efterträtt Bengt Linder som ordförande. Vi önskar Göran lycka till liksom vi hälsar de nya medlemmarna Anna-Karin Furhoff och Calle Bengtsson välkomna.

Styrelsen för Svensk Förening för Allmänmedicin 1985/86

Göran Sjönell
Ordförande
Matteus vårdcentral
Surbrunnsgatan 66
11327 Stockholm, tel 08-34 0240

Bengt Schersén
Vice ordförande
Vårdcentralen
24010 Dalby, tel 046-209200

Gösta Tibblin
Vetenskaplig sekreterare
Institutionen för allmänmedicin
Akademiska sjukhuset
75185 Uppsala, tel 018-16 6000

Kenneth Widäng
Facklig och internationell
sekreterare
Björknäs vårdcentral
Box 511
96128 Boden, tel 0921-51070

Christina Nerbrandt
Skattmästare
Vårdcentralen Gripen
Box 547
65109 Karlstad, tel 054-102120

Bo Haglund
Karolinska institutet
Institutionen för socialmedicin
Vårdcentralen Kronan
17283 Sundbyberg, tel 08-989100

Gunilla Hegardt
Haga vårdcentral
Box 14056
70014 Örebro, tel 019-105220

Anna-Karin Furhoff
Sollentuna vårdcentral
Box 164
19123 Sollentuna, tel 08-968100

Calle Bengtsson
Allmänmedicinska institutionen
Redbergsvägen 6
41665 Göteborg, tel 031-840170

JANUARI

JULI

FEBRUARI

AUGUSTI

MARS

SEPTEMBER
SFAM:s höstmöte
i Borlänge

APRIL, 3-4
SFAM:s vårmöte
i Örebro

OKTOBER

MAJ

NOVEMBER

JUNI, 1-6
WONCA konferens
i London

DECEMBER

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

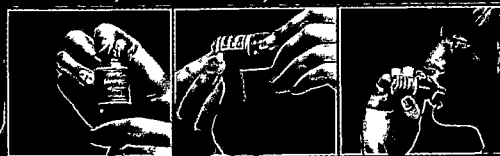
Väl kontrollerad dosering.

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

Rapport från norrländska allmän- läkardagar i Sundsvall 2-3 sept 1985

Detta var starten för förhoppningsvis återkommande regionmöten riktade till oss distriktsläkare inom Norrlandsregionen. Som arrangörer stod Primärvården i Medelpad tillsammans med Hässle Läkemedel. Samtliga fyra landsting tillhörande denna region var rikligt representerade. Tillsammans var vi ca 70 stycken som hade två intressanta och givande dagar i Sundsvall.

Efter en något vinglig flygresan från Luleå mottogs vi med lunch och kunde slappna av! Eftermiddagen ägnades åt Äldreomsorg i primärvårdens regi, ett ämne som ju är högaktuellt. Det känns skönt att finna att de problem man stöter på på hemmaplan finns på andra ställen också, och man får nya impulser att lösa dem! Vad man på de flesta håll insett är att en vårdplaneringsgrupp lätt svävar ut och blir för stor. I praktiken utgörs denna grupp nu bara av distriktssköterskan och hemvårdsassistenten som vid behov inkallar andra berörda yrkesgrupper.

Hässle avslutade eftermiddagen med att informera om olika utbildningsaktiviteter.

På kvällen middag med dans på Knaust Salonger. Det fanns rikligt med musikaliska förmågor i Sundsvall både när det gällde att sjunga, spela och skriva texter. En samling gamla spexare hade dammats av (och även lånats från

andra kliniker) och framförde ett egenhändigt skrivet spex under stort jubel. Dansorkestern Sick Sinus fick också klart i godkänt.

Tisdag morgon samlades vi till förmiddagens seminarier. Som alltid skulle man vilja vara på flera ställen samtidigt. Ämnena var "Allmänmedicinska vardagsproblem", "Psykosomatisk medicin" och "Forskning och utveckling i primärvård".

Före lunch hann vi också med en snabb föreläsning om "Icke farmakologisk behandling av hypertoni". Klarade alla patienter med hypertoni att leva på det sätt Gösta Tibblin lär skulle vi inte ha några problem med dem, och läkemedelsindustrin skulle få bekymmer!

Så var det dags för mötets överraskning: Utdelning av Norrländska Allmänläkares stipendium. Ett nyinstiftat sådant på 5 000 kr till någon kollega för gjorda insatser inom yrkesområdet. Den förste att få detta stipendium blev Christer Gunnarsson, primärvårdschef i Örnsköldsvik. Efter att ha lyssnat på hans "meritlista" och Högtidsföreläsning instämmer vi i att han var väl värd utmärkelsen!

Före mötets avslutande fick vi information från allmänmedicinska institutionen i Umeå.

Nöjda och belåtna skakade vi så tillbaka till Luleå med hjärtat i hals-

Primärvårdens roll i vården av äldre

Socialstyrelsen inbjuder till efterutbildningskurser, som vänder sig till distriktsläkare och sjuksköterskor (distriktssköterskor) verksamma i primärvården. Under våren 1986 anordnas 4 veckokurser i internatfarm. Ur kursinnehållet kan nämnas: Gerontologi, geriatrik, prevention, hjälpmedel, organisation av hemsjukvård, samarbete kommun/landsting.

Kurs 1

1986-02-10 - 14 (vecka 7) Hotell Södra Berget, Sundsvall. Kursledare: Markus Kallioinen, Anna-Lisa Wallgren. Tel 060-17 33 50

Kurs 2

1986-04-07 - 11 (vecka 15) Nordkalottcentrum Luleå. Kursledare: Kenneth Widäng, Elisabeth Wiklund-Johansson. Tel 0921-510 70

Kurs 3

1986-04-14 - 18 (vecka 16) Dorotea. Kursledare: Inger Bylen, Åsa Sundström-Lidgren. Tel 090-13 74 80

Kurs 4

1986-05-26 - 30 (vecka 22) Hotellet Södra Berget, Sundsvall. Kursledare: Markus Kallioinen, Anna-Lisa Wallgren. Tel 060-17 33 50

Kurserna finns upptagna i Landstingsförbundets förteckning över extern kursgivare. Sista anmälningssdag: För kurs 1 1986-01-10, för kurserna 2-4: 1986-02-01. Anmälan om deltagande insändes till: Distriktsläkare Margareta Troein, Örnsköldsvik, Storstigen 20-28, 951 38 LULEÅ. Tel 0920-888 10.

Platsantal till respektive kurs är begränsat till 13 sjuksköterskor och 13 läkare. Det är önskvärt att deltagande sjuksköterska och läkare kommer parvis från samma arbetsplats. Socialstyrelsen strävar också efter att få god regional spridning i varje kurs.

gropen. Vi ser redan fram emot nästa regionmöte som blir i Östersund 1987. Hoppas att så många som möjligt kan möta upp då. Själv skall jag överväga transport med SJ i så fall!

Ett stort tack till alla som gjorde dagarna i Sundsvall så lyckade!

Maud Nordström Öiehn



Christer Gunnarsson emottar stipendium och diplom. Marcus Kallioinen beundrar.



Balint-grupp vid Brommaplans vårdcentral

BO SILJEHOLM

Nyckelord: Balintgrupper.

Inspirerad av en NLV-kurs i Umeå 1976 med docent Bengt Mattsson som handledare, där bland annat boken "Läkaren, patienten och sjukdomen" av Michael Balint diskuterades, sfärtades vid Brommaplans vårdcentral 1980 en Balint-grupp.

Vi hade då fått kontakt med psykiatrikern och psykoanalytikern Anita Häggmark som var beredd att fungera som handledare.

Vi träffades var 14:e dag i två timmar. Balint-gruppen har varit mycket homogen, det vill säga endast de ordinarie distriktsläkarna har medverkat. Under de gångna åren har dessutom långtidsvikarier samt AT- och FV-läkare anställda under en *längre period* deltagit i gruppen.

Gruppen har följt de traditionella Balint-reglerna. Vi har även använt bandinspelningar med patienter. Denna verksamhet har dock ej uppgått mer än till cirka 10 procent.

Efter en kontraktsförlängning på fem månader slutade Anita Häggmark december 1984 som handledare för Balint-gruppen. Vi stod nu inför valet att anlita ny handledare, fortsätta på egen hand eller avsluta Balint-gruppen. Vi valde det andra alternativet, nämligen att att fortsätta Balint-gruppen *utan* handledare. Detta alternativ prövades därefter under de följande sex månaderna. I det då upprättade kontraktet enades vi bland annat om att varje gruppdeltagare skulle fungera som ordförande två på varandra följande möten. Alla deltagare fick på så vis leda gruppen 1-2 gånger under en försöksperiod på sex månader.

Det visade sig att referaten och samtalen beträffande patienterna ändrade karaktär. De tidigare psykoanalytiskt styrda tankegångarna minskade. Diskussionen övergick till ett mer allmänt samtal där vi refererade "svåra fall", men de analytiska vinklingarna med riktade hypoteser försvann i stor utsträckning. Den rent psykologiska handledningen och diskussionsnivån sjönk.

Vi fann dock att vi kunde fortsätta en livlig diskussion utifrån våra tidigare erfarenheter av olika typfall och hypotesuppbyggnader. Dessutom bibehölls värdet av de gemensamma sammankomsterna, där *enbart* psykologis-

ka patientproblem diskuterades, vilket på många sätt är unikt även på en flerbemannad distriktsläkarmottagning.

Den känsla av vanmakt som får många läkare att känna sig som en "container" dvs en person som måste lyssna på allt mellan himmel och jord har övergått i ökad förståelse och insikt i den naturliga kopplingen mellan kropp och själ.

Det är min övertygelse att läkarens jag-känsla och identitet stärks avsevärt efter att ha deltagit i en Balint-grupp, vilket givetvis också kommer läkarens patienter till godo.

Författarpresentation

Bo Siljeholm, distriktsläkare, Bromma vårdcentral.

*Postadress: Tumlandet 11, 2 tr, 116 50 Bromma.

Cancer och primärvård

180 6089

Nyckelord: Prevention cancer, primärvård.

Var kommer allmänläkaren in i cancerproblematiken? Vilken roll har vi i förebyggande, diagnostiserande, kontrollerande och behandlande verksamheter? Vi skulle säkert få en splittrad bild om vi gjorde en kartläggning från ett mycket ringa deltagande till hela skalan av insatser. Finns det givna vattendelare mellan onkologer och lasarettsspecialister eller mellan de senare och primärvården? Ett imponerande norskt verk på initiativ av Landsforeringen mot Kreft presenterades på Nordiska kongressen i allmänmedicin i Lund och föreligger som en 250 sidors volym med titeln "Kreft i almen praksis", författare Magne Nylenna et al, Universitetsforlaget. Det är resultatet av ett samarbete mellan allmänläkare och specialister. Man har valt en mycket praktisk hållning, där tumörbiologen inte har något att hämta, men väl allmänläkaren som vill förfina sina diagnostiska instrument, i högre grad sköta kontrollerna grannlaga, ge en riktig smärbehandling och förstå cancerpatientens psykologiska problem.

Man kan slå fast efter läsningen av epidemiologikapitlet att ämnet inte bara utgör tråkiga siffror runt incidens och prevalens utan att denna kunskap också styr det individinriktade arbetet mer eller mindre omedvetet. Enligt uppgift har exempelvis 9,4 procent av våra patienter över 50 år med någon av de 7 farosignalerna för malignitet i verkligheten cancer. Allmänläkarens roll i cancerdiagnostiken skiljer sig ju i hög grad från sjukhusläkarens. Vi måste uppöva en stor medvetenhet om cancers möjlighet, intuition för symptomatologi och förmåga att hantera patientens ångest och vår egen. Vi kan

väl alla vittna om vandan över ställningstagande till utredning av huvudvärkspatienten eller hypokondrikeren. Här finns förstås inga klara regler, viktigast är beprövad erfarenhet.

De på senare år allt mer diskuterande sambanden mellan miljö, livsstil och cancer har givits ett upplysande kapitel, där miljögifter, rökning, alkohol, kost, solbad, könsliv och mediciner diskuterats. Men var kommer allmänläkaren in i det förebyggande arbetet när man anser att 60-90 procent av canceren kan emanera ur dessa faktorer? Författarna menar att allmänläkarna har många fördelar som kan nyttiggöras i preventivt arbete. Vi arbetar ute i befolkningen i närheten till arbetsplatser och lokalsamhälle (i storstadsregionerna en sanning med modifikation). Vi arbetar i första linjen, där tidig diagnostik skall bedrivas. Vi är medicinsk auktoritet och därmed den mest genomslagskraftige "påverkaren" i distriktet. Vi har en bred och djup kontakt (eller borde ha!) med befolkningen. Kanske 70 procent av befolkningen söker allmänläkaren genomsnittligt fyra gånger årligen (norska siffror). Förhållandet mellan den personlige läkaren och patienten är präglad av kontinuitet, tillit och ömsidiga plikter, vilket förbättrar chansen att råd följes. Primärpreventionen skall bestå i att bekämpa tobaken, reducera fettintaget, öka fiberintag och grönsaker, reducera alkoholbruk, undvika överdrivet solbad, sanera cancerframkallande ämnen i miljön och arbetsplatsen.

Sekundärpreventionen:

Att ge upplysning om alarmsymtom, lära ut självundersökning av bröst, cytologprov från cervix, analysera blod i avföringen. Därtill kommer kontroll av högriskindiver. Författarna ger här

en mängd praktiska tips. Kraften i allmänläkarens individuella instruktioner till patienten skall inte förnekas till exempel vad gäller utlärandet av självundersökning av bröstet, effektivare än gruppundervisning, och därmed större benägenhet hos patienten att söka för bröstknutor. Dessa kvinnors cancer-tumörer är också betydligt mindre genomsnittligt vid diagnosstället. Man slår fast att en kombinerad generell och individuell cancerupplysning, som försiggår över tiden och riktar sig mot riskgrupper bringar cancerpatienten tidigast till läkare.

Läkarattityderna till tidig diagnostik är synnerligen varierande från aktiva entusiaster till passiva. En nykter och kunnig hållning är bäst – det är lätt att vara emotionell på grundlag av sina erfarenheter av enstaka fall. Att sova i det informationsmaterial vid dagligdags får med kanske ett alarmsymtom dagligen och handlägga detta adekvat när vi har knappt en handfull odiag-nostiserade cancerpatienter årligen, är en nog så svår uppgift.

Författaren menar att allmänläkaren har bästa förutsättningarna att bedöma vem som bör få tillgång till tekniskt avancerad diagnostik. Man påpekar vidare att man paradoxalt nog förlorar minst tid genom att utnyttja tidsfaktorn, cancer-tumörer försvinner inte med observation – avtala återbesök!

Flera kapitel behandlar de viktiga cancerorganen. Profylax, epidemiologi, symptom, diagnostik och behandling liksom kontrollpolicy. Strålbehandling, cytostatikabehandling och allmänläkarens roll efter kirurgi framställs i översiktliga kapitel. Genomgående andan i boken är att vi allmänläkare kan göra betydligt mer i cancer-vården än de flesta av oss gör idag, givetvis i gott samarbete med främst onkologerna. Engagemanget är beroende av lokala förutsättningar, störst behov av allmänläkaren har kanske glesbygdspatienterna, men i den alltmer utbyggda hemsjukvården har vi ett stort område att fördjupa oss i – palliation, smärtbehandling, alla den terminalt plågade cancerpatientens, fysiska och psykiska problem. Norrmännen har tagit ett ordentligt tag i problemkonstellationen: Cancer – primärvård, har arrangerat kurser, korttidsanställningar vid onkologikliniker, forskning och inte minst den ovan beskrivna synnerligen givande handboken.

Anders Edfelt
Distriktsläkare

Upplands-Väsby primärvårdsområde, Dragonvägen 92,
194 33 Upplands-Väsby.

Allmänmedicinen mot år 2000 – ett framtidsperspektiv

INGVAR KRAKAU

Jag skall här försöka att inifrån verksamheten ge ett framtids-perspektiv på allmänmedicinens och primärvårdens utveckling. Hur långt fram i tiden ligger framtiden? Tillräckligt långt fram för att verkligheten ska ha hunnit förändrats. Detta tar många år när det gäller sjukvård. Det kan därför vara lämpligt att välja år 2000 som tidshorisont.

Under dessa följande 15 år kommer förhoppningsvis, en stor majoritet av oss nu verksamma allmänläkare att fullgöra huvuddelen av vår yrkesgärning.

Nyckelord: Allmänmedicin, primärvård, framtid.

Allmänmedicinens framtid är alltså i hög grad beroende av oss och vad vi gör av de förutsättningar som finns här och nu. Vi är visserligen starkt beroende av hur vinden blåser i den sjukvårdspolitiska debatten, vad regering, riksdag och landsting beslutar, men det är också så att hur vi lyckas i vårt arbete idag påverkar debattklimatet och därmed de beslut som bestämmer vår verksamhet i morgon.

Erfarenheterna från andra medicinska specialiteter har lärt oss att det i hög grad är aktiviteten inom forskning och undervisning som är avgörande för ett ämnets utveckling. Utan egna, aktiva forskningsinsatser stagnerar verksamheten och risken är då stor att ämnets fortsatta existens kommer att ifrågasättas.

Inom ett par år kommer allmänmedicinen att finnas företräd vid samtliga universitet. Men det är nödvändigt att här slå vakt om att de allmänmedicinska institutionerna får rimligt utrymme i universitetets budget. Med tanke på det stora antalet läkare som specialiteten företräder borde allmänmedicinen på sikt kunna bli en av de större akademiska specialiteterna. Varför skulle det till exempel inte finnas lika många professorer i allmänmedicin som i invärtesmedicin år 2000?

Det behövs en stark akademisk allmänmedicin för att utveckla primär-

vården. Lika viktigt för primärvårdens utveckling är de utvecklingsenheter som växt fram på olika håll runt om i landet de senaste åren. Det finns för närvarande ett tio-tal.

I framtiden behövs ett stort antal sådana större och mindre enheter med direkt knytning till den praktiska sjukvårdsverksamheten. Bäst är om dessa enheter får växa fram på lokala initiativ och utformas med hänsyn till verksamhetens behov i det aktuella området.

Det kan här vara en fördel om man slipper en tyngande organisatorisk överbyggnad. En utvecklingsenhet kan till exempel vara en informell del av verksamheten vid en vårdcentral. Ju mindre byråkrati desto större kreativitet.

Det är överhuvudtaget angeläget att de som arbetar i primärvården har klart för sig att det är tillåtet och efterfrågat att inom ramen för den dagliga verksamheten verka för att göra vårdcentralen bättre.

Enligt min mening är det bland de befintliga och tillkommande utvecklingsenheterna som man ska söka när man vill finna lämpliga ställen att förlägga de allmänmedicinska institutionerna i fortsättningen. Detta decentraliserade tänkande när det gäller den akademiska allmänmedicinen står i kontrast mot nu aktuella planer på storinstitutioner med bland annat allmänmedicin, socialmedicin och långvård vid flera universitetsorter.

I slutet av 90-talet ser jag framför mig ett trettio-tal större eller mindre utvecklingsenheter vid olika vårdcentraler varav inte så få leds av en professor med någon eller några akademiska lärare hämtade bland vårdcentralens allmänläkare. Till dessa enheter är även övriga personalkategorier i primärvården knutna, sjuksköterskor, distriktsgymnaster med flera, allt efter intresse och inriktning. Forskningsarbetet utgår från den praktiska vården i vårdcentralens upptagningsområde. Institutionerna arbetar självständigt men, beroende på vilka projekt som är aktuella, i nära samarbete med andra kliniker. Ofta finns gemensamma utredningsresurser med kommunen, spe-

ciellt socialtjänsten och hälso- och miljöskyddet.

Att som många planerare vid universitet och landsting tänker sig bunta ihop verksamheter som man tror har svag identitet och antas behöva mycket stöd bland annat allmänmedicin, socialmedicin och långvård till samhällsmedicinska storinstitutioner tror jag är en felaktig väg. Allmänmedicinen är en klinisk specialitet som måste ha fritt utrymme att utvecklas på egna meriter. Givetvis finns det beröringspunkter med bland annat socialmedicin men säkert har vår specialitet lika mycket gemensamt med invärtes medicin, pediatrik och kirurgi för att nämna några. Det måste därför stå de allmänmedicinska institutionerna fritt att välja samarbetspartners, ett samhällsmedicinskt fostbrödralag är långt ifrån givet.

Jag vill här också passa på att säga något om primärvårdens resurser inför framtiden. Som i olika sammanhang betonats i kommentarer från allmänläkarhåll med anledning av HS 90 förutsätter den där angivna inriktningen av primärvården betydligt utökade allmänläkarresurser. Vi måste även i det nuvarande, på många håll, allmänläkarfientliga debattklimatet klart säga ifrån att HS 90 förutsätter åtminstone en allmänläkare per 2000 invånare. Detta är inga märkvärdiga siffror. Man behöver bara gå till våra grannländer Norge och Danmark för att hitta en sådan dimensionering. Och inte skriker man där över att primärvården hotar de svårast sjuka som nu framförts i den svenska debatten.

Alltså en allmänläkare på 2000 invånare år 2000!

Jag vill här också tala något om vilka drivkrafter som behövs för att primärvården ska kunna utvecklas på ett bra sätt. Som vi alla vet finns det i den offentliga vården inte något särskilt belöningsystem för dem som vill ta initiativ och satsa lite extra för att skapa en bra vård. Resurserna till vården fördelas mer efter något sorts allmänt rättvisetänkande än efter resultat. Det är då naturligt att många hellre väljer att satsa på fritidspraktik eller hobbies i stället för att i någon mån se arbetet som hobby. Ett sätt att stimulera utvecklingen av primärvård (och annan vård) i framtiden vore att helt enkelt ge mer pengar till dem som lyckas ge en bra vård och mindre till dem som når sämre resultat. Inom forskningen fungerar ju anslagstilldelningen sedan länge i stort sett efter dessa principer. Det är lättare att få pengar till nya projekt om man gått iland med det gamla. För att en sådan princip för resurstilldelning i primärvården inte skall gå ut över befolkningen krävs givetvis att lokala chefers fortsatta förordnande på allvar måste kunna ifrågasättas. Det vore naturligtvis bra för verksamheten men accepterar vi det själva och vad säger våra fackliga organisationer?

Vad är då bra verksamhet? Här be-

höver vi inte tveka i primärvården, de välkända målen primärt ansvar, närhet, tillgänglighet, kvalitet etc förblir viktiga ledstjärnor ännu fram emot år 2000. Vad som nu behövs alltmör är lokala diskussioner mellan primärvårdens företrädare och administrativt och politiskt ansvariga om vilken prioritering de olika målen ska ha, vilken konkret innebörd de ska ges och hur man ska förhålla sig när målen inbördes konkurrerar med varandra (till exempel fler hembesök kontra större total tillgänglighet).

Vilken blir primärvårdens huvudinriktning i framtiden? Personligen tror jag att det av resursskäl under över-skådlig tid är nödvändigt att prioritera primärvårdens sjukvårdande verksamhet framför det samhällsmedicinska arbetet. Primärvården kommer aldrig att nå full trovärdighet med mindre än att själva vården fungerar. Nyligen hörde jag en sjukhuskollega vid ett Stockholmssjukhus säga att, "Det är ändå vi på sjukhusen som har det primära ansvaret eftersom det är till oss patienterna kommer när ni i primärvården inte kan ta emot". I framtiden får det inte finnas fog för ett sådant yttrande. Det primära ansvaret måste fungera både på dagtid och under kvällar och helger.

"Utan jouransvar stannar primärvården".

I takt med att primärvårdens sjukvårdande verksamhet fungerar bättre kan sådan förebyggande och uppsökande vård samt samhällsmedicinskt arbete växa fram. Att få denna del av verksamheten att fungera blir säkert en mycket svårare uppgift än många planerare tänkt sig. Helt nya metoder och arbetssätt måste utformas, prövas och kritiskt granskas. Detta kräver ett omfattande utvecklingsarbete i vården och här kommer hjälp att krävas inte minst ifrån de allmänmedicinska institutionerna.

Vi kommer i framtiden att kritiskt behöva granska många nu fast etablerade rutiner i primärvården. Några exempel:

- Måste vi inte ta folks önskemål om fler hembesök på allvar? Om varje allmänläkare gjorde åtminstone två hembesök per dag skulle det göra stor skillnad jämfört med nuläget!

- Vissa besök kan faktiskt klaras på fem minuter. Varför då inte töja lite mer på bokningsrutinerna i influensatider och kanske tom införa något summariska sjukmönstringar utan tidsbeställning någon timme under dagen när vårdtrycket är stort?

- Varför inte börja med gästronder hos egna patienter när dessa ligger inne på sjukhus?

- Varför inte regelbundet bjuda in patientrepresentanter till diskussioner angående hur vårdcentralens service skall kunna förbättras?

Över huvudtaget måste primärvården bli mer flexibel om den skall kunna förbli konkurrenskraftig. Att införa vårdlag löser inte alla problem.

Den decentralisering som hitintills genomförts från blockorganisationer till självständiga primärvårdsenheter är en viktig början men det lokala beslutsfattandet måste ökas ytterligare under 80-talet.

Låt oss bla få anställa läkare och annan personal efter duglighet och framåtanda och inte som nu huvudsakligen efter antalet tjänsteår. Varje ny fast medarbetare på vårdcentralen är en miljoninvestering. Vi har inte råd med några felsatsningar här.

Som jag inledningsvis konstaterade är det hos oss allmänläkare, sjuksköterskor och andra personalkategorier som arbetar i primärvården det hänger på om vår verksamhet skall kunna utvecklas till det självklara fundament för sjukvården som vi alla önskar. Därför måste vi satsa mycket på oss själva. För att travestera ett nu klassiskt politiskt citat: "Allmänläkare fråga inte vad primärvården kan göra för Dig, fråga vad Du kan göra för primärvården".

Författarpresentation:

Ingvar Krakau, distriktsläkare och primärvårdschef i Sollentuna.

Äntligen!

Nu har Scandinavian Journal of Primary Health Care blivit godkänd i Index Medicins.

**Lars Lindholm
Bo J A Haglund**

1806091

Remisser till en medicinklinik:

En jämförelse mellan 1980, 1982 och 1984 med särskild hänsyn till andelen från en primärvård i utbyggnad

HANS ÅBERG

Utbyggnaden av primärvården har gått olika snabbt i skilda delar av vårt land. Generellt kan det nog sägas att den skett långsammare i närheten av stora sjukhus. I Uppsala har de senaste åren inneburit en snabb utveckling. Under denna fas är det av intresse att undersöka vilka effekter denna utbyggnad har på remissflödet till en stor klinik vid Akademiska sjukhuset.

Nyckelord: Remisser, samarbete, slutenvård, öppen vård, primärvård, Uppsala.

Introduktion

I ett tidigare arbete studerade jag remissflödet till en medicinklinik för att se i vad mån en aktiv utremittering av patienter till öppenvård utanför sjukhus ledde till snabb återremittering (1). Detta visade sig icke vara fallet, när studien utfördes drygt ett år efter nämnda utremittering. Ett annat syfte med den studien var att se om utbyggnaden av distriktsläkarvården påverkade antalet därifrån remitterade patienter. Eftersom primärvården successivt byggs ut i Uppsala kommun framför allt men även i länet i övrigt, har jag ansett det angeläget att upprepa denna remissundersökning nu när ytterligare en tid gått.

Material

Samtliga remisser som kom till medicinkliniken vid Akademiska sjukhuset (UAS) under tiden 1 oktober–30 november åren 1980, 1982 och 1984 ingick i studien. Remisserna indelades efter patientålder, remitterande läkarkategori och subspecialitet.

Redovisningen efter subspecialitet följer den indelning i sektioner som existerar vid medicinkliniken, UAS. Bortsett från tillkomsten av en reumatologisk sektion i slutet av 1970-talet har klinikstrukturen varit oförändrad sedan 1974. Det bör också påpekas att alla sektioner inte motsvarar etablerade subspecialiteter. Detta gäller angiologi (kärlsjukdomar och hypertoni huvudsakligen), diabetes och hämatologi. I fråga om cardiologi och nefrologi

föreligger för alla tre åren en underrapportering, då regionvårdsremisserna för dessa specialiteter ej är medräknade, eftersom de ej går till medicinklinikens gemensamma remisspool. Remisserna till sektionerna för cardiologi och nefrologi är därför nästan uteslutande på patienter från Uppsala län. För att undersöka eventuella förskjutningar i remissflödet till de två sjukhusen i Uppsala, UAS och Samariterhemmets sjukhus (SH), studerades också remisserna till medicinkliniken vid SH motsvarande månader 1980, 1982 och 1984.

Resultat

Åldersfördelningen (figur 1) visar vissa olikheter 1980, 1982 och 1984. Åren 1982 och 1984 kom inga remisser på patienter som var 85 år eller äldre. Om man ser på åldersskiktet därunder (75–84 år) hade antalet patienter minskat 1982 och ännu mera 1984 jämfört med 1980.

Totalantalet remisser till UAS ökade mellan 1980 och 1982, men ökningen

var ännu större mellan 1982 och 1984, nämligen 27 respektive 38 procent (tabell I).

Samtliga år dominerade remissantalet från det egna sjukhuset och utgjorde i runda tal 50 procent. Motsvarande siffra för SH var knappt 10 procent (tabell II). Andelen remisser från distriktsläkarna till UAS minskade från 20 procent till strax under 15 procent, 1980 respektive 1984. En mindre ökning av det absoluta antalet remisser från distriktsläkarna inträffade från 37 till 48 under fyraårsperioden. Om motsvarande jämförelse görs för totala antalet remisser var den procentuella ökningen 1980–1982 ungefär 16 procent och 1982–1984 knappt 12 procent. Andra kategorier i tabell I var oförändrade utom att andelen "Övriga" hade ökat framför allt mellan 1980 och 1982. Denna grupp dominerades av remisser på sådana som flyttat till Uppsala. Ett mindre antal remisser enligt riksavtal/regionala avtal, det vill säga de gamla regionvårdsremisserna, ingick också i denna grupp.

Tabell I.

Fördelning av remisser till medicinkliniken vid Akademiska sjukhuset från kategori läkare eller sjukhus.

	1980		1982		1984	
	n	procent	n	procent	n	procent
Egna sjukhuset	97	52	120	51	159	49
Distriktsläkare	37	20	43	18	48	15
Företagsläkare	20	11	21	9	33	10
Privatläkare(inkl läkarhuset)	11	6	22	9	26	8
Militärläkare	4	2	4	2	3	1
Långvårdssjukhus eller sjukhem	3	2	6	2	5	1
Psykiatrisk klinik eller mottagning	2	1	3	1	4	1
Övriga*	12	6	18	8	48	15
Totalt	186		237		326	

* mestadels från utomlänssjukhus p g a ändrad bostadsort eller enligt regionavtal

Om man ser på fördelningen av remisserna från det egna sjukhuset var förhållandena mycket konstanta (tabell III). Cirka två tredjedelar av alla remisser kom från andra kliniker vid UAS. En ändring 1982 var att en internremittering hade påbörjats inom medicinkliniken. Denna fanns ej 1980 men utgjorde 1982 drygt 11 procent av alla remisser från UAS. Motsvarande siffra 1984 var 15 procent. Om man ser till andelen av totala antalet remisser var internremitteringen 1980 ingen, 1982 nästan 6 procent och 1984 drygt 7 procent.

På SH inträffade också en remissökning under tiden 1980–1984, men den var klart mindre än motsvarande på UAS (tabell II). I båda fallen var det bara medicinklinikerna som jämfördes. Den procentuella ökningen var 34 respektive 75 procent. När man undersökte varifrån remisserna kom till SH ökade andelen från distriktsläkare och företagsläkare medan en mindre nedgång kunde ses från privatläkare. Remissantalet från det egna sjukhuset (SH) var väsentligen oförändrat under den studerade perioden.

Remissfördelningen till olika specialiteter vid medicinkliniken, UAS, visade endast smärre förändringar mellan 1982 och 1984 (tabell IV). En mindre fortsatt ökning av remisserna till reumatologiska sektionen samt en något större ökning till den gastroenterologiska inträffade. Beträffande den senare återtog den sin andel från 1980. Den markerade ökningen mellan 1980 och 1982 av gruppen "Annan endokrinologi+metabolism" från 8 procent till 15 procent hade nu stannat upp och låg på 14 procent. En fortsatt minskning av cardiologin (på länsplanet, jämför ovan) hade inträffat. Angiologi, diabetes och hämatologi var relativt oförändrade till sina andelar de jämförda åren.

Diskussion

Ett underskattat medel att studera sjukvårdens effektivitet och samarbete är remissflödet mellan olika vårdnivåer. En utbyggd primärvård kan ha två konsekvenser. Å ena sidan kan man förvänta ett minskat antal remisser till sjukhus då rimligen mera kan åtgärdas inom primärvården om man där får större resurser. Å andra sidan ökar remissflödet om det i samhället finns ett dolt behov av sjukvård, som kräver sjukhusresurser, och som en utbyggd primärvård kan avslöja. Sådana frågeställningar kan med fördel studeras i Uppsala län, där man senare än i andra landsting börjat bygga ut sin primärvård (2). Att man i Uppsala kommit igång sent är rimligen en följd av att Akademiska sjukhuset dominerat och fortfarande dominerar utbudet av sjukvård och att även sjukhuset i stor utsträckning kunnat motsvara förväntningarna från befolkningen.

Om vi först betraktar de remitterades ålder inträffade under tidsperioden en minskning av antalet i de äldsta

Tabell II.

Fördelning av remisser till medicinkliniken vid Samariterhemmets sjukhus från kategori läkare eller sjukhus.

	1980		1982		1984	
	n	procent	n	procent	n	procent
Distriktsläkare	46	28	65	34	87	40
Privatläkare	38	23	29	15	32	15
Företagsläkare	23	14	24	13	39	18
UAS	24	15	26	14	25	11
Långvårdssjukhus eller sjukhem	5	3	11	6	5	2
Psykiatrisk klinik eller mottagning	4	3	6	3	5	2
Militärläkare	1	1	1	1	6	3
Övriga*	9	5	8	4	-	-
Egna sjukhuset	13	8	20	10	20	9
Totalt	163		190		219	

* mestadels från andra sjukhus p g a ändrad bostadsort

Tabell III.

Fördelning av remisser till medicinkliniken från Akademiska sjukhuset.

	1980		1982		1984	
	n	procent	n	procent	n	procent
Akutmottagning medicin	28	29	25	21	26	16
Akutmottagning övrig	3	3	2	2	3	2
Andra kliniker	66	68	79	66	106	67
Internt mellan sektioner	-	-	14	11	24	15
Totalt	97		120		159	

åldersgrupperna. Denna utveckling påbörjades 1982 och accentuerades ytterligare 1984. Då antalet äldre i samhället ej minskat och hemsjukvården knappast slagit igenom ännu i kommunen och länet måste det finnas en annan förklaring. Sannolikt är denna förskjutning i åldrar vad beträffar remittering uttryck för en rimligare vårdnivå på omhändertagandet.

Låt oss börja med att diskutera remisserna till medicinkliniken (UAS). En successiv ökning av remissantalet förelåg. Detta var särskilt fallet mellan 1982 och 1984. I stort kan sägas att ökningen var generell för flertalet kategorier läkare om man såg till absoluta tal. Däremot var den procentuella ökningen mellan läkarkategorierna olika. Den största stod "Övriga" för och merparten var här utomlänsremisser. Det rörde sig huvudsakligen om sådana som flyttat till Uppsala men även

ett antal regionvårdsfall. Som tidigare nämnts bör påpekas att av de senare finns ej sådana med som var skrivna till cardiolog och nefrolog.

Ökningen av remisser procentuellt sett från det egna sjukhuset (UAS) var större än ökningen från distriktsläkarna, nämligen 33 procent respektive 12 procent. En annan grupp läkare, enligt vår kategoriindelning (tabell I) som hade ökat remitterandet var företagsläkarna. Det rörde sig om en ökning på 57 procent men totalantalet var klart mindre än från UAS och distriktsläkarna.

Då det inte finns klara regler för remissvägarna till UAS respektive SH vad gäller de internmedicinska patienterna i länet kan en minskning på ena stället mycket väl uppvägas av en ökning på det andra. I tabell V har därför remisserna till de båda medicinklinikerna summerats. Det visar sig att

ökningen mellan 1980 och 1984 från distriktsläkare var 51 procent och från egna sjukhus 63 procent. Om man räknar samman öppna vården utanför sjukhus, dvs distriktsläkare, företagsläkare och privatläkare, var motsvarande ökning mellan 1980 och 1984 cirka 51 procent.

Det hävdas ibland att en utbyggd primärvård ökar remisserna till slutenvården. Det kan synas så om man inte ser helheten. I denna studie av remisser har inte primärvårdens ökning av andelen remisser varit lika uttalad som den från de egna sjukhusen. I stället förekom en *generell* ökning av remitteringen mellan olika instanser. Vilka orsakerna till detta är kan jag bara spekulera om. Det skulle åtminstone kunna vara tre olika förklaringar till detta, nämligen läkarna, organisationen och utbildningen eller patienterna. Vad läkarna beträffar har antalet ökat. Detta innebär också att mängden potentiella remisskrivare är större. Om nu detta vore orsaken skulle man förvänta sig att distriktsläkarandelen av remisserna skulle öka mera än sjukhusläkarnas internremittering eftersom de tidigare har ökat mera i antal än de senare. Detta var inte fallet i denna undersökning.

I stället kommer man att tänka på organisationen och utbildningen. Om kompetensnivån generellt sjunker borde remissantalet öka. Ett annat sätt att uttrycka saken är att vårt system med AT- och FV-läkare leder till att många läkare under utbildning, ofta utan handledning, på egen hand får fatta avgörande beslut om remittering. Denna utbildningsgång omfattande ett stort antal av den totala läkarkåren har pågått i mer än ett decennium men kan naturligtvis ändå påverka resultaten nu på 80-talet. Vi vet nämligen inte hur länge denna successiva ökning av remisserna har pågått. Enligt befintlig sjukhusstatistik är företeelsen emellertid inte ny.

Den tredje möjliga förklaringen är att patienterna vill bli remitterade oftare nu än förr. Detta skulle i så fall betyda att det bland allmänheten finns bristande förtroende för sjukvårdens planering och organisation liksom för läkarnas kompetens, vilket inte överensstämmer med den utredning som Spri utförde 1983 om folks syn på sjukvården.

Således finns inte någon entydig förklaring till remissökningen mellan olika instanser inom sjukvården. Orsakerna till detta förhållande borde bli föremål för mera ingående analys.

Tabell IV.

Procentuell fördelning av remisser till sektion efter inremitteringsorsak vid medicinska kliniken på Akademiska sjukhuset.

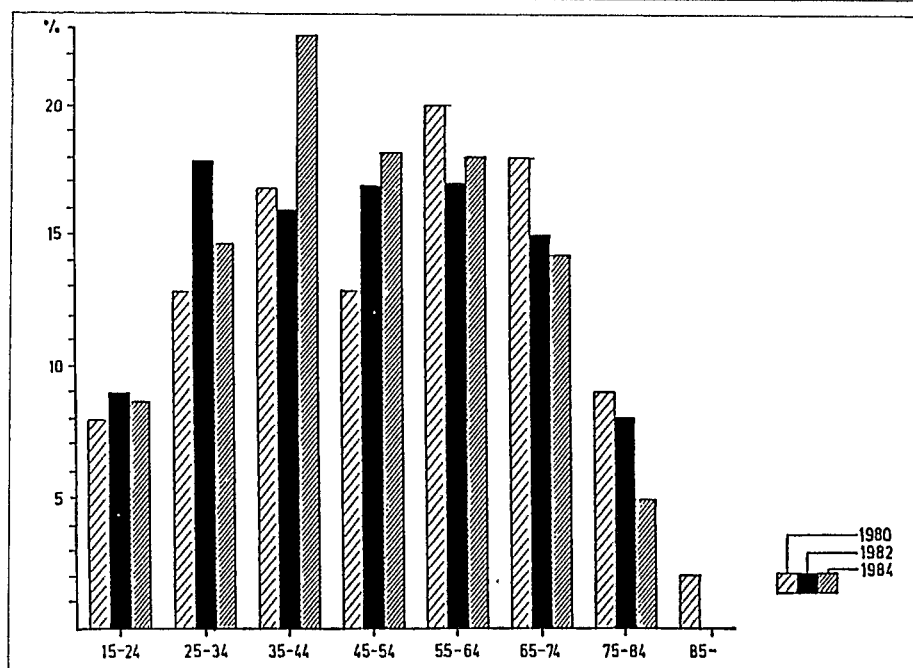
	1980	1982	1984
Angiologi	19	17	18
Cardiologi	18	14	13
Gastro- enterologi	17	14	18
Reumatologi	11	15	16
Diabetes	11	7	7
Annan endokrinologi+ metabolism	8	15	14
Hämatologi	6	10	7
Nefrologi	2	1	1
Ej specificerade*		8	7

* går ej att hänföra till särskild sektion

Tabell V.

Antal remisser till medicinkliniken vid Akademiska sjukhuset och Samariterhemets sjukhus sammantagna efter kategori läkare som remitterar (samtliga är ej medtagna).

	1980	1982	1984
	$\bar{n}$	$\bar{n}$	$\bar{n}$
Egna sjukhusen	110	140	179
Distriktsläkare	83	108	135
Företagsläkare	43	45	72
Privatläkare	49	51	58



Författarpresentation

Hans Åberg* är docent och klinisk lärare vid Allmänmedicinska institutionen, Uppsala universitet. Han är tillika distriktsläkare vid Årsta vårdcentral i Uppsala.

* Postadress: Institutionen för Allmänmedicin, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala.

Figur 1.

Antalet remisser till medicinkliniken vid Akademiska sjukhuset fördelade efter patienternas ålder respektive år.

Litteratur

1. Åberg H. Remisser till en medicinklinik: En jämförelse mellan 1980 och 1982 med särskild hänsyn till andelen från en primärvård i utbyggnad. Institutionen för Allmänmedicin, Uppsala, rapportserie 1984; 2:1.
2. Hur utnyttjas hälso- och sjukvårdens resurser? Spri-rapport 116, 1983.

Varför forskning och utvecklingsarbete i primärvården?

En synpunkt från "fältet"

LENA OLSSON · BIRGER THORELL

Under uppbyggnaden av primärvården finns anledning att samtidigt bygga in ett kritiskt och utvärderande synsätt i verksamheten. Detta torde kunna göras på flera sätt och i Sverige finns i dag olika modeller för detta.

Inom Köpings sjukvårdsförvaltning i Västmanlands län finns sedan 1983 en utvecklingsenhet inom primärvården med en stark knytning och vetenskaplig handledning från allmänmedicinska institutionen i Uppsala.

Utvecklingsenheten arbetar med forskning, utvecklingsarbeten, utvärdering av verksamheten samt utbildning och information.

Nyckelord: Utvecklingsvårdcentral, utvecklingsenheter, FOU-arbete, forskning, utvecklingsarbete, utvärdering, utbildning, information, epidemiologi, primärvård, Köping.

Bakgrund

I februari 1982 föddes den första idén till en utvecklingsvårdcentral inom sjukvårdsförvaltningen i Köping. Förslaget kom från landstingsrådet Solveig Berglund. Via chefläkaren inom primärvården Jerzy Leppert, Västerås, kontaktades Gösta Tibblin, professor i allmänmedicin vid Uppsala universitet.

I juni 1982 träffades ledande politiker och tjänstemän för att tillsammans med Gösta Tibblin dra upp riktlinjer för Köpingsprojektet. Vid detta tillfälle drogs de organisatoriska ramarna upp och en arbetsgrupp bildades för utvecklingsenheten inom KAK:s (Köping, Arboga, Kungsör) primärvårdsområde. Arbetsgruppen bestod av Gösta Tibblin; Birger Thorell, chefläkare primärvården, KAK; Tibor Kolesar, chefläkare slutenvården, KAK; Urban Liwing, sjukhusdirektör; samt Barbro Wikström, primärvårdsföreståndare, KAK.

Under perioden augusti-november träffades arbetsgruppen vid sex tillfällen och en enkätundersökning initiera-

des. Denna utsändes till 2 733 invånare i KAK-området. Utbildningsträffar med olika personalkategorier genomfördes också under denna period.

Under slutet av året deltog den från årsskiftet 82/83 anställda forskningsassistenten/projektledaren vid arbetsgruppens sammanträden.

I november 1982 kom en skrivelse till samtliga landsting från Landstingsförbundet. Den hänvisade till rapporten "Forskning och utvecklingsarbete i primärvården" (1) som framlagts till Landstingsförbundets kongress 1982. I rapporten redovisas vilka krav som måste tillgodoses på landstingsnivå för att förbättra och utveckla primärvårdens FOU-arbete. Landstingsförbundets kongress fastslog att "minst en vårdcentral/sjukhem i varje landsting skall tillföras resurser för FOU-verksamhet samlade i en sk utvecklingsenhet".

Den underströk även vikten av att: "FOU-arbetet är oantastligt ur vetenskaplig synvinkel". Med det menar man att den som skall leda FOU-arbetet helst skall ha en forskarutbildning eller stå under vetenskaplig handledning från regionalnivå. Man uttalar även vikten av att FOU-arbetet skall ske i direkt anslutning till vården samt att det sker en samverkan mellan denna resurs och de FOU-resurser som kommer att knytas till den kommunala högskolan.

I Köpingsprojektet har Västmanlands läns landsting följt Landstingsförbundets rekommendation med en utvecklingsenhet inom KAK:s primärvårdsområde under vetenskaplig handledning från allmänmedicinska institutionen vid Uppsala universitet.

För att komplettera bakgrunden ytterligare kan här nämnas att i Sverige för övrigt finns olika modeller för FOU-arbete. Exempel på detta är Kopparbergs läns landsting som bildat en stiftelse, "Stiftelsen Dalarnas forskningsråd", som till sin främsta uppgift bla har att främja (1). "Häls- och sjukvårdsforskning: epidemiologiskt inriktade studier med utgångspunkt i hälsoproblem i länet, studier i vård- efterfrågan, vårdkonsumtion och omvårdnadsfrågor samt utvärderande

studier av vårdmetoder och vårdorganisation.

Ett annat exempel är Stockholms läns landsting som vid vårdcentralen i Sollentuna ända sedan 1978 har haft en särskild utvecklingsenhet. Denna har till vissa delar fått stå modell för KAK:s utvecklingsenhet. Sollentuna har under åren publicerat en mängd forskningsprojekt och lokala utvecklingsarbeten bla i den egna tidningen "NYTT". Verksamheten inom Sollentuna beskrivs även i "Primärvårdsplan PVO 1982 1983 för Sollentuna" och Ingvar Krakau har i sin avhandling "Försök med utbyggd primärvård" dokumenterat vad som hänt under en fyraårsperiod i Sollentuna.

Ytterligare ett exempel på FOU-arbete inom primärvården är det arbete som bedrivs vid vårdcentralen i Dalby. Där har man under flera år studerat hela populationen med avseende på vårdkonsumtion, kontinuiteten i vården, effekter av förändringar i vårdorganisationen mm (2).

Inriktning och målsättning

Arbetet vid utvecklingsenheten i KAK har i mångt och mycket liknat arbetet vid utvecklingsenheten i Sollentuna. Målsättningen, som från början var något svävande, har sedan formulerats så att den i stort överensstämmer med de mål och riktlinjer Landstingsförbundet angett, nämligen att FOU-arbetet skall:

- ha en praktisk inriktning
- uppmärksamma det sammansatta vårdbehovet
- verka för en fördelning och tillgänglighet av hälso- och sjukvårdens tjänster
- omfatta hälsoarbete i människors närmiljö
- vara aktionsinriktad

Vid utvecklingsenheten i Köping har arbetet utvecklats inom fyra delområden.

- Forskningsprojekt som är direkt knutna till allmänmedicinska institutionen i Uppsala. Bland annat en riskfaktorundersökning bland 50-åringar i Kungsör.

- Utvecklingsarbete som initierats av personal inom primärvården för att förändra, förstärka eller förbättra sitt eget arbete. Här kan bl.a. nämnas en kartläggning av självmord och självmordsförsök i KAK. (3).
- Utvärdering av verksamheter inom primärvården med bl.a. kontinuerliga enkätundersökningar för att tillvarata befolkningens synpunkter på vården. En av utvärderingarna gäller en undersökning av vad patienten väntar sig av läkarbesöket och hur det har uppfyllts. (4).
- Utbildning och information. Utbildning i form av handledning i forskningsmetodik och statistik i samband med att personalen gör utvecklingsarbeten och information i samband med föreläsningar på kommunala högskolan.

Personliga synpunkter från projektledare

När jag började arbetet vid enheten kändes det som att kliva ut på ett stort gungfly. Det gällde att snarast hitta något att hålla sig i för att inte sjunka. Ganska snart fick jag med den ena handen stöd från Sollentuna och med den andra stöd från Gösta Tibblin, allmänmedicinska institutionen i Uppsala. Snart nog insåg jag att om man håller ett krampaktigt tag med båda händerna blir det ingen hand kvar att arbeta med. Försiktigtvis har jag lossat greppet och har nu mer känsla av att, när det gungar till, finns stöden där för att tillfälligtvis stötta.

Varför gungar det då fortfarande efter snart tre år? Ja, detta är en mångfasetterad verksamhet. Många samarbetspartners och flera projekt igång samtidigt.

Projekten och därmed projektdeltagarna befinner sig i olika utvecklingsstadier i sina arbeten. Någon är på problemformuleringsstadiet medan andra grubblar över hur man skall analysera data. Någon annan har skrivkramp och kommer inte till skott med sammanställningen trots att resultatet är i det närmaste klart.

Att i detta fungera som "påhejare", diskussionspartner och kritiker är inte så lätt alla gånger. Ibland drabbas jag då av den rannsakande tanken att "vad är detta bra för?" Det brukar snabbt gå över och när entusiasmen återvänt, inser jag att FOU är en nödvändighet för en verksamhet som expanderar och tänker fortsätta med detta. Man måste under uppbyggnadsfasen ta till vara personalens spontana funderingar och idéer kring arbetet. Det är i det praktiska arbetet de konstruktiva tankarna och idéerna föds.

Ytterligare skäl till varför man skall bedriva FOU i primärvård är behovet av att utveckla underlag för behovsbaserad planering. Idag beskrivs ofta verksamheten utifrån prestationer, i form av exempelvis läkarbesök, som sedan ligger till grund för planeringen. Ska vi kunna uppnå intentionerna i HS-90-utredningen, om vård på lika

villkor, gäller det att spåra de hälso-politiska riskgrupperna.

Enligt samma utredning kommer dessutom landstingen, framför allt genom primärvården, att ansvara för lokalisering av ohälsans fördelning och uppkomstmekanism för att sammanställa, bearbeta och förmedla till berörda instanser.

Om HS-90-förslagen genomförs har de landsting där man har en påbörjad FOU-verksamhet i primärvården ett försprång.

Ett annat och kanske mer personligt skäl till varför jag tycker att FOU-verksamhet "ute på fältet" är viktigt är följande: Det finns så mycket samlad erfarenhet hos personalen i primärvården som aldrig dokumenterats och "upphöjts" till vad det är, nämligen praktisk epidemiologi. Alla dessa distriktssköterskor, distriktsläkare och övrig personal som mitt i det vardagliga arbetet behöver stöttning för att våga göra det där första utvecklingsarbetet. Det som förhoppningsvis leder till ett förhållningssätt till sitt arbete som kritiskt iakttar och outröttligt funderar över om man gör det man ska på bästa sättet för den befolkning man ansvarar för.

Personliga synpunkter från projektansvarig

Efter att ha arbetat inom primärvården i fem år i skuggan av länsdelssjukhuset som den ena av två ordinarie distriktsläkare på 14 tjänster, kändes tillskapandet av en utvecklingsenhet som en möjlighet att kunna profilera ppri-märvården och samtidigt få ett medel att föra ut denna profil.

Det kunde synas orimligt att åta sig ytterligare uppgifter med den rådande bemanningen men lokalt fanns en enighet om att en successiv utbyggnad av primärvården måste komma. Under en sådan uppbyggnad måste en utvecklingsenhet ha en given plats.

I takt med att resultat från de olika lokala utvecklingsarbetena redovisades, skapades ett underlag för diskussioner med länsdelssjukvården, administrationen och politikerna och samtidigt ett underlag för att bygga upp primärvårdens egen identitet lokalt.

Under de senaste åren har flera betydelsefulla förändringar skett i Köpings förvaltningsområde. Hemsjukvården har byggts ut, två nya lokala sjukhem har öppnats och en stabilisering av läkarbemanningen har skymtats. Personalen på de olika mottagningarna har numera lite mer än bara nästippen ovanför vattenytan. Detta lilla andrum har givit intresse för utvecklingsarbete bland flera olika personalkategorier.

Fler än jag har säkert erfarenheten att tillskapandet av en utvecklingsenhet inte i sig själv är rekryteringsfrämjande. Däremot är möjligheten till utvecklingsarbeten under kontrollerade former ett utmärkt redskap för att effektivt ta till vara de resurser som ställts till primärvårdens förfogande.

Referenser

1. Forskning och utvecklingsarbete i primärvård. Landstingsförbundet. Stockholm 1982.
2. Eljertsson G: Produktion och konsumtion av Hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Lund 1982.
3. Olsson L, Lundqvist K, Thorell B: Kartläggning av självmord och självmordsförsök i KAK, Rapport nr 8. Utvecklingsenheten. Köping 1984.
4. Olsson L, Kangro T, Thorell B: Vad väntar sig patienten av ett läkarbesök, Rapport nr 12. Utvecklingsenheten. Köping 1985.

Författarpresentation

Lena Olsson, projektledare, forskningsassistent.

Birger Thorell, projektansvarig, chef-läkare, primärvården.

I Uppsala tycker man om primärvården, men söker på sjukhus

HANS ÅBERG · ALEKSANDER BAKALL · AUGUST SCHNEIDER · GÖSTA TIBBLIN

I Uppsala har primärvården börjat byggas ut förhållandevis sent i likhet med flera andra större städer. Innan man tagit två nya vårdcentraler, Årsta och Svartbäcken, i bruk har en omfattande enkät gjorts för att kartlägga sjukvårdsutnyttjandet i Uppsala. Akademiska sjukhuset dominerade både vad gäller akutbesök och tidsbeställda besök. Beträffande de senare kom distriktsläkarna på andra plats men privatläkarna följde nära efter. Attityder till primärvården liksom privatvården var däremot mycket positiva.

Nyckelord: Primärvård, enkätundersökning, vårdutnyttjande, Uppsala.

Primärvården har byggts ut olika snabbt i vårt land. Som regel har storstäderna kommit igång senare. Detta torde delvis bero på att de stora sjukhusen både har attraherat patienterna och kunnat klara av en stor öppenvård.

Vi ansåg det av intresse att studera hur befolkningen utnyttjade sjukvården i Uppsala innan primärvården förstärktes med bland annat de två nya vårdcentralerna Årsta (östra sjukvårdsdistriktet) och Svartbäcken (norra sjukvårdsdistriktet). För att undersökningen av vårdutnyttjandet skulle täcka hela kommunen, vid ungefär samma tidpunkt, beslöt man också att göra en motsvarande postenkät i det västra distriktet, där någon mera påtaglig utbyggnad av primärvården ännu ej ägt rum.

Befolkningen och tillgänglig sjukvård Uppsala kommun är indelad i tre sjukvårdsdistrikt, norra, västra och östra. För att bättre kunna värdera resultaten skall först en kortfattad beskrivning göras av distriktet vid tidpunkten för enkäterna.

Norra distriktet omfattar ca 51.000 invånare av vilka 59 procent bor i tätort och 41 procent på landsbygd. En vårdcentral, Nyby VC, fanns med fem distriktsläkare, en barnläkare och en gynekolog. Vidare fanns i distriktet sju distriktssköterskemottagningar med 14,5 distriktssköterskor, fyra BVC med

fem barnsjuksköterskor/distriktssköterskor, tre MVC, 4,5 sjukgymnaster och 1,75 arbetsterapeuter.

Västra distriktet omfattar ca 53.000 invånare, av vilka 90 procent bor i tätort och 10 procent på landsbygd. En vårdcentral i Gottsunda och två distriktsläkarmottagningar fanns med tillsammans sex distriktsläkare, två utbildningstjänster och en barnläkare. Vidare fanns i distriktet 20,5 distriktssköterskor, tre BVC och fyra kombinerade distriktssköterskemottagningar och BVC, två MVC, två arbetsterapeuter, 3,5 sjukgymnaster och en dietist.

Östra distriktet omfattar ca 45.500 invånare. Området som den nya vårdcentralen i Årsta betjänar omfattar drygt 20.000 av dessa och det var huvudsakligen till dessa enkäten vände sig. Inom detta betjäningsområde fanns en distriktsläkarmottagning med tre distriktsläkare och en utbildningstjänst, samt en enläkarstation med 75 procents tjänstgöring för distriktsläkaren. I området fanns åtta distriktssköterskor av vilka tre dessutom hade barnhälsovård och fyra barnsjuksköterskor på BVC. Detta område är till övervägande delen tätort.

Gemensamt för befolkningen i alla distrikten var att man under tiden som enkäten täckte in hade ett rikt vårdutbud vid sidan av distriktsläkarvården. Följande kan nämnas: Akademiska sjukhuset, Samariterhemmet (länsdelssjukhus utan akutmottagning), Ulleråkers sjukhus, Kungsgårdens långvårdssjukhus med geriatrisk klinik, Tunåsens och Kronparkens långvårdssjukhus, Ulleråkers sjukhus, privatpraktiserande läkare (mestadels på läkarhus) och företagsläkare. För jourfall fanns landstingets jourläkarcentral, privat hemläkarjour (två olika organisationer) och Akademiska sjukhusets och Ulleråkers akutmottagningar.

Enkäterna

De som erhöll enkäten valdes ut slumpvis från respektive sjukvårdsdistrikt ur länsstyrelsens befolkningsregister. Utformningen av formuläret var något olika i distriktet då utöver standardfrågor, som huvudsakligen redovisas här, vissa speciella frågor ställdes till respektive distrikt i lokala syf-

ten. Enkäterna omfattade också delvis olika tider beroende på att förändringarna som man ville kartlägga inte inträffade samtidigt i distriktet.

Således redovisades sjukvårdsutnyttjandet i östra 1/1 1983–31/12 1983, i norra 1/3 1983–29/2 1984 och i västra 1/9 1983–31/8 1984. I stort kan dock sägas att resultaten speglar förhållandena i Uppsala 1983–1984.

Postenkäten utsändes 1–2 månader efter den tid som enkäten frågade om. Endast ett påminnelsebrev sändes till de som ej lämnade svar.

RESULTAT

Antalet som svarade på enkäten var i västra 1.259, i östra 1.233 och i norra 1.059 personer, vilket motsvarade en deltagarfrekvens på 77, 75 respektive 72 procent.

Sjukvårdsutnyttjande

Den procentuella andelen av befolkningen som sökte de olika mottagningarna framgår av tabellerna I och II.

Ungefär 31 procent gör akutbesök per år av Uppsalas vuxna befolkning. Akademiska sjukhusets helt dominerande roll framkommer tydligt.

De tidsbeställda besöken fördelar sig så att 31 procent av befolkningen har gjort besök på Akademiska sjukhuset, 27 procent hos distriktsläkare och 22 procent hos privatpraktiserande läkare. I runda tal gör 10 procent av samtliga besök på Samariterhemmet, andra sjukhus eller hos företagsläkare.

I figur 1 har vårdutnyttjandet jämförts mellan sjukhus och distriktsläkare på ett antal platser i landet, däribland Uppsala (1–4). Det framkommer ett klart samband så att ju mera sjukhusen anlitas desto mindre distriktsläkarna och vice versa. Detta gäller både akut och tidsbeställda besök.

Vårdcentralens tillgänglighet

I tabell III har de som sökte vård fått välja bland olika alternativ vad gäller svårigheter att få sådan. En viss skillnad mellan könen kan noteras beträffande alternativet "läkarbesöket omständligt – tar för lång tid". Männens angav detta alternativ oftare än kvinnorna. För både män och kvinnor gall-

Tabell I.

Akut utnyttjande av sjukvård i Uppsala kommun och var man gjorde dessa besök 1983–1984. Procentuell fördelning efter kön och sjukvårdsdistrikt.

	Sjukvårdsdistrikt						Totalt
	Norra		Västra		Östra		
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
Akademiska sjukhuset	21	24	26	26	33	31	27
Landstingets jourläkarcentral	8	10	8	10	11	16	10
Annat sjukhus	6	4	9	11	6	8	8
Något sjukhus	26	26	31	31	35	35	31

Tabell II.

Tidsbeställda besök med procentuell fördelning på olika vårdinstanser för de tre sjukvårdsdistrikten i Uppsala kommun 1983–1984.

	Sjukvårdsdistrikt						Totalt
	Norra		Västra		Östra		
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
Akademiska sjukhuset	27	32	26	35	28	36	31
Samariterhemmets sjukhus	8	9	7	10	10	14	10
Annat sjukhus	8	9	5	9	8	11	8
Distriktsläkare	21	31	23	34	25	30	27
Privatpraktiserande läkare	15	24	18	29	17	28	22
Företagsläkare	11	10	10	9	14	10	10
Något sjukhus	36	45	34	45	38	47	41

Tabell III.

Procentuell andel för olika angivna svårigheter hos sådana som sökte läkarvård 1983 (östra sjukvårdsdistriktet), uppdelade på kön och efter storleksordning.

	Män	Kvinnor	Totalt
Svårt komma fram per telefon	33	39	37
Svårt få tid på läkarmottagningen	24	29	28
Läkarbesök omständligt - tar för lång tid	29	19	22
Svårt komma rätt - bli hänvisad till annan	8	9	8
Lång resväg eller dåliga förbindelser	6	4	5

Tabell IV.

Hur befolkningen upplevde sin hälsa i Uppsala kommuns tre sjukvårdsdistrikt och på ett par andra orter.

	Norra (n=1059)	Västra (n=1259)	Östra (n=1233)	Köping (n=645)	Sollentuna (n=242)
Fullständigt frisk	55	55	55	52	60
Ganska frisk	41	41	40	42	35
Ganska sjuk	3	3	4	5	5
Mycket sjuk	1	1	1	1	0

de att svårigheten att komma fram per telefon var det dominerande negativa alternativet.

I enkäterna fanns också utrymme för egna kommentarer om sjukvården. Detta utnyttjade cirka 60 procent av deltagarna. Betydligt flera av kommen-

terarna var positiva än negativa till primärvården, medan något flera var negativa än positiva till sjukhusvården. Det dominerande positiva omdömet vad gäller primärvården var tillgängligheten och det dominerande negativa för sjukhusvården var långa vänte-

tider. Hemläkarjouren och privatläkarna, livligt diskuterade på senare tid inte minst i vårt län, bedömdes av deltagarna i enkäten på ett mycket positivt sätt.

En annan aktuell fråga är kvällsöppna vårdcentraler. Frågor på detta förekom på sådant sätt att enkätdeltagarna fick lämna sina preferenser från 07 på morgonen till 21 på kvällen och pricka för uppräknade intervall, tex 7–8, 8–9 etc. I *norra* sjukvårdsdistriktet var siffran för intervallet 17–21, 21 procent för män och 20 procent för kvinnor, i *västra* 28 procent respektive 25 procent och i *östra* 21 procent respektive 17 procent. Samtidigt skall emellertid poängteras att det huvudsakligen är i de yngre åldersgrupperna som kvällstider föredras. Då dessa gör förhållandevis färre besök än äldre blir siffrorna ovan för stora om man ser till andelen besök, som man skulle vilja ha förlagda till kvällstid.

Hälsoupplevelse

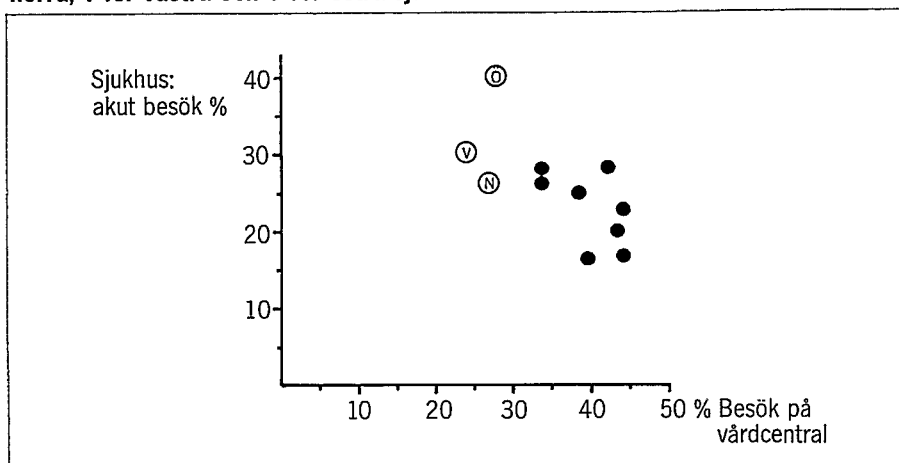
För att få en uppfattning om hur befolkningen har det med sin hälsa har vi använt en fråga med fyra graderingar. I tabell IV görs en sammanställning av resultaten i de tre enkäterna i Uppsala kommun och från några andra håll i Mellansverige (1–4).

DISKUSSION

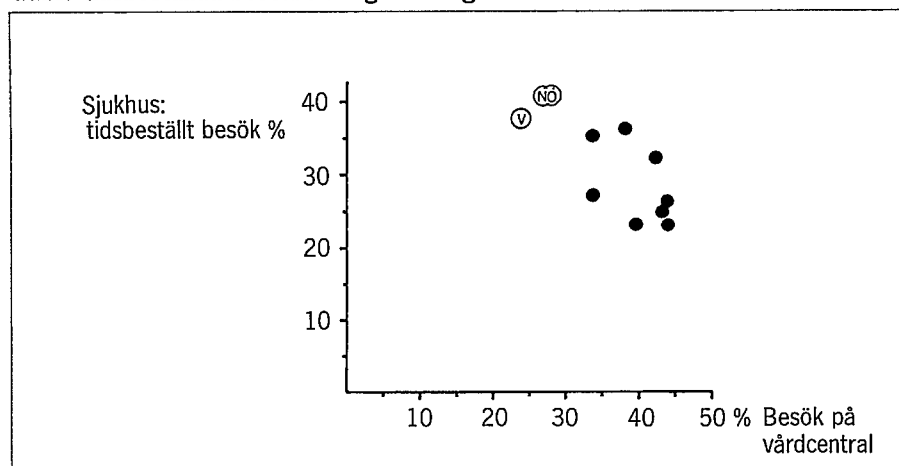
Det är viktigt att veta hur människor utnyttjar sjukvården, inte minst i en tid när sjukvårdsarbetet undergår förändringar. Undersökningar av befolkningens vårdutnyttjande kan göras antingen med postenkätundersökningar eller registerstudier. Krakau har studerat tillförlitligheten i enkäter och funnit en god överensstämmelse mellan svaren på sådana och registeruppgifter (5). Då svarsfrekvensen i nämnda studie var högre än i våra enkäter bör man dra slutsatserna med viss försiktighet. Vår svarsfrekvens på 72–77 procent förefaller dock vara tillräckligt hög för att man någorlunda väl skall våga lita på fördelningen av vårdutnyttjandet på olika vårdinstanser. Befolkningen i de tre sjukvårdsdistrikten vände sig framför allt till Akademiska sjukhuset både vad avsåg akuta och tidsbeställda besök. Nästan lika stor andel av befolkningen hade gjort tidsbeställda besök hos privatpraktiserande läkare som hos distriktsläkare. Företagsläkarnas andel av besöken var större än exempelvis Samariterhemets.

Hur skiljer sig nu Uppsalabornas mönster vad beträffar vård i jämförelse med andra orter. I figur 1 och 2 ses att befolkningen i Uppsala i ovanligt hög grad utnyttjade sjukhusen för både akuta och tidsbeställda besök. Samtidigt föreligger generellt ett samband mellan stor andel besök på sjukhusen och ett lågt utnyttjande av vårdcentralen eller omvänt. I kommuner där en större andel av befolkningen går till sjukhuset går således färre till vårdcentralen.

Figur 1.
Förhållandet mellan den procentuella andelen akuta besök på sjukhus respektive hos distriktsläkare på ett antal orter (referenser 3, 4) och i Uppsala, där N i cirkeln står för norra, V för västra och Ö för östra sjukvårdsdistriktet.



Figur 2.
Gäller tidsbeställda besök. I övrigt som figur 1.



Mot bakgrund av detta kan det vara intressant att konstatera att oavsett hur patientströmmarna går är folk lika mycket sjuka eller friska, om man får döma av enkättagarnas svar på frågan hur de mår. De bättre siffrorna för Sollentuna beror sannolikt på be-

folkningens ålderssammansättning där. Svaren på frågan om hälsa är nämligen åldersberoende och blir gynnsammare ju yngre befolkningen är. Sollentuna har en yngre population än Uppsala.

Vad som påverkar valet av vård-

instans studerades också. Man påpekade både i kommentarerna och som svar på fråga med uppräknade alternativ (tabell III) betydelsen av tillgänglighet, korta väntetider och även i övrigt snabb handläggningstid vid läkarbesök.

Med sådana ingredienser och en bättre marknadsföring kan sannolikt primärvården lyckas även i skuggan av ett stort och fint sjukhus.

Litteratur

1. Åberg H, Bakall A, Jennerstig B-L. Sjukvården i Uppsala östra distrikt. En enkätstudie om hur sjukvården fungerade i östra sjukvårdsdistriktet av Uppsala kommun vid tiden för öppandet av vårdcentralen i Årsta. Institutionen för Allmänmedicin, Uppsala, rapportserie 1984; 2:4.
2. Tibblin G. Hur fungerar sjukvården i Uppsala norra sjukvårdsdistrikt – en enkätstudie. Institutionen för Allmänmedicin, Uppsala, rapportserie 1984; 2:5.
3. Thorell B, Olsson L, Wikström B, Tibblin G. Hur fungerar sjukvården i Köping-Arboga-Kungsör (KAK-området). Sjukvårdsförvaltningen, Köping, 1983; rapport 1.
4. Roth Y, Krakau I. Sjukvårdskonsumtion i Sigtuna och i Sollentuna – jämförelse mellan två kommuner. Nytt från Utvecklingsenheten för allmän medicin i Sollentuna 1982; 5:30-7.
5. Krakau I. Försök med utbyggd primärvård. Institutionen för Allmänmedicin, Uppsala, rapportserie 1985; 2-3:65-72.

Författarpresentation:

Hans Åberg är klinisk lärare och Gösta Tibblin är professor i Allmänmedicin vid Uppsala universitet.

Aleksander Bakall är distriktsöverläkare i östra sjukvårdsdistriktet i Uppsala.

August Schneider är distriktsöverläkare i västra sjukvårdsdistriktet i Uppsala.

Rök inte där någon annan får obehag.

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

SOCIALSTYRELSEN

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

Enkät och intervju om hälsofrågor för personalen vid en nyöppnad vårdcentral

HANS ÅBERG · BODIL TIBBLIN

När Årsta vårdcentral i Uppsala öppnade rekryterades personalen från olika håll. Synen på hälsa kunde tänkas variera.

Då man på en vårdcentral allt oftare lämnar råd och ger rekommendationer i hälsofrågor ansåg vi det angeläget att undersöka kunskaper och attityder hos personalen. Ett likartat synsätt är av värde då olika uppfattningar i dessa frågor kan skada mera än göra nytta. Resultaten av studien låg till grund för ett utbildningspaket om hälsa för hela personalen.

Nyckelord: Hälsofrågor, enkätundersökning, intervju, primärvård, kunskap, attityder, hälsorisker, hälsouppläsning, prevention, Uppsala.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen har tydligare än tidigare markerat de förebyggande åtgärderna inom vården. Ett stort ansvar för denna verksamhet kommer att ligga på primärvården. Allmänhetens förtroende för de hälsoråd man får exempelvis på en vårdcentral förutsätter att personalen har goda kunskaper och helst har ett likartat synsätt i sådana frågor.

Årsta vårdcentral har ett befolkningsunderlag på drygt 20 000 och ligger i Uppsala östra sjukvårdsdistrikt. När vårdcentralen med sina tre vårdlag öppnade i januari 1984 kom personalen från många olika arbetsplatser. Det var osäkert hur man med skilda erfarenheter från tidigare tjänstgöringar såg på hälsofrågor. Syftet med den aktuella studien var därför att kartlägga kunskaperna och attityderna hos personalen vad rörde detta område. Resultaten av undersökningen har sedan utgjort underlag för en serie föreläsningar i olika hälsofrågor.

Material och metod

Samtliga anställda på vårdcentralen erbjöds att delta i studien (tabell I). Utöver sjukvårdspersonal deltog också skrivpersonal, lokalvårdare och anställda vid folktandvården. Vi bedömde det som angeläget att alla fick delta. Undersökningens syfte diskuterades vid ett gemensamt möte. Studien omfattade både en enkät och en personlig intervju. Frågeformuläret

Tabell I. Deltagare (därav 57 kvinnor och 8 män) i studien och åldersfördelningen.

Deltagare	Antal
Läkare	5
Distriktssköterskor	9
Undersköterskor	5
Barnmorskor	2
Arbetssterapeuter	2
Sjukgymnaster	3
Psykolog	1
Laboratorieassistenter	2
Läkarsekreterare	11
Tandläkare	6
Tandsköterskor	8
Tandhygienist	1
Tandvårdsbiträden (i sterilen)	2
Lokalvårdare	6
Vaktmästare	2
Totalt	65

Åldersfördelning	Antal	%
19-29 år	11	17
30-39	26	40
40-49	19	29
50-	9	14

konstruerades så att svaren skulle ges på en analogskala där extremerna var instämmer "inte alls" och instämmer "mycket". Till de flesta frågorna fanns möjlighet till kommentarer.

Intervjun följde i omedelbar anslutning till besvarandet av enkäten, vilket gjorde att oklarheter i svaren kunde rättas till. Intervjun tog en halvtimme i genomsnitt och utfördes av psykolog (BT), som ej var knuten till vårdcentralen. Vårdcentralsföreståndaren organiserade lämpliga tider för personalen som ville delta i enkät-intervjun. Studien gjordes under april 1984.

Av samtlig personal, 69 st, deltog 65. De fyra som uteblev var förhindrade på grund av sjukdom eller annan bortovaro.

Resultat med kommentarer

Enkäten

I tabell II ses att kosten tillmättes stor betydelse för hälsan. Däremot var det en uttalad skepsis mot mat från speciella hälsobutiker liksom, om än mindre, mot att vara vegetarian. Något mera blandade var omdömena om vädret av fasteperioder.

I samband med frågor om kost kommenterades mellanmållets lämplighet.

Tabell II. Frågor om kost. Skalan är 0-10. Svaren placeras in i intervall 0-1, 1-3 etc och anges i procent av samtliga.

	0	1	3	5	7	9	10
inte alls							mycket
"Anser Du att kosten är ett viktigt område när det gäller hälsa?"	0	0	1	8	34	57	
"Är det viktigt med regelbundna kostvanor?"	0	0	1	1	31	67	
"Anser Du att det medverkar till bättre hälsa att:							
vara vegetarian?"	11	19	36	23	9	2	
vara lakto-vegetarian?"	16	17	28	20	16	3	
äta mat från speciell hälsobutik?"	55	25	12	3	5	0	
ha fasteperioder?"	26	14	19	20	16	5	

Majoriteten var för mellanmål. Att mellanmålet också kom regelbundet, och att man tänkte på tandborstning nämndes. Man förordade mellanmål mest för barn och ungdom, tex med långa skoldagar, och menade att man som vuxen ej hade samma behov av mellanmål.

På frågan om "särskilda matvanor" kommenterades "fasteperioder" mest. Man var försiktig och tveksam till den metoden. "Man behöver kunskap för att pröva på", "man måste vara frisk för att fasta", "ingen naturlig väg till viktminskning".

Övervikt registrerades som särskilt negativt för allmänkondition och rörlighet (tabell III). De psykologiska effekterna på välbefinnande och självkänsla fick blandade svar.

Ordinationer av läkare värderades tämligen lika med "viktväktarna" när det gällde bantningsmetoder. Information om dylika frågor i veckotidningar bedömdes av de svarande ha sämre effekt än råd via TV och radio.

Många synpunkter på "bantning" fanns. Man ansåg således att det inte finns "en metod" som hjälper alla, utan att man måste finna den metod som passar bäst för var och en. Att motion spelar väl så stor roll som minskat födointag. Att motivationen att banta måste finnas först, om resultat skall nås. Att bantning är en långsiktig historia, där matvanor skall läggas om. Att tillfällig hårdbantning inte hjälper särskilt mycket. Att man kan behöva psykiskt stöd och uppmuntran vid bantning.

Tabell IV visar stor tilltro till motionens betydelse. Av de uppräknade aktiviteterna avvek bollspel med en mindre fördelaktig profil än de övriga. Bollspel bedömdes "farligare" på grund av skaderisken.

I anslutning till motion kommenterades allmänkonditionens stora betydelse såväl för motståndskraft mot sjukdom som för det egna psykiska och fysiska välbefinnandet. Den regelbundna motionen förordades. Det påpekades att man får ta hänsyn till den typ av arbete man har, för hur mycket motion man behöver.

När det gäller gruppen frågor om tobak-narkotika-alkohol (tabell V) så fanns skillnader i bedömningen. Narkotika stod ut som mycket negativt för hälsan. Däremot var bedömningen av tobaksrökning som hälsorisk mera blandad. Detta gällde även alkoholfrågorna. Här fanns dock en klar relation mellan mängden alkohol, som utfrågningen gällde, och den negativa betydelsen för hälsan.

I kommentarerna till rökning nämndes både de negativa effekterna för hälsan, nikotinberoendet osv, och det negativa i att utsätta sin omgivning för passiv rökning.

Få kommentarer förekom om narkotika, men svaren var entydigt negativa. Det framhölls att information om riskerna måste komma fram ännu mera, i

Tabell III.
Frågor om vikt. Indelning som i tabell II.

	Instämmer						
	0	1	3	5	7	9	10
inte alls							mycket
"Ger övervikt hälso- problem?"	0	0	1	14	40	45	
"Är övervikt något negativt för:							
välbefinnandet?"	0	5	14	12	37	32	
allmänkonditionen?"	0	0	2	6	55	37	
utseendet?"	2	8	14	18	29	29	
självkänslan?"	3	2	12	9	39	35	
rörligheten?"	0	3	3	9	40	45	
"Hur anser Du speci- ella bantningsdieter kan förbättra hälsan:							
ordinationer från läkare?"	1	8	13	14	42	22	
"viktväktarna" eller liknande grupp?"	2	3	11	16	40	28	
råd från veckotid- ningar?"	44	38	8	5	3	2	
råd från TV eller radioprogram?"	13	30	21	15	16	5	

Tabell IV.
Frågor om motion. Indelning som i tabell II.

	Instämmer						
	0	1	3	5	7	9	10
inte alls							mycket
"Är motionen en viktig fråga när det gäller hälsa?"	0	0	2	9	37	52	
"Markera hur Du anser följande aktiviteter vara viktiga ur hälso- synpunkt:							
promenader?"	0	3	1	5	54	37	
cykelturer?"	0	0	3	5	58	34	
trädgårdsarbete?"	0	8	15	22	36	19	
motionsgymnastik?"	0	0	3	14	52	31	
simning?"	0	0	5	9	49	37	
bollspel (fotboll, basket, landbandy)?"	5	6	19	15	35	20	
skidåkning (inte slalom)?"	0	2	2	11	47	39	
"Anser Du det viktigt ur hälsosynpunkt, att man t ex simmar en gång i veckan, promenerar dagligen osv?"	0	0	5	3	28	64	
"Anser Du den allmänna konditionen betydelse- full för god hälsa?"	0	0	0	0	38	62	

skolorna och på ungdomsgårdar.

Det var också få kommentarer om alkohol. Man betonade dock vikten av låg konsumtion och ansvarsfullt beteende. Andra betonade mera riskerna och den sociala problematiken som finns i samband med alkoholmissbruk.

I frågor som avsåg att belysa vissa moderiktningar inom hälsoområdet framkom negativa omdömen om solariet och body building, medan jogging och gymning värderades högre. Bastubad hade en jämn spridning över hela skalan med viss dragning åt det negativa hållet (tabell VI).

Frågan om fritidsverksamheter, deltagande i studiecirkel osv kommenterades av många som något psykiskt stimulerande, aktiverande och bidragande till allmänt välbefinnande.

Råd från läkare, sjuksköterska och övrig sjukpersonal, i nämnd ordning, toppade listan över vad som påverkar hälsan. Av övriga hade TV och radio större effekt än övriga media representerade av läkarböcker och dagstidningar. Liksom i tabell III intog veckotidningar en särställning åt det negativa hållet.

De två öppna frågorna "vad anser Du viktigast för att förbättra hälsa, välbefinnande", och "vad anser Du bidrar mest till försämrad hälsa" gav många och utförliga svar.

För hälsa och välbefinnande måste man ta hänsyn till både fysiska och psykiska behov. Man är medveten, äter rätt, motionerar, undviker droger, försöker få sin tid lämpligt avvägd mellan arbete och fritid, kunna slappna av, eventuellt meditera, mår bra av att vara nära naturen, undvika "robotmässigt" beteende, känna att det finns en målsättning med ens liv, tänka positivt.

Till försämrad hälsa, att vara i dålig form, uppgavs många orsaker. Förutom rena sjukdomstillstånd eller skador som påverkar personens hela situation, uppgav man risken att utsättas för stress i arbetet eller hemmiljön, att ha dåliga relationer till sina närmaste, att vara ensam (ofrivilligt), att vara inaktiv, att negligera kost- och motionsvanor, att använda droger "mer än ansvarsfullt". "Arbetslöshet", "psykisk ohälsa" och "stress" var ord som återkom.

"Till vem vänder man sig i hälsovårdsfrågor på en vårdcentral?" Kommentarer var: Läkare och sköterskor i första hand, vidare sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kurator. En konsumentombudsman i friskvård efterlystes.

Intervjun

Frågorna ställdes till de personalgrupper som hade direkt kontakt med patienter. Det var frågor bl a om "hälsoupplysrollen" och vad man i allmänhet tyckte om hälsovård på vårdcentral.

De flesta ansåg att information i hälsovårdsfrågor skulle vara en naturlig del av arbetet. Många menade att det var patientens rätt att kräva råd om sin

Tabell V.

Frågor om tobak-narkotika-alkohol. Indelning som i tabell II.

	inte alls	Instämmer						mycket
		0	1	3	5	7	9	10
"Anser Du rökning (tobak) vara en viktig faktor när det gäller hälsa?"		0	3	2	11	29	55	
Anser Du tobaksrökning skadlig för hälsan: låg konsumtion (0-5 cigaretter/dag)?"		0	6	8	15	28	43	
hög konsumtion?"		0	0	0	0	12	88	
användning av snus, tuggtobak?"		0	2	8	12	32	46	
"Anser Du narkotika vara en viktig fråga när det gäller hälsa?"		0	0	0	0	8	92	
"Anser Du hasch vara en viktig fråga när det gäller hälsa?"		0	0	0	5	9	86	
"Anser Du användande av hasch skadligt för hälsan: rökning vid enstaka tillfällen?"		0	0	0	5	23	72	
regelbunden rökning?"		0	0	0	0	8	92	
"Anser du alkohol vara en viktig fråga när det gäller hälsa?"		0	0	3	5	25	67	
"Anser Du alkoholkonsumtion skadligt för hälsan: lättöl/folköl-högtidliga tillfällen?"		42	39	11	6	2	0	
lättöl/folköl-någon gång/vecka?"		28	20	22	16	8	6	
lättöl/folköl-dagligen?"		5	14	6	17	20	38	
starköl/vin-högtidliga tillfällen?"		42	30	14	9	5	0	
starköl/vin-någon gång/vecka?"		2	6	14	28	23	27	
starköl/vin-dagligen?"		0	0	0	0	16	84	
starksprit-högtidliga tillfällen?"		39	19	9	11	6	16	
starksprit-någon gång/vecka?"		0	3	6	13	20	58	
starksprit-dagligen?"		0	0	0	0	6	94	

hälsa, men man var tveksam om huruvida patienterna själva hade dessa förväntningar. Man var i stort sett enig om att det var personalen som borde introducera dessa frågor, samt att det var mycket viktigt på vilket sätt dessa råd och anvisningar lämnades.

De som befann sig i "hälsoupplysrollen" trivdes oftast med denna, men önskade mera tid till dessa uppgifter. Att bli betraktad som "förebild" medförde visserligen krav på eftertanke gällande den privata situationen, men upplevdes huvudsakligen som ett naturligt ansvarstagande.

Det fanns genomgående ett påtagligt intresse för mer kunskap. Många hade egna erfarenheter och ville gärna använda och vidareutveckla den kunskapen.

Högst på listan kom "mer kunskap om kost" (näringslära, dieter), därefter

"motion" och sedan "förhållningssätt, förbättrad förmåga att ge information". Många kommenterade att psykiskt välbefinnande skulle betonas mer, och i samband med det fanns intresse för avvänjningsmetoder (alkohol, tobak) och "livsstilsförändring, förbättring".

En önskan om tillgänglig information framfördes, tex att böcker, broschyrer fanns samlat, så de kunde nås av alla.

I dessa frågor fanns naturligtvis skillnader mellan yrkesgrupper, och ibland inom den egna gruppen.

Från läkar-tandläkargruppen underströks hälsoupplysningens betydelse. Uppgiften att befordra hälsa är en stor del av arbetet och denna aspekt blir mer framträdande i öppenvården. Från tandläkarhåll kommenterades de verkligt positiva effekter som nåtts via in-

Tabell VI. Övriga frågor om olika aktiviteters inverkan på hälsa och om vem eller vad som påverkar vår syn på hälsa. Indelning som i tabell II.

	Instämmer						mycket
	0	1	3	5	7	9	10
inte alls							
"Hur anser Du följande aktiviteter medverkar till god hälsa:							
jogging?"	2	0	11	20	43	24	
gymping?"	2	2	14	20	39	23	
body building?"	17	28	25	9	16	5	
bastubad?"	14	28	19	17	14	8	
besök på solarier?"	53	29	11	2	5	0	
vistelser på hälsohem?"	5	8	19	30	21	17	
meditation?"	15	25	25	17	13	5	
"Anser Du att deltagande i föreningsliv, studiecirklar etc medverkar till god hälsa?"	2	3	29	19	36	11	
"Hur anser Du att man påverkas i sin syn på hälsa genom råd från:							
läkare?"	0	3	13	9	50	25	
sköterska?"	0	5	14	16	45	20	
övrig sjukvårdspersonal?"	2	6	24	21	33	14	
läkarböcker?"	5	15	29	23	23	5	
dagstidningar?"	11	11	33	17	22	6	
veckotidningar?"	21	25	27	11	10	6	
TV-radio?"	3	13	16	23	36	9	
vänner, anhöriga?"	10	14	17	28	21	10	

formation och kontroller, främst inom barn tandvården.

Kommentarerna från den här gruppen var många. Vikten av att läkare introducerade hälsoupplysning betonades, men också att övrig personal deltog i detta arbete på olika sätt, att mångas specialintressen och kunskaper kunde utnyttjas, och vidare att den personal som mår bra, och som på bästa sätt kan tillvarata sina resurser, kommer också patienterna bäst till godo. Vikten av hembesök framhölls, liksom att läkarna skulle delta mer i dessa.

Hälsoinformationen som ges, skall utformas väl, så att man inte klandrar eller stör, utan är saklig och försöker motivera patienten att ta sitt eget ansvar för sin hälsa. Några påpekade att mer kunskap i informationsteknik samt attityd- och beteendeförändring skulle vara värdefull.

Inom sköterskegruppen – distrikts-sköterskor, undersköterskor, tand-sköterskor – varierade intresset för en egen roll som hälsoupplysare.

Bland distriktssköterskorna var intresset uttalat. Många framhöll att det

yrket alltid innehållit förebyggande arbete av olika slag. En del uttryckte oro över att denna del av distrikts-sköterskans arbete skulle komma att minska eller komma i skymundan för sjukvårdande och administrativa uppgifter. Många hade gedigen erfarenhet av hälsoupplysning inom de traditionella områdena: kost, motion, rökavvänjning, samt intresse för nya områden som tex "bekämpa stress" och "hur öka psykiskt välbefinnande". Olika metoder för hälsovårdsupplysning diskuterades, tex att arbeta med grupper på speciellt område, eller utgå från olika åldersgruppers särskilda behov av hälsovård. Intresse för vidareutbildning fanns. Man ville kontrollera och utöka sina kunskaper samt också ha en mer formell grund för att kunna gå vidare med dessa aktiviteter.

I gruppen som bestod av undersköterskor och tandsköterskor fanns delade meningar. Några ansåg att de ville behålla yrkesrollen som den var, där hälsoupplysning inte ingår, och menade att hälsoinformation sköts av andra yrkesgrupper. Flera framhöll vikten av en gemensam policy för hela sjuk-

vårdspersonalen i sådana här frågor, så att alla vet, även om inte alla aktivt deltar i information till patienten. Några var intresserade av att deltaga mer aktivt, men var då i behov av mer kunskap och viss omstrukturering av den vanliga yrkesrollen. Flera tandsköterskor påpekade hur deras yrke successivt förändrats, och från att ha inneburit mest "assistera och vara tyst", utökats med profylaxutbildningen för dem som så ville. Därmed kom möjlighet till ökad kontakt med patienter för att informera om kostvanor och munhygien. Man efterlyste ännu mera utbildning i kommunikation och motivationsteorier, för att kunna nå svårbehandlade patientgrupper.

I läkarsekreterargruppen arbetar man enligt ett roterande schema. Var tredje vecka sitter man i receptionen-kassan, och har då första-kontakten med patienterna. Förutom kassaarbete ingår att ge praktiska upplysningar, och ibland kommer också frågor som rör sjukvård eller hälsoupplysning. Regeln är att vidarebefordra dessa frågor till läkare eller distriktssköterska. Många i den här gruppen hade tidigare erfarenhet av mottagningsarbete och många patientkontakter, och skulle gärna se den delen av arbetet utökad. Det fanns ett stort intresse för hälsovårdsfrågor, men det framhölls samtidigt, att om sådana uppgifter skulle ingå i den egna yrkesrollen måste man ha mera kunskap. Någon tog upp titeln "läkarsekreterare", som ibland vilseleder patienten att fråga mycket, och som ju är ett yrke som kan innehålla skilda arbetsuppgifter beroende på var man hamnar.

Andra yrkesgrupper med många patientkontakter var barnmorskor, psykolog i mödravården, sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt laboratorieassistenter. Några av dessa yrken har gemensamt att man till stor del sysslar med förebyggande arbete. Man trivdes i rollen som hälsoupplysare, men skulle vilja ha mer kunskap på områden som föll utanför det egna yrket. Det poängterades att hälsovården måste ta hänsyn till fysiskt och psykiskt välbefinnande. Man var intresserad av att lära sig mer om kommunikation och om olika sätt att informera. Man såg gärna försök med grupper. Man ansåg också att olika personals speciella erfarenheter och kunskaper skulle kunna tillvaratagas. De flesta ansåg att det var personalen som skulle introducera hälsovårdsfrågor på ett lämpligt sätt utan överdrifter eller "besserwissermetoder".

I laboratorieassistenternas arbete, där det inte ingår att informera, hamnade man dock ofta i situationen att få många frågor. Det fanns därför ett stort intresse av att få en ökad allmän kunskap och därigenom möjlighet att svara något mer.

Diskussion

Vi ansåg det viktigt när en ny vårdcentral öppnades att en del gemensamma

ACE-hämmaren

CAPOTEN®

(captopril)

Tabletter 25 mg och 50 mg

NY INDIKATION!

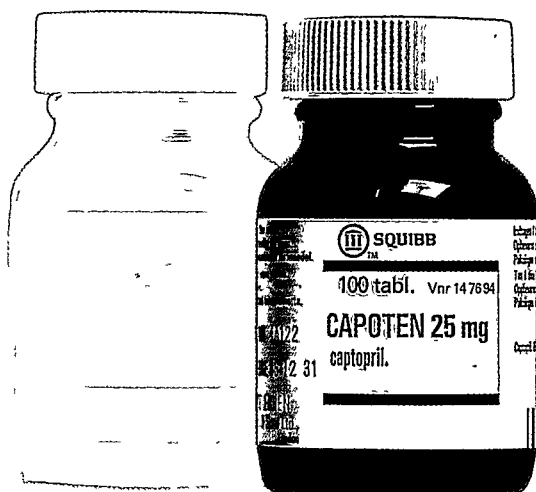
Socialstyrelsen har godkänt ett utvidgat indikationsområde för **CAPOTEN®** som nu kan användas vid **MILD TILL MÅTTLIG PRIMÄR HYPERTONI** då behandling med betareceptorblockerare eller saluretika ej givit adekvat effekt eller är olämplig.



SQUIBB

SQUIBB AB • Box 925 • 181 09 Lidingö • Tel 08-767 0200

tar ett stort steg framåt i hypertonibehandlingen



ENKEL DOSERING!

25 mg × 2 dagligen

Efter en månad kan dosen
vid behov ökas till 50 mg
2 gånger dagligen.

Om kombinationsbehandling
behövs rekommenderas tillägg
av ett diuretikum eller en
betablockerare.

angelägenheter diskuterades. Även om vårdcentralen skulle arbeta efter vårdlagsprincipen är patienterna i samma väntrum och deras gränser överensstämmer inte alltid med de administrativa. En hel del ventileras patienter emellan och inte minst sådant som har med råd och rekommendationer att göra. Ett väsentligt motiv för den nu rapporterade studien var därför att ta reda på vilka rekommendationer som personalen utifrån sina kunskaper och attityder kunde tänkas ge patienterna inom hälsoområdet. Hur ser sjukvårdspersonal på hälsovårdsfrågor? Hur sker hälsovårdsinformationen på en vårdcentral? Genom all personal som träffar patienter?

Mot denna ofullständigt kända bakgrund ställde vi till personalen frågor som skulle täcka vanliga områden inom hälsovård, till exempel kost, motion, inställning till droger, rökning, stressens betydelse, samt begreppet "livskvalitet" (välbefinnande).

Intresset för undersökningen var stort. Endast fyra av 69 uteblev och de var ej negativa till undersökningen utan kunde inte ställa upp på de tider som stod till deras förfogande. Personalen är starkt kvinnligt dominerad. Endast 12 procent utgjordes av män. Åldersfördelningen visade att 43 procent var 40 år eller mera. Detta betyder att lång erfarenhet finns i gruppen. Resultatet av undersökningen är därför representativt för en personalgrupp med relativt lång sjukvårdserfarenhet.

Resultaten av enkäten liksom intervjun visade att gruppen hade stor kunskap på hälsovårdsområdet och i mycket likartade attityder.

Om man sedan mera i detalj vill undersöka resultaten framstod kanske svaren på tobak-narkotika-alkoholfrågorna som särskilt intressanta. Vad beträffar narkotika var uppfattningen enhetlig bland personalen. Dess negativa verkan på hälsa dokumenterades tydligt. Ifråga om tobaksrökning och även alkohol gick svaren åt samma håll som för narkotika, men toleransen, mätt som spridning av svaren, var större. Eftersom alkoholens skadeverkningar kanske representerar vårt största samhällsproblem kan svaren i detta avseende stämma till eftertanke. I viss mån gäller detta även rökning. Då vi vet att endast någon enda röker bland personalen antyder svaren att flera än de som själva röker anser rökning som en beskedlig hälsorisk.

I hälsosammanhang förekommer olika modevägar. Generellt kan sägas att svaren från detta avsnitt var minst sagt avvaktande. Solarier, kost från hälsobutiker, body building med mera hade ett förhållandevis lågt värde på skalan.

Vilka informationskällor som finns och deras trovärdighet ingick också bland frågorna. Svaren visade klart högre värden för TV-radio än dagspressen men framför allt var skillnaden stor till veckopressen.

Svaren på vilka personalgrupper som skall vara rådgivare kan naturligtvis bli beroende på den inbördes stor-

leken mellan grupperna i en enkät av detta slag. Det är tänkbart att man uppvärderar den egna rollen. Resultaten visade emellertid att läkarnas råd erhöll det högsta poängtalet, därefter sjuksköterskor och undersköterskor i nämnd ordning. I ett avseende, bantning, bedömdes emellertid läkarnas råd som måttligt effektiva och nådde knappt upp till vad "viktväktarna" ansågs kunna åstadkomma. Detta avslöjar möjligen vad vi läkare länge misstänkt, att våra kunskaper i dietik, både vad gäller olika specialkost och bantningskost, inte är tillfredsställande. Även övriga yrkeskategorier påpekade att man ville ha mera kunskap om kost.

Sammanfattningsvis gäller att personalen på den studerade vårdcentralen hade ett stort intresse för hälsofrågor. Ytterligare kunskaper ansåg man sig behöva framför allt på kostområdet. Ifråga om motionens positiva betydelse för hälsan var enigheten stor. Smärre divergenser i uppfattningen förekom om de skadliga hälsoeffekterna av alkohol och rökning. Detta gällde däremot ej narkotika, som av alla klassades som mycket skadligt.

Författarpresentation

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

Bodil Tibblin är psykolog vid rehabiliteringskliniken, Västerås lasarett.

* Postadress: Allmänmedicinska institutionen, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala.

KURS I IDROTTSMEDICIN

för allmänläkare i Frankrike v 13, 1986

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

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

Följande ämnen ingår i kursen:

Friskvård, traumatologi och näringslära.

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

Kvinnoidrott, barn och idrott samt dopingproblematik.

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

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

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

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

Antalet deltagare maximerat till 40. Intresserade ombedes omgående ta kontakt med ICI-Pharma AB, Björn Skånberg alternativt Annelie Linjer, Stora Badhusgatan 20, 411 21 Göteborg, tel 031-174120 för erhållande av detaljerat program och ytterligare upplysningar.

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 fär år 1986. Avgiften insättes på postgiro 37 54 40-5.

Ange prenumeration för 1986 på talongen.

ALLMÄNMEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

flexibel dosering

Annons nr 2 i en serie om Felden – ett välbeprövat antiflogistikum.

Den här annonsen handlar nästan bara om dosering. Om nya möjligheter att »skraddarsy» en bättre behandling med Felden.

KLINISKA ERFARENHETER

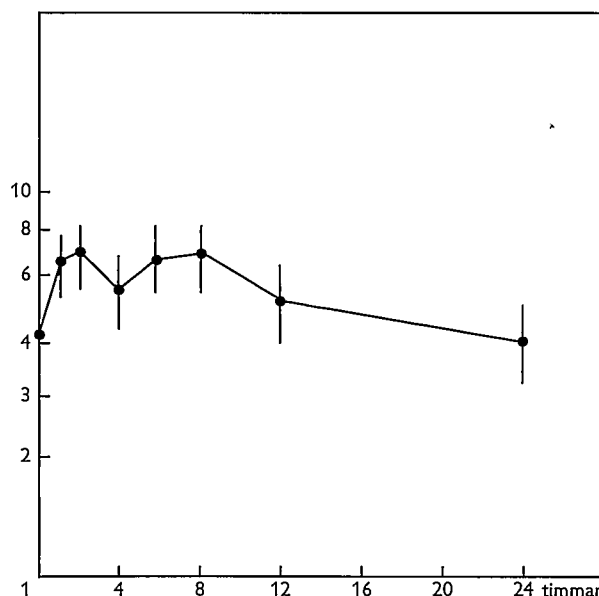
I slutet av 1984 hade läkare världen över förskrivit cirka 2 miljarder dagsdoser av Felden. Den kliniska effekten har dokumenterats i cirka 300 kliniska studier.

FELDEN 20 mg EN GÅNG PER DAG

När Felden registrerades visade all klinisk dokumentation att normaldosen är 20 mg per dag. Felden har en halveringstid som ger 24 timmars effekt med dosering bara en gång per dygn. Därför är den mest logiska doseringen en kapsel à 20 mg per dygn – enkelt att dosera och lätt att komma ihåg.

PLASMAKONCENTRATION AV PIROXICAM ÖVER ETT DOSERINGSINTERVALL (1)

μ g/ml



Felden®

(PIROXICAM)

NY FLEXIBEL DOSERING 10–30 mg PER DYGN

Erfarenheten har visat att vid normal klinisk användning kan det vara motiverat med en mer flexibel dosering. Den nya doseringsrekommendationen om 10–30 mg är införd i 1985 års upplaga av FASS. Fortfarande med möjlighet till dosering en gång per dygn. Eller uppdelat på flera tillfällen.

Den rekommenderade begynneldosen är oförändrat 20 mg. Men för somliga räcker det med 10 mg som underhållsdos. Och i enstaka fall kan man behöva öka dosen till 30 mg.

Rekommenderad begynneldos och normal underhållsdos är 20 mg/dygn.



1x20 mg eller 2x10 mg

FELDEN SOM 10 mg ELLER 20 mg KAPSEL?

Båda finns. Och båda behövs. Med 10 mg kapseln ökar möjligheterna att justera dosen så att den passar den enskilda patienten. Och 20 mg kapseln är i de flesta fall idealisk för patienter med 20 mg per dygn som underhållsdos. Med Felden är det enkelt att anpassa dosen för optimal dygnseffekt.

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-konsultent, ring tel. 08-758 0130 eller skriv till Pfizer AB, Box 3053, 183 03 Täby.

Referens:

1. Hobbs, D.C. Eur. J. Rheum. Inflam. 1983, 6:46–55.

Pfizer

Streptokockodling på vårdcentral

Utvärdering av ny rutin vid handläggning av akuta svalginfektioner

BJÖRN OLSSON · BÖRJE SVENSON

På en vårdcentral infördes under 1984 en ny rutin med svalgodling vid akuta halsinfektioner. Enligt den nya rutinen skulle svalgodlingen preliminärbedömas på vårdcentralen efter 1 dygn innan eventuell antibiotikabehandling insattes. De första 7 månaderna med den nya rutinen har utvärderats.

I de fall man valt att inledningsvis ta akut svalgodling har följsamheten mot den nya rutinen varit cirka 85 procent. På grund av låg frekvens av betastreptokocker grupp A i åldrarna över 30 år är det tveksamt om akutdiagnostik riktande sig mot dessa bakterier skall utföras i dess åldrar.

Nyckelord: Diagnostik, infektioner, OLI, svalgodling, primärvård.

Bakgrund

Inom primärvården utgör patienter med tonsillit en stor grupp. I en studie från Norra Bassjukvårdsområdet i Stockholms läns landsting 1983 fann man att ungefär hälften av akutbesöken i primärvården orsakades av gruppen "förkylningssjukdomar". 12 procent av akutbesöken fick diagnosen "övre luftvägsinfektion" och 9 procent fick diagnosen "tonsillit" (1).

Att fastställa korrekt etiologi till "ont i halsen" hos den enskilde patienten enbart utifrån den kliniska bilden är mycket svårt, även när detta görs av erfarna kliniker, och såväl över- som underdiagnostik vad gäller streptokocketiologi är betydande (2). Speciellt väsentligt är det att utesluta respektive bekräfta betastreptokocker grupp A som etiologisk agens, då det anses att tidig behandling av dessa infektioner är viktigt för att undvika renala komplikationer (3).

I syfte att snabbt kunna ställa korrekt etiologisk diagnos på patienter med misstänkt streptokocktonsillit har på hälsocentralen Knuten i Sandviken införts en rutin med lokal anaerob svalgodling med preliminär avläsning efter tidigast 12 timmar. Metoden har visat sig ha god sensitivitet och specificitet avseende betastreptokocker (4). Eftersom odlingssvar föreligger redan påföljande morgon, kan ställningsta-

gande till behandling uppskjutas till preliminärt odlingssvar föreligger. Detta förfarande har införts som rutin vid handläggning av patienter med misstänkt svalginfektion med betastreptokocker vid hälsocentralen.

Hälsocentralen Knuten, där denna studie utförts, är en relativt stor distriktsläkarmottagning med fem distriktsläkartjänster. Under tiden för studien var tre ordinariebesatta och vid de övriga två tjänstgjorde vikarier under varierande tid. Vid hälsocentralen finns ett välutrustat laboratorium, som bemannas av undersköterska/sjukvårdsbiträde. Under 1984 gjordes vid hälsocentralen ca 13 500 läkarbesök. Övannämnda rutin med preliminärbedömning av svalgodlingar infördes i februari 1984.

Syfte

Syftet med föreliggande studier var

- dels att utvärdera införandet av den nya rutinen vid misstänkt svalginfektion,
- dels att studera epidemiologin vid symptomgivande svalginfektioner.

Metod

Föreliggande studie är rent retrospektiv och omfattar perioden 1 februari–30 augusti 1984, dvs fram till den dag vi började diskutera att utvärdera den nya rutinen. Detta tror vi ger en sannare bild av hur ny provtagningsrutin används än om behandlande läkare vet om att det diagnostiska och terapeutiska beteendet skall utvärderas. Att under kontrollerade förhållanden och under pågående medveten utvärdering få en metod att fungera bra är sannolikt betydligt lättare än att under rutinemässiga förhållanden och tidvis stort tidspress hålla fast vid vad man uppfattat som vetenskapligt utprovade rutiner.

Vid misstanke på behandlingskrävande halsinfektion togs svalgprov med kolpinne och utstryk gjordes på blodagarplatta. Plattorna inkuberades över natten anaerobt i gaspac 37 ° och avlästes påföljande morgon av hälsocentralens labpersonal. Enligt tidigare studie vet vi att sensitiviteten för betastreptokocker med denna metod och på detta lab är mycket hög (4). De platlor som gav misstanke på betastreptokocker (= positiva) inändes till bakt-

lab, Gävle sjukhus, för utodling och gruppering. Patienter med positiv odling enligt preliminärbedömningen erhöll antibiotika efter telefonkontakt.

Vid tagande av odling upplystes patienten om att läkaren endast tog kontakt vid positiv odling, vid försämring fick patienten höra av sig själv.

Resultat

På 259 patienter med misstänkt svalginfektion med betastreptokocker togs svalgodling. Som framgår av figur 1 har 40 patienter eller ca 15 procent fått antibiotika samtidigt som svalgodling tagits. Vid genomgång av journalanteckningarna finner man att den behandlande läkaren ansett misstanken om streptokockinfektion så pass stark att han ej ansett det behövligt att avvakta ett odlingssvar. Dessutom har odling tagits i en del fall då man klart önskar få en streptokockinfektion dokumenterad inför eventuell tonsillektomi och i något fall hos patient med glomerulonefrit i anamnesen, där man ej vågat avvakta odlingssvar.

Det vanligaste förfarandet var att en odling togs och att resultat på denna avvaktades, innan antibiotika eventuellt sattes in (fig 1). Cirka 85 procent av tagna prover faller inom denna grupp. Av de 219 patienterna i denna grupp hade 113 negativ odling. Trots detta erhöll 5 av patienterna antibiotika vid telefonkontakt dagen efter besöket. Anledningen till terapiinsättande var att patienterna försämrats sedan dagen innan, det skulle kunna vara tänkbart att patienten nu hade en antibiotikakrävande infektion. En annan anledning var att patienten inte lät sig nöjas med ett negativt odlingssvar och läkaren har fallit till föga och mot bättre vetande skrivit ut antibiotika. Av de 106 patienter som hade positiv svalgodling preliminärt erhöll 93 antibiotika dagen efter odlingen. I 13 fall avstod man från behandling trots positiv snabbodling. Behandlande läkare har i dessa fall ansett misstanken på halsinfektion med betahemolytiska streptokocker grupp A så pass ringa att gruppering från baktlab kunnat avvaktas. Värt att notera är att tre patienter i denna grupp trots allt hade betastreptokocker grupp A växande i svalgodlingen och sedermera erhöll behandling.

Vid genomgång av de definitiva odlingsresultaten med gruppering från bakt-lab fann man 44 odlingar tillhörande grupp A (17,3 procent), 35 tillhörande grupp C (13,7 procent) samt 176 odlingsnegativa alternativt odlingar tillhörande andra betastreptokokkgrupper (69 procent). I fyra fall har det definitiva odlingsresultatet förkommit.

Åldersfördelningen av hela materialet framgår av fig 2. Såsom framgår av figuren förekommer i vårt material inte betastreptokokker grupp A i åldrarna från 50 år och uppåt. Materialet har en påtagligt ung profil vilket väl avspeglar det kända faktum att akuta svalginfektioner huvudsakligen drabbar unga individer. Medelåldern i materialet är 24,5 år. Medianåldern är 25,3 år. För undergruppen med betastreptokokker grupp A är medelåldern 16,4 år och medianåldern 14,5 år – denna grupps åldersfördelning är signifikant lägre än för hela materialet ($p < 0,05$).

I åldrarna över 40 år är förekomst av grupp A ovanlig medan andelen grupp A av hela materialet är störst i den lägsta åldersgruppen.

Diskussion

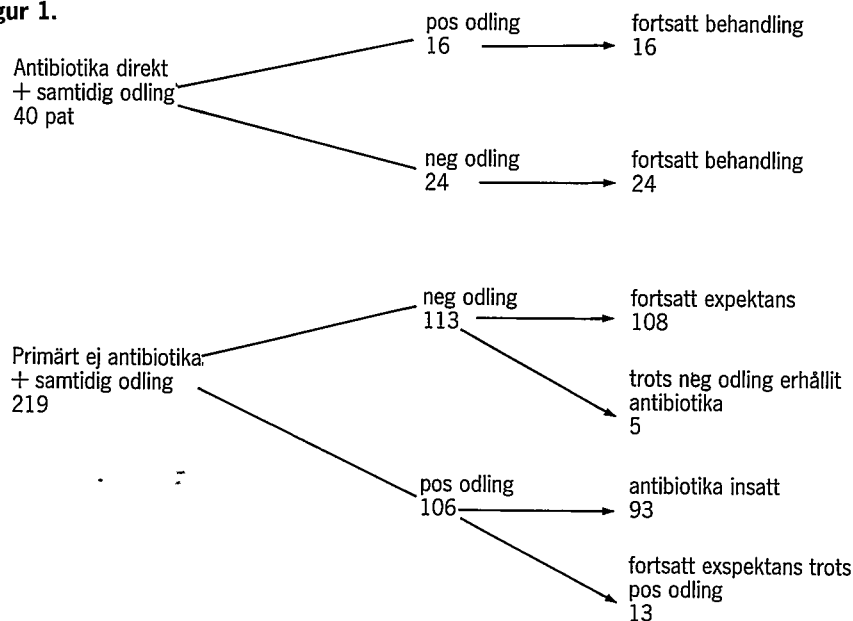
Att värdera nya (och gamla) provtagningsrutiner i primärvården är något vi tror görs alltför sällan. Många gånger arbetar vi med gårdagens teknologi från slutenvården, utan att anpassa denna specifikt för primärvården med dess speciella krav på enkelhet, snabbhet och tillförlitlighet. Detta problem diskuterades av en arbetsgrupp under SFAM:s höstmöte i Skövde 1984.

Vi tror att utvärdering av primärvårdens teknologi måste ske där den verkligen ska användas, det vill säga ute på vårdcentralerna, där verkligheten ofta är en helt annan än inne på de stora sjukhusens laboratorier. Ny teknologi måste vara anpassad så att den kan användas av icke specialutbildad personal på vanliga vårdcentraler.

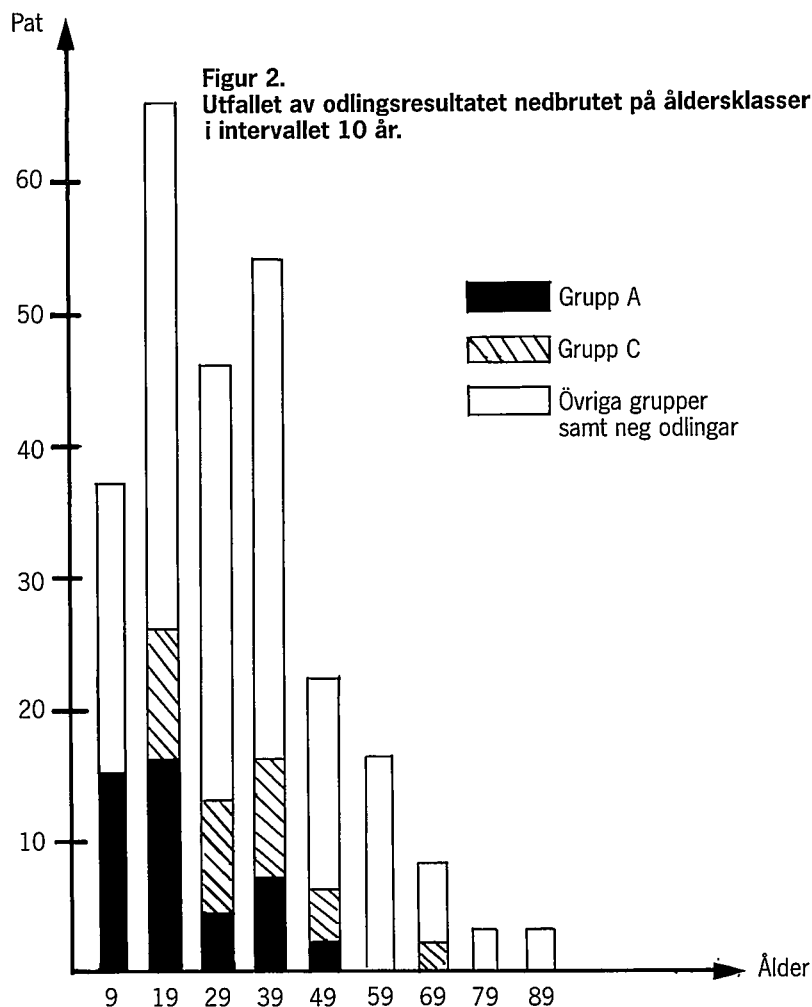
Den kliniska diagnostiken av halsinfektioner är svår. Risken att patienten i något avseende blir felbehandlad måste anses som stor. Det sker överförskrivning av antibiotika men även motsatsen; att streptokokkinfektion felbedöms som en virus förekommer (2).

Svalgodling är en bra metod att förbättra diagnostiken för dessa patienter. En svalgodling som tas på en vårdcentral och därefter sändes till baktlab i Stuart-rör har dock vid akuta halsinfektioner begränsat värde, då odlingsresultatet inte kommer förrän efter några dagar. Denna metod hjälper därför ej behandlande läkare att ställa en säker diagnos inom rimlig tid. Vid provtagning på vårdcentralen och direkt utstrykning på blodagarplatta erhåller man redan dagen efter läkarbesöket ett säkert svar på om det förekommer betastreptokokker i halsen eller ej. I flertalet fall förefaller det möjligt att avvakta en dag innan behand-

Figur 1.



Figur 2. Utfallet av odlingsresultatet nedbrutet på åldersklasser i intervallet 10 år.



ling insättes.

En förmodligen stor grupp patienter har under den tid studien pågått sökt på hälsocentralen för halsbesvär och bedömts ha en streptokokkinfektion samt erhållit antibiotika utan svalgodling. Dessa patienter ingår alltså inte i materialet. Det kan därför vara rimligt att anta att förfarandet med odling och samtidigt insättande av antibiotika avspeglar en osäkerhet hos läkaren. Vårt att notera är att mer än hälften av patienterna i denna grupp hade negativ odling. Trots detta har i intet fall antibiotika satts ut dagen efter insättandet, vilket alltså hade varit praktiskt möjligt.

Om man för dokumentation önskar ta en svalgodling i samband med behandlingen, var det vid införandet av snabbodlingstekniken aldrig tänkt att denna skulle användas för dessa patienter. På dessa patienter skulle prover liksom tidigare sändas direkt till baktlab i Stuart-rör.

I vårt material finner vi att 122 patienter hade betastreptokokker i svalget vid preliminärbedömningen och av dessa visade sig 44 ha grupp A, det vill säga cirka 36 procent. Man kan naturligtvis fråga sig om det är rimligt att man således behandlar resterande 64 procent mer eller mindre i onödan. Vår uppfattning är dock att tekniken med

snabbodling på vårdcentral innebär en betydligt säkrare diagnostik jämfört med enbart klinisk bedömning. Det skulle naturligtvis vara ändå mer tilltalande om det vore möjligt att vid odlingen direkt kunna avläsa växt av betastreptokocker grupp A. Vi provar därför nu med bacitracindiskar på agarplattorna enligt den metod som bland annat beskrivits av K Strangert (5). Huruvida denna komplettering är lämplig att införa som rutin på vårdcentral har vi än så länge för liten erfarenhet av för att kunna uttala oss om.

När metoden med preliminärbedömning av svalgodling infördes, var indikationerna strikt avgränsade. Odling skulle tas på patienter med misstänkt infektion i svalget med betastreptokocker grupp A och eventuell behandling skulle sättas efter preliminärbedömning av odlingsresultatet (4).

Följsamheten mot denna rutin var cirka 85 procent. I de 40 fall där man valt att behandla direkt samtidigt som odling tagits, har den nya metoden enbart krånglat till tillvaron för läkaren. Odlingssvaret har i denna grupp inte i något fall påverkat terapin. Detta kan synas nedslående, men vi tror inte att ett sådant handlingsmönster är ovanligt. Tvärtom, att ta prover utan att ha tänkt igenom vad svaren ska användas till är ett vanligt beteende inom sjukvården. Indikationerna för nyinförda provtagnings- och behandlingsrutiner blir med tiden mindre preciserade.

Ett studium av åldersfördelningen visar som väntat att patientmaterialet har en påtagligt "ung" profil. Detta avspeglar att akuta svalginfektioner huvudsakligen drabbar unga individer. Notabelt är dock att medelåldern för de patienter som hade grupp A var betydligt lägre än för hela materialet. Mot bakgrund av detta är det tveksamt om akutdiagnostik av betastreptokocker grupp A skall utföras i åldrar över 30 år. I åldersgrupperna under 20 år förefaller däremot användandet av akutdiagnostiken väl motiverad.

Referenslista

1. Konsekvenser för länssjukvården av en utbyggd primärvård. En studie inom Löwenströmska sjukhusets upptagningsområde. Spri Stockholm 1985.
2. Axelsson A, Ekedahl C, Hallén O: Akut svalginfektion – etiologiska och diagnostiska synpunkter. Läkartidningen 1974; 71:3923–6.
3. Holm, Ekedahl, Bengtsson: Prevention of acute glomerulonephritis with early treatment of tonsillitis with penicillin. Scand J Infect Dis 1973; 5:115–122.
4. Olsson B: Streptokockodling med preliminärbedömning på vårdcentral. Allmän-Medicin 1984; 5:203–4.
5. Strangert K: Streptokockodling vid barnmott tillförlitlig och billig. Läkartidningen 1983; 80:2481–2.

Författarpresentation:

Björn Olsson, distriktsläkare

Börje Svenson, FV-läkare i allmänmedicin.

Postadress: Hälsocentralen Knuten, Plangatan 8, 811 30 SANDVIKEN

En artikelserie om

HS90

– morgondagens hälsovård

213 0 60 96

Primärvård räddar jobben när sjukhuset läggs ner

Text: MATS CARLBOM Foto: BO CARSSING



De äldre i samhället utgör vad HS90-utredningen kallar en "vårdpolitisk riskgrupp". Idag har de ofta svårt att få den vård de skulle behöva. Vid en omstrukturering av sjukvården kommer de kanske att rädda sysselsättningen för en del av den sjukhuspersonal som blir av med sina jobb.

Närmare en halv miljon människor i Sverige arbetar inom hälso- och sjukvården.

Men nu ska sjukhusvården skäras ner. Var fjärde sjukhussäng ska bort, inlagda patienter skickas hem över helgerna, små sjukhus läggs ner.

Enligt en färsk undersökning ska de nya riktlinjerna inte hota jobben för de vårdanställda. Men facket är skeptiskt.

Nyckelord: Primärvård, HS 90.

Idag arbetar 75 procent av alla vårdanställda inom den slutna sjukhusvården och 25 procent inom primärvården – distriktsläkare, sjuksköterskor etc. Enligt den stora utredningen HS90 (Hälso- och sjukvård inför 90-talet) är målet att fördelningen år 2000 ska vara 50–50.

Hur många små sjukhus som kommer att läggas ner säger inte utredningen, men på flera håll kommer sjukhusen att göras om till primärvårdsenheter. Sjukhussängar försvinner, många som läggs in får åka hem över helgerna,

läkare och sköterskor ska göra hembesök i större utsträckning än idag.

Claes Herlitz är planeringsdirektör i Falun och expert på just sysselsättningseffekterna av strukturförändringar inom sjukvården. På uppdrag av HS90-utredningen har han specialstuderat effekterna i Norrbottens, Västerbottens, Kopparbergs, Älvsborgs och Skaraborgs län. I rapporten "Vården och sysselsättningen" presenterar han sina slutsatser:

- I vissa kommuner med stora sjukhus kommer antalet jobb inom primärvården att mer än fördubblas till år 2000.

I småkommuner som idag inte har någon utbyggd primärvård kan jobben öka med 50 procent.

- I småkommuner med utbyggd primärvård sker en liten eller ingen ökning.

- I vissa kommuner med länsdelssjukhus eller mentalsjukhus minskar antalet jobb kraftigt.

– De som vinner är dels småkommuner där det inte finns något sjukhus idag, dels lite större kommuner med länssjukhus, säger *Claes Herlitz*.

Facket kritiskt

Från fackligt håll har denna prognos kritiserats.

Den har stora svagheter. Underlaget räcker inte till för de slutsatser som dras, säger *Ulrica Croné*, ordförande i Svensk sjuksköterskeförening och TCO:s representant i HS90.

– Den nuvarande organisationen av vårdapparaten bygger på en bristsituation – vi har haft för få sjuksköterskor i tio-femton år, fortsätter hon. En omstrukturering går att göra först när man sett efter precis vilka personalresurser som finns och vad som skulle behövas idag.

Sedan 1950-talet har sjukvården betytt alltmer för sysselsättningen – framför allt bland kvinnorna. Om en ny organisation minskar antalet jobb i vissa kommuner är det framför allt kvinnorna som drabbas.

Extremfallet Säter

Ett extremfall är Säter i Dalarna. Där ger det stora mentalsjukhuset jobb åt nästan en tredjedel av kommunens invånare. Säter har som en följd av det en ovanligt hög sysselsättning bland kvinnorna.

Men de stora mentalsjukhusen ska bort i morgondagens sjukvård. I Säter betyder det troligen att minst 400 jobb försvinner.

För kvinnorna där är det säkert ingen större tröst att antalet jobb inom sjukvården i Kopparbergs län, enligt prognosen, ökar med totalt cirka 800 jobb.

– Tyvärr måste de vårdpolitiska ambitionerna komma före de sysselsättningspolitiska, säger *Claes Herlitz*.

Med andra ord: Man kan inte fortsätta att bedriva en otidsenlig vård bara för att vårdpersonalen vill behålla jobben.

– Det tror jag inte heller att någon hävdar, fortsätter *Claes Herlitz*. Där emot använder man gärna vårdpolitiska argument för att stoppa sjukhusnedläggningar, trots att det egentligen är arbetstillfällena man vill bevara.

Enligt undersökningen kommer emellertid denna arbetslöshet att kunna kompenseras med regionalpolitiska insatser. Vårre blir det inte.

Vårdpolitiska riskgrupper

Idag utnyttjas inte vården lika mycket över hela landet. Det har visat sig att människor oftare söker vård där det är nära till doktorn. Det innebär å andra sidan att många som kanske skulle behöva eller vilja söka vård inte gör det.

I HS90-utredningen kallas de "vårdpolitiska riskgrupper": Glesbygdsbor, äldre, sydeuropeiska invandrare, lågutbildade, förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa har ofta svårt att skaffa sig den vård de skulle behöva. Dels på grund av den sneda läkarfördelningen dels på grund av okunnighet och social isolering.

I glesbygden är avståndet till läkaren ofta ett stort problem. Lösningen heter fler hembesök av läkare och distriktsköterska.

Mer serviceinriktad

Vårdapparaten ska också bli mer serviceinriktad med generösare telefonder, kortare väntetider och åtgärder för att vi ska få träffa samma läkare varje gång vi söker vård.

I det samhälle HS90-utredningen målar upp har personalen inom ett primärvårdsområde ansvar för alla som bor där. Ett sådant område omfattar i regel en kommun – större kommuner indelas i flera primärvårdsområden.

För många patienter blir det längre väg att åka för att föda barn eller få specialistvård. I gengäld ska det bli både kortare väg och lättare att ringa till sjuksköterska eller doktor för lättare skador och sjukdomar.

Tre kategorier sjukhus

Landets sjukhus kan delas in i tre kategorier:

- 9 regionsjukhus – forskningssjukhus med stora resurser och många specialister.

- 23 länssjukhus – något mindre sjukhus med färre specialister.

- 61 länsdelssjukhus – de minsta sjukhusen med bara ett fåtal specialister.

I framtiden ska länssjukhusen byggas ut. De får resurser från såväl regionsjukhusen som de små länsdelssjukhusen. Många småsjukhus läggs troligen ner eller omvandlas till primärvårdsenheter, om HS90-utredningens ambitioner slår igenom.

Detta blir dock en fråga att ta ställning till för varje landsting, och på många håll kan man vänta sig att landstingspolitikerna pressas hårt av lokala opinioner som vill bevara sina små sjukhus.

– Jag tror inte att så många sjukhus försvinner, säger TCO:s representant *Ulrica Croné*. Åtminstone de större länsdelssjukhusen – med mer än 300 vårdplatser – kommer säkert att finnas kvar med avdelningar för operation, intensivvård etc.

Stora akraiv på utbildning

Innan man satsar på en utbyggd hem-sjukvård måste man ha en organisation som fungerar, menar *Ulrica Croné*.

– Det får inte bli så att man skickar hem folk utan att kunna ta hand om dem i hemmen lika bra som man skulle ha gjort på sjukhusen.

– Den här förändringen ställer stora krav på utbildningen av personalen. Annars finns risken att patienten får besök av en hemsamarit eller sjuksköterska som säger "Nä, det här kan inte jag göra, här behövs en läkare eller en arbetsterapeut".

– Men våra arbetsgivare är dåliga på utbildning. Om vården ska byggas ut som HS90 vill måste undersköterskor ges tillfälle att snabbt utbilda sig till sjuksköterskor, och vårdbiträden till undersköterskor.

Hur det går med HS90-utredningens förslag får vi veta i vår. Då lägger regeringen sin stora proposition om hälso- och sjukvården på riksdagens bord.

Här gör Panodil gott!



Vid huvudvärk, mensvärk, tandvärk



och muskelsmärtor. Panodil ger snabb



smärtlindring utan att irritera magen.

Panodil[®]

Vid tillfällig värk. Tabletter och brustabletter.

Receptfritt på apotek.

Sterling-Winthrop AB, 171 27 Solna

Vem ska äga din hälsa?

Om WHO:s hälsostrategi

INGE DAHN

I artikeln redovisar författaren den strategi som antagits inom WHO för att uppnå god hälsa åt alla år 2000.

Nyckelord: WHO, hälsopolitik, planering.

Flertalet sjukdomar är självförvållade och kan därför förebyggas genom att var och en av oss får kunskaper om och ansvar för sin hälsa och i viss utsträckning för sina närmastes. Då kan vi äga vår hälsa.

Vår nuvarande hälso- och sjukvård har inte den här inriktningen. Den har sin tyngdpunkt i lasaretten, som slukar nästan 2/3 av hälso- och sjukvårdens resurser. De fungerar inte utifrån doktrinen att flertalet sjukdomar är självförvållade och kan förebyggas.

Lasaretten bjuder oss i stället stora möjligheter när vi väl fått en sjukdom. Vi kan då uppsöka deras väntrum och få vår organsjukdom behandlad i enlighet med lasarettens rutiner. Detta garanterar kvalitet men innebär att vi inte själva så kommer att äga vår sjukdom att vi går in i det som ligger bakom den.

Men om nu allt fler sjukdomar uppfattas som självförvållade och kan förebyggas, då är vår vårdorganisation alldeles för defensiv. Den borde ju lägga tyngdpunkten i sina ansträngningar att förebygga sjukdom i stället för att vänta till dess den blir etablerad. Det är därför nödvändigt av hälsostrategiska, demokratiska, men inte minst av ekonomiska skäl att vi ger vår hälso- och sjukvård en ny inriktning.

Ovanstående är en fri sammanfattning av bakgrunden till den hälsostrategi för Europa som WHO:s regionala kontor utarbetat och som populariserats i en bok av författaren och journalisten Peter O'Neill under namnet *Hälsa för alla* (Liber 1984).

Bakomliggande WHO- och FN-beslut
För att få ett samlat grepp om världens hälsoproblem beslöt 1977 års världshälsokongress att inrikta regeringarnas och världshälsoorganisationens arbete under mottot: Hälsa för alla år 2000. Världshälsokongressen 1979 fastslog att primärvården är nyckeln för att ge alla en acceptabel hälsonivå. FN:s generalförsamling har sedan bett medlemsländerna stödja WHO:s an-

strängningar att uppnå målet och önskat att det formulerades en global hälsostrategi. Ett led i dessa strävanden är den strategi för Europa som WHO:s regionala kontor låtit utarbeta också i en populärversion. Bakom strategin står 25 europeiska stater.

Bakgrund

Insatserna för att förbättra hälsoläget har kraftigt ökat i de europeiska länderna under efterkrigstiden. Ökningen har varit störst i länderna med det högsta välbefindandet, där insatserna i genomsnitt ökat från 4 procent av BNP till 10 procent, dock utan att hälsotillståndet nämnvärt förbättrats det senaste decenniet.

I-ländernas resurser har främst gått till sjukhusen, som utrustats med avancerad teknologi (röntgen, laboratorieutrustning, intensivövervakningssystem) för diagnostik och behandling.

Ser man utvecklingen i ett vidare tidsperspektiv har de senaste hundra årens medicinska och sociala utveckling betytt oerhört mycket för många sjuka. Den största förändringen ligger i att dödligheten i infektionssjukdomar i stort sett eliminerats i i-länderna. I u-länderna har emellertid fortfarande infektionssjukdomarna ett starkt fäste främst till följd av fattigdom och därmed bristen på mat, men också beroende på en dåligt utvecklad hälso- och sjukvård. Den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten för de 67 fattigaste länderna i världen är mindre än i-ländernas kostnader för lugnande medicin.

Grundläggande i i-ländernas sjukvårdsutveckling har varit en i och för sig naturlig prioritering av hastigt insättande sjukdomar. Både som patienter och medmänniskor överreagerar vi på sådana sjukdomstillstånd liksom vi gärna underreagerar på sjukdomstillstånd som utvecklar sig långsamt och som vi successivt kan anpassa oss till. I förlängningen av detta resonemang kan förklaringen ligga till svårigheten att få ett intresse för förebyggande insatser för sjukdomar som inte ens inträffat.

Vårdorganisationen har under efterkrigstiden fortsatt att ta hand om de sjukdomar som prioriterats då organisationen byggdes upp, det vill säga de dramatiska insjuknandena i akuta sjukdomar. Här kan vi inte bli mycket bättre. Trots detta läggs stora utvecklingsinsatser på att åstadkomma ytter-

ligare marginella förbättringar i stället för att ta itu med en rad andra problem som kräver lösning. Det gäller kroniska sjukdomstillstånd, till exempel de reumatiska sjukdomarna, det gäller handikapp, det gäller livsstilssjukdomar, till exempel missbruk: problem som den befintliga organisationen på något egendomligt sätt negligerar. Vi lägger ner mer pengar på att marknadsföra hundmat än på att studera självmord, som är den vanligaste dödsorsaken hos svenskar under 50 år.

WHO anser att de stora resurser som satts in i hälso- och sjukvården borde ha utträttat mer och att skälet till att vi inte åstadkommit så mycket är att resurserna snedfördelats på olika sätt:

1. Resurserna sätts in för sent i sjukdomsförloppen. De är koncentrerade till behandling och rehabilitering i stället för till förebyggande insatser. I Holland gick 1978 3 procent av hälso- och sjukvårdsresurserna till prevention och 58 procent till sjukhus.

Riskerna i den högteknologiska behandlingen som patienterna får på sjukhusen uppmärksammas inte tillräckligt.

2. Resurserna är inte lika tillgängliga för alla. De som bor närmast sjukhusen får mer än de som bor längre bort.

3. Trots de ständiga kostnadsökningarna och mångdubblingen av resurserna har europeernas hälsoläge inte förbättrats i takt med insatserna.

4. Stora nya sjukdomar har tillkommit som vårdapparaten negligerar. Det gäller sjukdomar till följd av livsstil och miljö. Samtidigt talar mycket för att även de stora folksjukdomarna åderförkalkning, som orsakar 50 procent av alla dödsfall och cancer, som orsakar 20 procent, till stor del är miljöbetingade.

5. Miljö- och livsstilssjukdomarna går att förebygga men det kräver aktiva insatser av varje medborgare. Som patient på storsjukhuset får den enskilda allt mindre inflytande över sina egna sjukdomar. Den komplicerade organisationen kräver att behandlingsbesluten fattas över den enskildes huvud.

6. Medborgarnas inflytande över hälso- och sjukvården blir allt mindre när organisationens komplexitet ökar.

Vidare påpekar man att vår långsiktiga hälsoplanering har stora brister. Vi tvingas hela tiden falla undan för krav på akuta insatser med ny teknik och ny

personal. Genom att vårdorganisationen fått sin tyngdpunkt i lasaretten kommer organisationen att passivt vänta på att patienterna utvecklar etablerade sjukdomar i stället för att vårdorganisationen aktivt tillsammans med de berörda får fatt i problemen, där de finns och uppstår. Detta kräver också samverkan med en rad andra samhällsorgan. En samverkan, som i dag är alltför rudimentär. Man konstaterar att sjukhusen är duktiga på att med avancerad teknik ta hand om de problem de får in i sina väntrum men att de inte gör något åt problemen innan dess.

Med tanke på ovanstående kan man fråga sig om den vårdorganisation som vi utvecklat passar för de nya hälso-problem som dykt upp och håller på att dyka upp. Det handlar alltså inte så mycket om att ifrågasätta vad sjukvården utträttat utan om den framöver kan utträtta det samhället förväntar sig med den befintliga organisationen.

WHO-strategin

WHO-strategin innebär inga märkvärdigheter men är en lösning på de problem vi har med hälso- och sjukvården: kostnaderna, de geografiska resurs- ojämligheterna, specialiseringen, svårigheterna att förändra systemet. Enkla lösningar kan dock ge stora sociala konsekvenser när de är tillräckligt fundamentala. Vem kunde i början på 1800-talet föreställa sig att flyttningen av några sysslor från hemmen till fabriker skulle förändra hela samhället? WHO-strategin har denna fundamentala karaktär, även om den har motsatt riktning, genom att den vill flytta ansvaret för den enskildes hälsa från professionella grupper till den enskilde och dennes närmaste genom att öka deras kunskaper, medvetenhet, ansvar för och inflytande över hälso- och miljöfaktorer.

Strategin omfattar tre punkter:

- Hälsa som ett sätt att leva
- Prevention av ohälsa
- Gemensam omsorg för alla

Taktiken är att utveckla hälsomedvetenhet och primärvård.

Man kan le åt WHO:s övergripande målsättning Hälsa för alla år 2000 eller kan man säga som Peter Hjort: "I Norge har vi seglat efter stjärnorna i flera hundra år, men vi har aldrig trott att vi skulle komma fram till dem."

Författarpresentation:

Inge Dahn, klinisk läkare.

Postadress: Vårdcentralen, 240 10 DALBY

INFORMATION I PRIMÄRVÅRDEN

Biblioteksservice i primärvården

BO BERGSTAD · INGER EDMYR · DAGMAR MOBERG ·
ASTRID ÖSTLUND

En viktig del i en verksamhet med föränderligt kunskapsinnehåll och utbildning av olika slag är en fungerande biblioteksservice. Tillvägagångssätt och uppbyggnad av en sådan i primärvården, Gävle sjukvårdsdistrikt, beskrives.

Nyckelord: Primärvård, information, bibliotek.

Biblioteksservice kan indelas i allmän och fackbiblioteksverksamhet. Vi avser här att presentera hur vi gått till väga när det gäller den sistnämnda delen i Gävle sjukvårdsdistrikt. Förslag från Falun har tidigare presenterats i denna tidskrift (1). I Stockholms läns landsting har en utredning gjorts om biblioteksorganisationen (2).

En viktig del i en verksamhet med föränderligt kunskapsinnehåll och utbildning av olika slag är en fungerande biblioteksservice. Sådan service till personal i primärvården har i vårt distrikt i stort sett varit obefintlig. Litteratur och tidskrifter har köpts in efter respektive mottagnings- eller enhets önskemål. Kunskap om vad som har funnits på närliggande enheter eller inom samma hälsocentral har ej funnits på överblickbart sätt. Efter diskussioner med sjukhusledning och biblioteksledning har resurser ställts till förfogande för inköp och katalogisering av all litteratur och detta har inneburit klara förbättringar.

Primärvårdens personal arbetar utspridda vilket ställer stora krav på en fungerande biblioteksverksamhet för att nya tankar och kunskaper skall vinna spridning. Vi vill med denna artikel fästa uppmärksamhet på denna viktiga del i utbyggnaden av primärvården men samtidigt en service som är lätt att glömma bort. Viktigt är att man redan i planeringsfasen av en hälsocentral eller mottagning påverkar lokalers utformning så att bra förutsättningar för biblioteksverksamhet möjliggörs. Detta har ej skett i vårt distrikt hittills och det innebär att man i efterhand får försöka skapa mer eller mindre provisoriska "lokala bibliotek".

Expeditionsföreståndarna ansvarar för all litteratur inom hälsocentralernas verksamhetsområde och sköter ut-

låning. Litteraturlistor skickas till alla mottagningar och där anges vilken litteratur som finns och var den finns. Efter en inledande storinventering ges information genom en tilläggslista över litteratur som tillkommer i framtiden.

Bibliotekariens synpunkter

Våren 1983 började medicinska biblioteket i Gävle sjukhus försiktigt erbjuda primärvården samma typ av service som ges den slutna vården. Servicen innebär att biblioteket hjälper till med inköp och utlåning av böcker, tidskrifter och artiklar. Det mest svårösta problemet var hur vi skulle nå och kunna hålla kontakt med alla primärvårdsenheter. De är så geografiskt spridda. Den första hörnstenen i arbetet blev en inventering av befintliga böcker. Sjukhusbiblioteket hade ej resurser att resa runt för inventering utan sände i stället listor via öppenvårdsexpeditionen till mottagningarna. Vi vände oss i detta skede till biblioteksövan personal. Därför bifogade vi kopior på en titelsida med baksidan ur en bok och visade på så sätt de uppgifter biblioteket måste ha för kunna identifiera boken.

Med listorna som underlag har vi gjort en kortkatalog och kan nu överblicka det samlade litteraturbeståndet i Gävles primärvård. Vi kan söka en bok via författare, titel och ämnesområde. Det går också att slå via "placementsstället" och på så sätt se vilka böcker som finns på en speciell enhet. Hos ansvarig expeditionsföreståndare finns en kortkatalog över enhetens egna böcker. Om enheterna lånar böcker av varandra i stället för att köpa egna böcker, om detta inte är absolut nödvändigt, räcker pengarna till fler bokinköp.

Systemet är ej riktigt inarbetat ännu och resurserna små, men med tiden hoppas vi kunna arbeta fram en biblioteksorganisation för primärvården som liknar den inom den slutna vården.

Expeditionsföreståndarens synpunkter

I den inventering jag deltog i var målet att ta reda på vilken litteratur som finns inom primärvården och vidare att få fram kontaktpersoner på mottag-



Pigluxation i primärvård

STEN LARSSON

Pigluxation, det vill säga subluxation av capitulum radii, förefaller vara ett vanligt tillstånd i primärvård i storstäderna. Patogenes, symptomatologi och behandling beskrivs kortfattat.

Nyckelord: Fallbeskrivning.

Om man drar ett småbarn i armen uppstår lätt en subluxation av capitulum radii som förskjuts framåt i förhållande till humerus. Barnet slutar att använda armen och markerar ibland, men inte alltid, smärta. Traumat kan vara så ringa att föräldrarna inte uppfattar att det har hänt en olycka.

Tillståndet måste vara mycket vanligt. Under cirka tre års tid har jag vid

Matteus vårdcentral sett fem fall. Detta skall ses mot bakgrunden att distriktet är mycket barnleget och den barnkirurgiska akutmottagningen närliggande. Vid barnklinikernas akutmottagning söker dagligen flera barn med pigluxation.

Enligt min erfarenhet är det vanligt att man misstolkar tillståndet. Det är dock lätt att undvika denna fadäs om man alltid utför den mycket enkla repositionsmanövern som led i undersökningen av ett barn som inte vill använda sin arm. Tummen placeras över capitulum radii som pressas lite bakåt samtidigt som man pro-supinerar handen. Man känner ett tydligt knäpp under tummen när subluxationen hävs. Barnet förses med någon lämplig lek sak och efter cirka fem minuter kan man observera hur barnet leker och

använder båda armarna. Föräldrarna tror att handpåläggning har återintroducerats i sjukvården som behandlingsmetod.

Troligen är pigluxation vanligare i storstäderna där föräldrar måste springa i trappor med matkassen i ena handen och barnet i den andra. En annan vanlig olycksfallssituation är när barnet är på väg ut i trafiken eller mot något annat farligt varvid den vuxne blir rädd och rycker till i ena armen. Självklart händer det också under lek eller när barnet trilskas. Dessa senare situationer är kanske lika vanliga på landsbygden?

Författare:

Sten Larsson, distriktsläkare.

Postadress: Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm

ningarna. Dessas uppgifter är att svara för litteraturen och se till att katalogerna hålles aktuella. Till att börja med var jag ett par dagar på medicinska biblioteket, Gävle sjukhus, för att se hur kataloger är uppbyggda. Efter detta har jag åkt runt till alla mottagningar i distriktet och plockat fram böcker som fanns och dessa stämplades. Böcker som ej var katalogiserade skickades till medicinska biblioteket för att få den detaljen ordnad. Det hände också att det fanns katalogkort men ingen bok.

På läkarmottagningarna har expeditionsföreståndarna blivit ansvariga för katalogen. På mottagningar (exempel-

vis distriktssköterskemottagningar) utan sådan föreståndare fick någon annan intresserad person åta sig uppgiften. På den hälsocentral där jag är verksam har vi en hylla med mottagningens samlade böcker. Uppslagsböcker som används dagligen finns ute på mottagningen. Barnavårdcentralens, sjukgymnastikens och distriktssköterskans litteratur finns på respektive mottagning men korten förvaras hos mig så att vi snabbt kan se om en efterfrågan bok finns inom hälsocentralen.

Litteraturreferenser

1. Holmqvist Bengt, Tellander Per-Olov: primärvården behöver biblioteken. Allmänmedicin 1983:4:272-273.

2. Primärvårdens biblioteksorganisation inom hälso- och sjukvårdsnämnden. Råd och anvisningar, Stockholms läns landsting. Hälso- och sjukvårdsnämnden, centrala förvaltningen.

Författarpresentation

Bo Bergstad, distriktsöverläkare, Gävle sjukvårdsdistrikt.

Inger Edmyr, bibliotekarie, Gävle sjukhus.

Dagmar Moberg, öppenvårdsföreståndare, Gävle sjukvårdsdistrikt.

Astrid Östlund, expeditionsföreståndare, Bomhus hälsocentral, Gävle.

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.

Integrerad friskvård på vårdcentral

KENNERT LENHOFF · BJÖRN LILJEKRANTZ

Sedan 1983 har försök till aktiv integrerad hälsoupplysning skett vid vårdcentralen i Rödeby. Ingen speciell personal har anställts för denna uppgift, utan arbetet har fördelats mellan olika anställda inom vårdcentralen.

Nyckelord: Hälsovård, primärvård, friskvård.

Inledning

Rödeby är beläget 1,5 mil utanför Karlskrona. Det är en villaförort med stor omgivande landsbygd. Vårdcentralen betjänar ett upptagningsområde på 10 500 invånare. Tre läkartjänster finns, varav 1-2 varit besatta av ordinarie innehavare. I övrigt har funnits en god utbyggd hemsjukvårdsorganisation samt ett sjukhem om 60 platser.

1982 förbereddes försök till mer aktiv hälsoupplysning. Rödebymodellen skulle innebära att ingen speciell personal anställdes för friskvårdsarbete. I stället skulle varje anställd känna att det ingår som en integrerad del att arbeta med friskvård. En del personal hade redan visat intresse och skulle kunna bli aktiva gruppleddare i gruppverksamheter.

Landstinget tilldelade oss en summa på 250.000 kronor, varav cirka 50.000/år har använts till bland annat löner, utbildning och viss utrustning.

UTBILDNING

Januari 1983 bildades en arbetsgrupp för friskvård. Denna består av primärvårdsföreståndaren, som tillika är projektledare, vårdcentralens ordinarie distriktsläkare, en mottagningssköterska, en distriktssköterska och två sjukgymnaster. Ett delmål blev att skapa en positiv anda till friskvårdsarbete inom vårdcentralen. Med den föresatta genomförde vi en internatutbildning för personalen, c:a 25 stycken, om 2+1 dagar. Vi lärde oss bearbeta attityder, samt fick upplysningar om friskvård. Dag tre utkristalliserades arbetsgrupper som utarbetade aktivitetsprogram. Ledare för varje arbetsgrupp utsågs inom områdena kost, motion, tobak, ryggmotion och avslappning. För att få ytterligare utbildning har några anställda deltagit i socialstyrelsens UHU-kurs. Vissa av oss har gjort studiebesök i Vara, Västerbotten och Växjö. En mottagningssköterska har

genomgått 6-poängs högskoleutbildning i hälsoupplysning.

Utåtriktad verksamhet

Väntrummet har konstant haft utställningar med olika teman som kost, motion, tobak, alkohol, egenvård och information om olika friskvårdsaktiviteter i samhället. Materialet har producerats av personalen själv och man har bytt tema var tredje månad. En succé har varit en särskild friskvårdspärm som finns i varje undersökningsrum. Materialet i denna är helt och hållet producerad av vårdcentralens personal. Denna är flitigt läst och ofta ivrigt kommenterad av patienterna när de möter sin distriktsläkare.

Distriktsläkaren har, ibland tillsammans med personal från vårdcentralen, föreläst om riskfaktorer och friskvård för skolklasser, lärarkollegium, studieförbund, idrottsföreningar, pensionärsföreningar och även deltagit i lokalradion.

Distriktsläkaren tillika skolläkare har även varit kontaktperson mellan skolan och vårdcentralen. Skolan har haft en egen friskvårdsgrupp bestående av lärare och visst samarbete har etablerats mellan denna och vårdcentralens personal. Vårdcentralens sjukgymnaster har föreläst om ergonomi och ryggskola för lärarkollegiet. Mottagningssköterskan har föreläst om rökning.

Individuell rådgivning

Distriktsläkarens möjligheter att påverka och informera om hälsovård och friskvård är unik i det individuella patientarbetet. Kontaktersakerna är ofta varierande och därmed även infallsvinklarna till samtal om riskfaktorer många. Ett konstant problem är dock självfallet tidsbristen. Att under ett 20-minuters besök kunna kartlägga och informera om olika riskfaktorer är omöjligt. Tidsbristen brukar dock kompenseras av kontinuiteten, det vill säga att man träffas många gånger. Rödeby har dock som många andra vårdcentraler lidit brist på allmänläkare. Intresset för prevention har varierat mellan olika läkare. En aktiv friskvårdssatsning har därför ej kunnat baseras på läkare. Det betyder dock ej säkert en nackdel, övriga personalgrupper har visat sig kunna göra väl så goda insatser. Mottagningssköterskorna har till alla intresserade erbjudit individuell rökavvänjning. Överviktiga personer

har hänvisats till distriktssköterskor eller mottagningssköterskor för kostrådgivning och vägning. Individuell avslappning och ryggträning har erbjudits vissa patienter av sjukgymnasten. Målsättningen har varit att informera varje ny läkare om vilka aktiviteter som funnits så att han kunnat slussa patienten vidare. En viktig del har dock även varit gruppverksamheten.

RÖKAVVÄNJNING I GRUPP

5 rökavvänjningsgrupper har avslutats. Våra 2 mottagningssköterskor har växlats som gruppleddare. De flesta patienterna hade flera misslyckade rökstopp bakom sig. Varje grupp inleds med individuella samtal. Antalet träffar är 8 stycken och sker på kvällstid, 2 gånger per vecka första 2 veckorna och därefter 1 gång per vecka.

Dessutom uppföljningsmöten efter 3, 6 och 12 månader. Antalet deltagare är 5-10 per grupp och 1-års uppföljningen på de 3 första grupperna visar att cirka 30 procent är rökfria. Detta stämmer ganska väl överens med tidigare redovisade resultat (1) (2).

I de 2 senaste genomförda grupperna var maj -85 60 procent rökfria efter 3 respektive 6 månader. Dessutom tillkommer "ringar på vattnet"-effekter, minst 10 anhöriga/vänner till gruppmedlemmarna har slutat samtidigt.

KOSTUPPLYSNING I GRUPP

Patienterna i dessa grupper rekryterades från läkarmottagningen. I allmänhet förelåg en kraftig övervikt. En distriktssköterska samt undersköterskor var gruppleddare. Patienterna undersöktes individuellt av distriktsläkare med inventering av riskfaktorer inkluderande mätning av blodtryck och blodfetter. 3 grupper med genomsnitt 10 deltagare genomfördes, 10 möten per grupp. Information om näringslära i omgångar, motionsinformation och information om riskfaktorer presenterades. Viktkontroller utfördes självfallet vid varje möte, den initiala viktnedgången var relativt god men vid uppföljningsmöten hade flertalet återtagit sin ursprungliga vikt eller uteblev från uppföljningen. Dessa resultat var ej helt oväntade, då tidigare rapporterats att 90 procent av bantarpatienter återgår till tidigare övervikt. (3) Vi lade stor vikt vid kostinformationen. Vi noterade dock att våra patienter redan hade mycket goda kunskaper om nä-

ringsslära. Många hade exempelvis varit med i Viktvaktarna. Det var i allmänhet inte kunskaperna som fattades utan motivationen. Vi har därför nu omorganiserat kostverksamheten. I december -84 gick vi ut med information i samhället om att den som önskar får komma för kostinformation och vägning. Verksamheten bedrivs som en poliklinisk öppen mottagning 1 kväll per vecka för vägning och kostinformation. Denna har varit mycket uppskattad. Någon resultatvärdering har ännu inte gjorts på denna verksamhet.

RYGGMOTION I GRUPP

De flesta patienter med ryggbesvär skickas till ryggskola. Efter ryggskolan kvarstår dock besvären för den del patienter som lämnas utan stöd med ofta passiviserande inaktivitet och långa sjukskrivningar. I friskvårdsverksamhetens regi startade därför en av sjukgymnasterna en ryggmotionsverksamhet med 8 deltagare vilka hade haft långa sjukskrivningsperioder bakom sig på grund av ryggbesvär. Patienterna har tränats i styrka, uthållighet och koordination med hjälp av redskap för medicinsk träningsterapi. Under de 3 terminer gruppen varit verksam har en deltagare haft perioder av sjukskrivning. Övriga deltagare har varit i arbete! Gruppdeltagarna har upplevt verksamheten så positivt att ingen velat sluta, ett problem har därför varit att bereda nya deltagare plats. En ny grupp har dock nyligen startats.

AVSPÄNNING I GRUPP

Avspänningsövningar i grupp bedrivs i Rödeby på friskvårdsanslaget, och därmed har gruppverksamheten förlagts på kvällstid för att kunna bereda plats för yrkesverksamma människor. Rekryteringen sker via remiss från läkarmottagningen. Vanligaste remissanledning är spänningshuvudvärk och nackmyalgi.

Efter individuell undersökning och träning av sjukgymnast som är ledare går man in i avslappningsgrupp som består av 6-10 deltagare. Det har varit cirka 7 träffar per grupp. Syftet är att lära ett program för fortsatt träning i hemmet. 40 patienter har hittills deltagit.

DISKUSSION

Den nya Hälso- och sjukvårdslagen innebär ett åliggande för sjukvården att arbeta preventivt. Primärvården har huvudansvaret. Rödeby vårdcentral har aktivt försökt integrera prevention i sitt arbete liksom många andra vårdcentraler. Inga speciella hälsoupplysare har anställts. Vi anser att en viss fara ligger i detta då övrig primärvårdspersonal kan avhända sig ansvaret för prevention. Även "Rödeby-modellen" innebär dock svårigheter. Ständigt återkommande problem är självfallet att sjukvårdsarbetet alltid tenderar undantränga all annan aktivitet. Våra intentioner att helt integrera friskvården

i det dagliga arbetet har därför i viss mån misslyckats. Exempelvis har grupparbetena förlagts på kvällstid oftast som övertid för personalen. Framtagandet av material till undersökningsrum, väntrum med mera har dock oftats kunna ske på arbetstid, på lediga stunder. Individuell patientrådgivning likaså. En lyckad satsning var en initial 3-dagarsutbildning i friskvård för hela personalen. En ständig påbackning för att motivera arbetet är dock nödvändigt. Ett bra instrument för detta har varit vårdcentralens speciella arbetsgrupp i friskvård där man vid varje möte avrapporterat verksamheterna.

Vi har inte satsat på speciella motionsaktiviteter. Anledningen är att inom samhället finns en omfattande idrottsverksamhet. Vi har istället gjort en förteckning över alla motionsaktiviteter som finns, med namn på kontaktpersoner inom varje idrottsaktivitet, som varje läkare kan använda sig av för att hänvisa patienten till, typ Sörmlandsmodellen (4). Denna har dock blivit mycket lite utnyttjad. De patienter som ansetts vara mest i behov av motion verkar vara svåra att få in i befintliga motionsaktiviteter. Det är möjligt att vårdcentralen får utvidga sin verksamhet även till speciella motionsgrupper i framtiden.

Den individuella rådgivningen liksom gruppaktiviteterna når trots allt en liten andel av befolkningen. Viktigare är troligen den utåtriktade verksamheten samt de på "ringar på vatten"-effekter som uppstår i en friskvårdsverksamhet. Effekten av detta är dock svår att mäta i konkreta termer. Vi har en känsla av att massmedias intresse för friskvård och livsstilens betydelse för hälsan håller på att avmattas.

Primärvården har den unika möjligheten att inom en tidsperiod nå större delen av befolkningen. Vi anser att en positiv inställning till preventivt arbete först måste skapas hos den egna personalen och att därför alla skall få en chans till utbildning. Då finns en förutsättning för att denna positiva inställning till friskvård kan spridas till befolkningen inom upptagningsområdet (5). För att stärka denna anda har nu personal inom primärvårdsområdet påbörjat kursverksamhet i friskvård i ett studieförbunds regi, med primärvårdsföreståndaren som kursledare, i syfte att föra ut verksamheten även till distriktssköterskemottagningarna. Eftersom denna sker under arbetstid uppstår vissa kostnader. Totalt sett upptar dock friskvårdsarbetet mycket ringa andel av kostnaderna satt i relation till kostnaderna för sjukvård.

Referens:

1. Lindqvist R: Hur går det för våra rökavvänjningspatienter? *AllmänMedicin* 1982; 2:74-75.

2. Ovhed I: Effekten av olika rökavvänjningsmetoder. *Läkartidningen* 1980; 77:3406-08.

3. Björntorp P, Rössner S: Bantning av medicinskt intresse? *Läkartidningen* 1983; 80:4883.

4. Halth M: Lägesrapport och framtidsfunderingar om projektet "Kost och motion genom öppenvård" i Sörmland. *Södermanlands läns landsting, Informationsavdelning* 1980.

5. Östby N: Hälsoupplysning på vårdcentral. *Socialmedicinsk tidskrift* 1978; 7-8:388-392.

Författare:

Kennert Lenhoff, distriktsläkare vid Rödeby vårdcentral till oktober -84, numera Lyckeby vårdcentral.

Björn Liljekrantz, primärvårdsföreståndare vid Rödeby vårdcentral.

Mottagningsköterskan – en underskattad resurs på vårdcentralen

BIRGER GRAN

En studie av den del av mottagningsköterskornas arbete som inte innebär bokning av läkarbesökstid för patienten har utförts vid Örnässets vårdcentral i Luleå. Vid vårdcentralen har en långt gående delegering av arbetsuppgifter medfört ett mångskiftande arbete för denna personalkategori. Vårdcentralen är indelad i tre vårdlag och en hög grad av kontinuitet kan utläsas även för sjuksköterskekontakterna.

Nyckelord: Primärvård, mottagningsköterska.

Ett flertal artiklar har under årens lopp beskrivit verksamheten på vårdcentralernas läkarmottagningar. Huvudparten av dessa har tagit sin utgångspunkt i läkarens arbete. De har beskrivit patientstruktur, diagnosfördelning, remissfrekvenser och kontinuitet mm utifrån läkarens perspektiv.

Men detta perspektiv är begränsat, och det material som beskrivs är inte representativt för den befolkning som vårdcentralen betjänar. En viktig selektion har nämligen utförts av mottagningsköterskan/patientmottagaren, som har instruktioner att utföra en sällning av patientflödet. Till läkarbesök bokas de vårdsökande som bedöms ha störst behov av läkarens utvidgade medicinska kunskaper.

Tekniken för sällning och omhändertagande av dem som inte får plats i läkarens tidbok varierar högst avsevärt, beroende på lokala traditioner och rutiner, belastning (antal vårdsökande) mm. Kompendier eller "lathundar" för patientmottagarfunktionen finns utarbetade. Ju tyngre belastning primärvården utsätts för desto längre har man tvingats gå på olika håll i att utveckla delegeringsförfarande för att klara av vardagsjukvården.

Artikeln utgör ett försök att ge en liten inblick i den del av mottagningsköterskans arbete, som inte medför att läkarbesökstid bokas. Som framgår av det material som presenteras är det en omfattande verksamhet som bedrivs vid våra vårdcentraler vid sidan av de läkarbesök som avspeglas i den traditionella landstingsstatistiken.

Bakgrund

Örnässets vårdcentral i Luleå öppnades oktober 1974, och avsågs vid starten att bemannas med 5-7 distriktsläkare för ett befolkningsunderlag på cirka 20.000 invånare. Denna orimliga be-

lastning har under årens lopp framtvingat långtgående försök med delegering och samverkan. En uppdelning av området till två vårdcentraler genomfördes 1981, då bostadsområdet Hertsön fick en egen läkarmottagning. Det upptagningsområde som kvarstod för Örnässets vårdcentral omfattar nu 10.500 invånare.

Våren 1984 genomfördes vårdlagsorganisationen på läkarmottagningen. Detta innebar att den tidigare otympliga gemensamma tidsbeställningsrutinen och jourmottagningen bröts upp i tre separata "mottagningar", med var sin korridor i läkarmottagningen. Vårdlagets sköterska fick sin egen expedition, ett sjukvårdsbiträde och en läkarsekreterare fördelades för vardera vårdlaget. Laboratorie- och kassafunktion behölls gemensam.

Distriktsvården hade redan tidigare anpassats till vårdlagens geografiska gränser, och den nya uppdelningen medförde att varje distriktssköterska nu fick ett vårdlag på läkarmottagningen att samarbeta med.

Befolkningsunderlaget för de tre vårdlagen är följande:

Rött vårdlag (Skurholmen, Bredviken):	4.215
Grönt vårdlag (Örnäset):	3.142
Blått vårdlag (Malmudden, Svartöstan):	2.964

Material och metod

En undersökning av mottagningsköterskornas arbete bör göras under så realistiska förhållanden som möjligt. Därför valdes en teknik som så lite som möjligt skulle påverka hennes arbete, ta så lite tid som möjligt i anspråk. Under en månad (23 november-23 december 1984), eller 21 arbetsdagar, ombads läkarmottagningens sköterskor att skriva en "RP-blankett" (= registrering-planering) för alla patientkontakter, och att spara dem som inte föranledde läkarbesök för speciell bearbetning.

Av redovisningen framgår att flertalet av kontakterna avsåg åtgärder utförda av sköterskan med patienten närvarande på mottagningen. En mindre del avsåg rådgivning per telefon.

Ingen speciell mall hade upprättats eftersom syftet enbart var att ge en mycket översiktlig bild av verksamheten utanför läkarbesöken. Av detta skäl varierar också tekniken för ifyllandet något, och för ett fåtal blanketter saknas även uppgift om födelsedata och eller kön. I följande sammanställ-

ning redovisas "Ej uppgift" då sådana uppgifter saknas.

Sammanlagt 917 blanketter (kontakter) samlades in under dessa 21 dagar, och dessa summerades sedan avseende kontaktdatum, ålder, kön, aktuell sjuksköterska (signatur), kontaktorsak eller identifierbar diagnos, åtgärd av sjuksköterskan.

För att undvika risken för godtyckligt dubbelregistrering av åtgärder har endast en åtgärd räknats med för varje besök (i själva verket utförs ju ofta flera åtgärder, tex sker ofta mätning av blodtryck och provtagning på laboratoriet etc). En del kontakter har undgått registrering. Speciellt gäller detta för blått vårdlag då ordinarie sköterska schemalagts ledig en dag per vecka. Denna redovisning bör alltså uppfattas som en miniminivå, som syftar till att visa tendenser och inte ge en heltäckande bild.

Resultat

Besöksantal per dag

Det genomsnittliga antalet besök/dag hos mottagningsköterskan i respektive vårdlag framgår av följande tabell.

Rött vårdlag	18,43	($\pm 3,44$)	$p = 0,01$
Grönt vårdlag	14,19	($\pm 3,22$)	$p = 0,01$
Blått vårdlag	10,95	($\pm 3,02$)	$p = 0,01$
Hela mottagningen	14,52	($\pm 2,07$)	$p = 0,01$

Satt i relation till befolkningsunderlaget i respektive vårdlag fås följande promilleetal fram för antal kontakter/dag:

	Kontakter/dag	Promille av bef. tal
Rött vårdlag	18,43	4,4
Grönt vårdlag	14,19	4,5
Blått vårdlag	10,95	3,7

Som synes är det alltså en relativt jämn fördelning av kontaktantalen om man tar hänsyn till den något ofullständiga rapporteringen från blått vårdlag.

Rött vårdlag

I det följande görs en beskrivning för det "röda vårdlaget" av ett antal parametrar för att beskriva sköterskekontinuitet, könsfördelning och ålder för patienterna. Diagrammen är försedda med kommentarer, vilka även gäller för de övriga två vårdlagen. I tabellform visas sedan (för alla tre vårdlagen) fördelningen av de åtgärder som vidtagits av sköterskan.

a) Kontinuitet i patientkontakten

Fördelningen av kontakter på de sköterskor som tjänstgjort i vårdlaget under tidsperioden framgår av *diagram 1*. Sign. KS svarar för 251 av de 387 kontakterna, vilket är 65 procent. Detta är en något lägre andel än för motsvarande "ordinarie mottagnings-sköterska" i de två andra vårdlagen. I de två andra vårdlagen svarade en sköterska för 92 procent respektive 87 procent av samtliga patientkontakter.

b) Ålders- och könsfördelning

Såväl totalt som i respektive vårdlag finns för samtliga vårdlag en markant övervikt av kvinnor bland de vård-sökande (se *diagram 2*). Mest markant är denna könsskillnad i åldersgruppen 45-64 år. Märk även att mycket få barn under 15 år tillhör detta material. Ytterligare kommentarer till detta följer under avsnittet Diskussion.

c) Åtgärder, en per kontakt redovisas

I *tabell 1* redovisas för varje patientkontakt den huvudsakliga åtgärd som mottagnings-sköterskan vidtagit. De tre sista "åtgärderna" avser patienter där ingen annan definierad åtgärd vidtagits än medicinsk rådgivning och meddelande om bedömning av när/om ny kontakt bör tas av patienten.

Här följer ytterligare förklaring och kommentarer till vad de olika åtgärderna står för:

Recept:

Sjuksköterskan har i huvudsak gjort bedömningen att recept kan utfärdas. Läkaren tar slutgiltig ställning och undertecknar receptet som sjuksköterskan utfärdat.

Sjukintyg

Fungerar på motsvarande sätt som för recept.

Vaccination

En extrem och ovanlig topp av polio-vacciner på grund av den pågående epidemin i Finland, och många som planerade Finlandsresor under julhelgen. För övrigt framför allt gammaglobulininjektioner och enstaka difteri och tetanus.

Tabell 1.

Tabellen visar för vardera vårdlaget (Röd, Grön, Blå) andelen för respektive åtgärdsgrupp.

	R	G	B
Recept	73	34	21
Sjukintyg	22	9	13
Vaccination	43	39	33
BT-mätning	43	46	24
Spola öra	10	7	6
Audiogram	6	7	6
Tonometri	8	1	0
Omläggning	6	0	0
Svalgodling	12	5	4
Urinprov	14	8	6
Hänvisning	20	6	9
Administration	24	27	15
Övriga åtgärder	24	29	9
"I morgon"	25	18	20
"Senare"	17	17	11
"Ej tid"	40	49	53

Svalgodling

Sköterskan har bedömt halsen hos en patient med symptom från halsen och kompletterat sin bedömning med en svalgodling. Resultatet går sedan till läkaren för slutlig bedömning och eventuellt recept.

Urinprov

En första bedömning av patienter med urinvägsbesvär görs av sköterskan. Urinprovtagning till olika nivåer enligt fastställt vårdprogram.

Hänvisning

Till lasarettsklinik, jourcentral, distriktssköterskemottagning m.m.

Administration

Åtgärder av icke-medicinsk natur, svar på frågor eller förmedling av kontakter.

Övrigt

Summan av en stor mängd övriga uppgifter, som utförs enstaka gånger av en sjuksköterska under perioden. Dessa åtgärder kan vara tex guldinjektion, antabusmedicinering, Peek flow-mätning, gonorré-behandling, TT-svar, kondylompenning, steristrip-tejpning av sår, suturtagning etc.

"I morgon", "Senare", "Ej tid":

Detta avser de patienter som ej fått någon annan åtgärd utförd förutom rådgivning. Ett rimligt antagande är att

dessa patienter i stor utsträckning sökt för att få en läkartid. Sjuksköterskan har bedömt patientens klagomål eller frågor, givit råd och besvarat frågor. "I morgon" betyder att patienten uppmanats återkomma följande dag för att då eventuellt få en jourtid hos läkare. (Ibland kommenteras också att patienten ej hört av sig följande dag.) "Senare" betyder att sköterskan bedömt att behov av läkarkontakt kan föreligga men att mottagningen för närvarande är fullbokad och patienten rekommenderas återkomma nästa månad för att beställa tid. "Ej tid" betyder att sköterskan ej ansett att patienten över huvud taget behöver ha någon läkartid.

Fördelningen mellan åtgärder i de olika vårdlagen har prövats för att konstatera eventuella skillnader mellan vårdlagen. Enkel chi-två-test har använts. Vid såväl test av hela åtgärds-listan som när alla åtgärder utom de tre sista slås samman, blir skillnaden i fördelning signifikant ($p=0,001$ respektive $p=0,01$).

Diskussion

1) Antalet kontakter i genomsnitt per dag varierar avsevärt mellan vårdlagen, men skillnaden utjämnas till stor del om hänsyn tas till befolkningsunderlaget. Detta styrker uppfattningen att sjuksköterskeresurserna vid vårdcentralen skall dimensioneras efter befolkningsunderlaget, och inte (som ofta gäller) efter antal läkare i tjänst.

2) Det är en avsevärd insats som uträttas av sjuksköterskorna när i genomsnitt inemot 20 kontakter per vårdlag dagligen klaras av utan att läkarbesök bokas. Skulle motsvarande arbete uträttas av läkare skulle minst en läkartjänst till per vårdlag behöva inrättas.

3) På det hela taget kan befolkningen i respektive vårdlags upptagningsområde sägas ha en mycket god kontinuitet med "sin" vårdlagssköterska. Då under normala fall upp emot 90 procent av kontakterna handläggs av vårdlagets ordinarie mottagnings-sköterska samlar hon en avsevärd personkunskap och erfarenhet om sitt upptagningsområde. Det är väsentligt att den erfarenheten och personkännedomen utnyttjas på ett konstruktivt

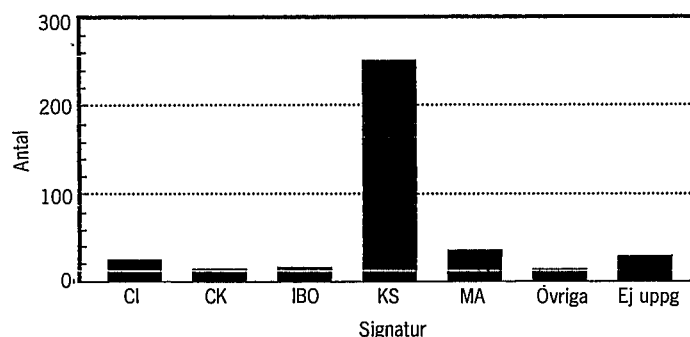


Diagram 1. Fördelning av kontakterna i "röda vårdlaget" på olika sjuksköterskor under perioden.

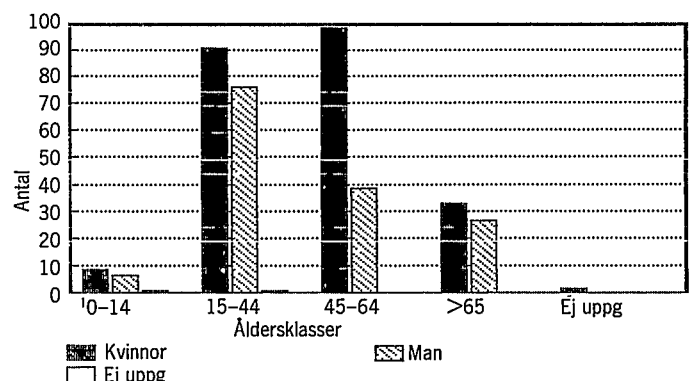


Diagram 2. Ålder- och könsfördelning för de patienter som enbart haft sköterskekontakt.

sätt i planeringen och ledningen av arbetet.

4) Den markanta könsskillnaden som observerats i alla åldersklasser, för vårdsökande som ej bokats för läkarbesök, kan vara värd ytterligare utredning. Man kan spekulera i vad denna snedfördelning beror på. Är kvinnorna oftare "lindrigt" sjuka, så att sköterskans råd och åtgärder räcker? Eller har kvinnor en reellt större sjuklighet, men låter sig lättare "avvisas" av en (kvinnlig) mottagningssköterska? Fler intressanta frågor kan formuleras kring denna observation.

5) I detta material ingår mycket få barn under 15 år. Detta kan troligen förklaras med att när barn har lindriga åkommor kontakter föräldrarna i huvudsak sköterskan på BVC. Vid allvarigare sjukdomstillstånd kommer de till läkarmottagningen, och bokas då in för (vanligen akut) läkarbesök.

6) Den stora bredden i åtgärder antyder att mottagningssköterskan har ett mycket brett register i sitt handläggande av patienterna som söker vårdcentralens läkarmottagning. Varierande mellan cirka 10–20 procent av kontakterna medför ställningstagande till receptförförskrivning. Omkring 5 procent av kontakterna gäller förlängning av sjukskrivning och cirka 10–15 procent avser vaccinationer och injektion av gammaglobulin. Så mycket som 10–15 procent av kontakterna gäller blodtryckskontroller.

Cirka 6–9 procent av de vårdsökande som ej får läkartid, ombeds återkomma påföljande dag (i fall symptomen ej går tillbaka). Cirka 5 procent ombeds komma igen senare, som regel nästa månad, för att då beställa läkartid. Mellan 10–23 procent av kontakterna bedömdes ej behöva läkarvård över huvud taget (under aktuell läkarbemanningssituation).

Skillnaden mellan vårdlagen i bedömning av denna grupp är signifikant, och kan motivera ytterligare åtgärder för att diskutera handläggningen av dessa situationer, och för att ytterligare öka mottagningssköterskornas utbildning i det svåra arbetet som patientmottagare och primär bedömare av de vårdökandes vårdbehov.

Sammanfattning

Under 21 arbetsdagar (23 november–23 december 1984) har de sköterskekontakter, som ej lett till bokad läkartid, registrerats i de tre vårdlagen på läkarmottagningen på Örnässets vårdcentral. De 917 kontakterna har bearbetats med avseende på ålder, kön, sjuksköterskekontinuitet och åtgärd av sjuksköterskan. En mycket väsentlig del av vårdcentralens totala vårdutbud utförs av eller förmedlas av denna personalkategori och en hög grad av kontinuitet i sköterskekontakten kan utläsas.

Författarpresentation

Birger Gran är distriktsläkare vid Örnässets vårdcentral i Luleå.

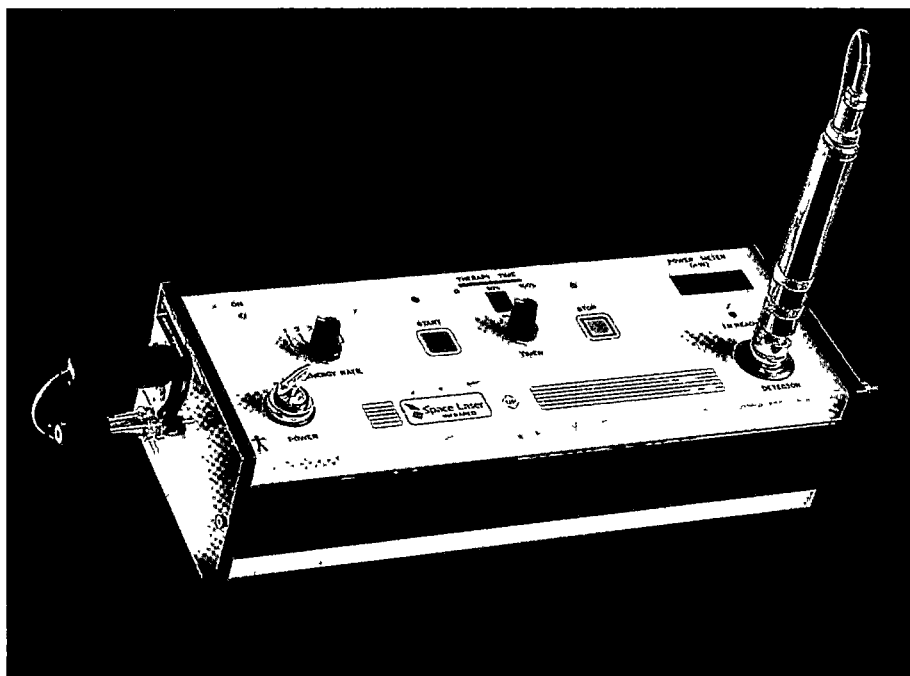
BEHANDLING

4306102

Laserbehandling inom öppenvård –

en studie av laser som sjukgymnastisk behandlingsmetod

ANDERS HÅKANSSON · CHRISTINA WIKLANDER



Medicinsk laser provas nu inom allt fler medicinska verksamhetsområden. I följande artikel redovisas resultaten av en pilotstudie där laser har använts inom sjukgymnastisk behandlingsmetod. Patientgruppen uppvisade många av de vanligaste sjukdomarna i muskulatur och leder.

Nyckelord: Primärvård, behandling, sjukgymnastik, laser.

Bakgrund

Sedan några år tillbaka använder man alltmer medicinsk laser för behandling, där de vanligaste användningsområdena är inom sportmedicin, ortopedi, sjukgymnastik, för behandling av tendinit och epikondyliter. Behandlingen används i Europa och provas sedan några år tillbaka även i Sverige.

Under maj–juni 1985 har nu en sk MID-laser i klassen 3B använts på Nykvarns vårdcentral av sjukgymnastiken på prov. Apparaten, av märket Space Laser IR/CEB-S, utlånades på prov av Nor-Art Medical AB. För att få använda den måste man följa samma skyddsföreskrifter som kirurgiska

laser, varför Strålskyddsinstitutets tillstånd behövs. Denna infraröda 3B-laser ger ett osynligt ljus, som penetrerar huden och tränger ner 3–5 cm i vävnaden under förutsättning att det finns tillräckligt med vävnadsvätska som leder laserljuset.

Laserljuset är fotonisk energi, en elektromagnetisk strålning som i tillräcklig energimängd har förmågan att höja elektronernas energinivå i de atomer som träffas av ljuset. När dessa elektroner återgår till sitt normala energitillstånd, frigörs energi i vävnaden. Energin frigörs i stora mängder på just det ställe som bestrålas.

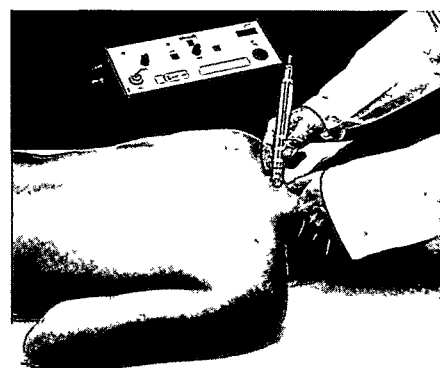
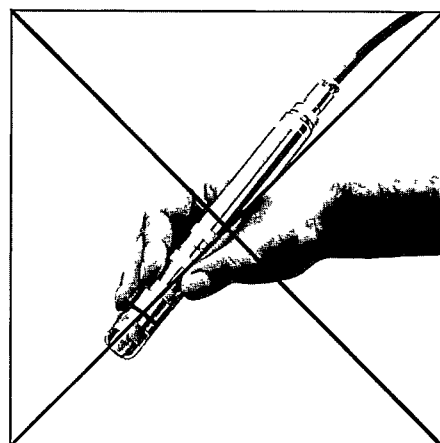
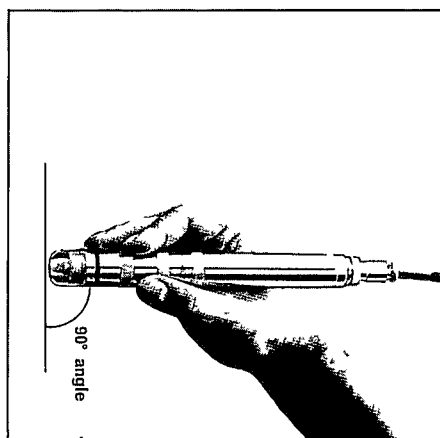
Erfarenhetsmässigt erhåller man effekt på symptom som smärta, ödem och inflammationer med medicinsk laser. Den exakta mekanismen varför det har effekt, har bara delvis klargjorts, men prostaglandinsyntesen anses påverkad, fosfatomsättningen ökas och tryckreglerande enzymer frigörs, som sannolikt ökar den venösa resorptionen. Man har kunnat påvisa frigörandet av endorfiner som vid TNS-behandling. Laserbehandling ger ofta momentant smärtlindring. Laserterapi användes även inom veterinärmedicinen, främst vad gäller tendinit och

belastningsskador i leder och kotpelare.

Vid behandling av människa behandlas flera av de ömma punkterna en gång per dag i 5-10 dagar, patienten får i allmänhet en smärtlindring redan vid första behandlingen. Behandlingen riktar sig både mot smärtplatsen och de sk triggerpunkterna.

Patientens upplevelse av behandlingen är att det känns som värme, patienten har nästan omedelbart smärtlindring som ökar närmaste timmarna efteråt och håller i sig cirka ett dygn. Oftast upplever patienten samma dag också trötthet.

Vid behandlingen riktar man ljuset vinkelrätt mot huden och använder en punkt-laser. För behandling av större regioner, såsom rygg och ländregionen, kan man använda en scannande laser som sveper över en större kroppsyta.



Pilotstudie

Under maj-juni 1985 prövades i klinisk praxis denna laserbehandling på 24 patienter på Nykvarns vårdcentral

Antal patienter: 24
Antal diagnoser: 26

	Antal diagnoser	Antal Förbättrade	Oförändrade	Kommentar
Myalgi:				
Nacke	3	3		
Skuldra	3	3		smärre rest- besvär 1
Biceps	1	1		
Pectoralis	2	2		
Akut/subakut lumbago	7	7		recidiv vid för tidig be- lastning 1
Cervical rhizopati	2	2		domningar kvarstår men smärtfria
Epikondylit	2	2		recidiv vid belastning
Achillestendinit	2	2		
Apicitis patellæ	1		1	diagnos ifrågasatt
Sacro-ilit	1	1		
RA små leder (dip)	1	1		
stora leder (knä)	1		1	

av sjukgymnasten. Patienterna valdes ut från ordinarie väntelista och diagnoserna var sådana att vi kunde förvänta oss effekt av behandlingen. Undersökningen har ej gjorts dubbelblind eller randomiserats, utan prövats i klinisk praxis. Behandlingsdiagnoserna har varit det som är vanligt förekommande inom öppen vård, såsom akut lumbago, ritzopathi från nacke, myalgibesvär från skuldror, axlar, epikondyliter, achillestendinit, myalgier i supra- och infrapinatus, trapetzius och pectoralis, reumatoid artrit både i stora och små leder.

Omhändertagandet från debut/diagnos fram till behandling varierade. Inom två veckor för fem patienter (akut lumbago, achillestendinit), tolv inom 6-8 veckor (myalgier, lumbago) och mer än tio veckor för sju med kroniska besvär (myalgier, epikondyliter, ritzopathi RA).

Vissa patienter har tidigare behandlats med ultraljud för samma symptom samt haft tidigare sjukgymnastisk behandling. Patienterna intervjuades efter behandlingen och undersöktes också med status.

I vår undersökning visade det sig att laserbehandling har god effekt bl a vid myalgibesvär och tendinit. Effekten är då nästan omedelbar, vanligtvis efter 3-4 behandlingar beroende på svårighetsgraden. Följaktligen har också patienterna med diagnosen akut lumbago också haft god effekt av behandlingen. Patienter med ritzopathibesvär från nacke och ländryggrad har haft gott resultat på smärta, men däremot har domningarna kvarstått. Patienter med tendinit och epikondyliter, som är belastningsorsakade besvär och som tidigare fått ultraljudbehandling, uppger att behandlingen med laser har snabbare effekt. De tillfrisknade fortare och med bättre kvalitet på utläkningen. Däremot återkom-

mer givetvis besvären vid fortsatt belastning.

Även patienter med mycket svåra besvär av myalgityp som tidigare behandlats med ultraljud har fått en betydande förbättring med laserbehandling. Lasern har också använts vid behandling av juvenil reumatoid artrit på knäleder hos en patient för att lindra smärtan, men har inte haft någon effekt. Däremot vid behandling av reumatoid artrit i de små fingerlederna har behandlingen haft effekt. En patient med sacroilit och värk lokaliserat bilat i ligilolumbale har också haft god effekt av behandlingen.

Diskussion

MID-lasern har här använts på öppenvårdspatienter i klinisk praxis och har visat sig ha effekt på framför allt akuta skador av typ myalgier, tendinit, epikondyliter. Den har där haft snabbare och bättre utläkning än med tidigare ultraljudsbehandling. God effekt har nåtts vid behandling av reumatoid artrit i små leder men däremot mindre effekt på stora leder. Ett antal patientbeskrivningar bifogas.

Litteraturreferenser kan erhållas från författarna.

WE

34-årig kvinna med två småbarn som hon ofta bär. Sökte 85-04-10 på grund av två månader successivt tilltagande värk lokaliserad framtill i muskulaturen på vänster axel samt till vänster i nacken. Ingen utstrålning i armen.

Status

Axlar: Vänster axel god rörlighet, viss smärtprovokation vid kontraktion i främre pectoralismuskel som ömmar lätt vid palp. Nacke: Lätt inskränkt sidoböjning höger med smärtprovokation paravertebralt vänster, ökad tonus, lätt palpömheter i trapetzius övre del på vänster sida.

Bedömning:

Skuldermyalgi, får remiss till sjukgymnastiken. Sex laserbehandlingar, fem punkter på trapetzius.

Behandlas med laser, patienten förbättras på laserbehandlingen och sista kontrollen den 12.6 mår patienten bra.

KE

Cyklad tre mil, därefter tilltagande värk och ömhet över akillessenan som smärtade vid gång och framför allt när hon försökte gå upp på tå eller trampa ned pedalen på cykeln. Ömmar distinkt mediala akillessenan.

Behandlas med två laserbehandlingar på fyra punkter, varvid patienten blir helt smärtfri och belastar fullt.

MK-A

Amatörjockey som voltat på galoppbanan med häst, landade på nacken, rullade tre varv. Låg på Danderyds ortoped två dygn, men har gjort röntgen på nackkotpelaren ett flertal gånger och det har varit normalt. Besvären muskulärt betingade. Muskulärt helt låst i nacken, ömmar rejält över trapezius bilat ned till occiputkanten över rhomboideerna.

Behandling: Behandlas med Scanning Laser 25 minuter över hela nacken, skulderpartiet en behandling, därefter två behandlingar med vanlig Laser på tio punkter cervikobrachialt.

Blev bättre redan efter första behandlingen, betydligt smärtlindrad, återfick det mesta av arbetsförmågan i nacken efter andra behandlingen, dessutom nästan smärtfri.

JK

39-årig damfrisörska med tidigare besvär från nack- och brösttryck. Sedan mars 1984 tilltagande värk höger armbåge, behandlas första gången med Naprosyn, vila, ultraljud samt handskena. Besvären förbättrades men hon hade subjektiva kvarstående besvär i maj 1984. Patienten kommer åter den 7/5 1985 för sina epikondylitbesvär i höger armbåge, berättar att hon har ständiga besvär men har en period nu när hon känner sig något bättre, men har fortfarande ont. Vid undersökningen har hon god flexion och extension i armbågen, däremot smärta vid dorsalflexion av handleden i fingerextensorerna samt vid supination. Palpöm laterala epikondylen och extensormuskulaturen.

Diagnos: Epikondylit.

Fyra laserbehandlingar tre punkter på trapezius, fem punkter laterala epikondylen + extensormuskulaturen.

Efterkontroll den 14.6. Har nu full rörlighet, är smärtfri på behandling men återigen smärre värk som kommer vid heltidsarbete. Patienten uppger effekten bättre än ultraljudet.

Författarpresentation

Anders Håkansson*, distriktsläkare.
Christina Wiklander, leg. sjukgymnast.

*Postadress: Nykvarns vårdcentral, Box 72, 155 00 Nykvarn.



EGRPW

1306/03

Reserapport: European General Practitioners Research Workshop

Möte i Porto 23-25 maj 1985

BENGT LINDER

I oktober 1971 möttes en informell samling av representanter från olika vetenskapliga allmänläkarsamfund (Academies and Colleges of General Practice) från länderna gränsande intill Nordsjön. Detta möte hölls första gången i Nederländerna.

Vid detta möte bestämdes att man skulle göra ett försök att utveckla någon form av europeisk allmänmedicinskt vetenskapligt samarbete. Ur den ursprungliga idén uppkom två organisationer, där den ena bildade den så kallade Leeuwenhortsgruppen som sysslar med allmänmedicinsk ideologi och fortlopande dynamisk ämnesdefinition samt den andra utvecklades till en Research Workshop (EGPRW).

Nyckelord: Forskning, allmänmedicin, primärvård, reserapport.

Utvecklingen av dessa båda grupper var från början långsam men sedan mitten på 70-talet har båda sammanslutningarna haft regelbundna möten.

Den svenska representationen var sporadisk under 70-talet men sedan 1982 har SFAM satsat på bägge organisationerna och har i dag egna nationsrepresentanter.

En intensivsatsning gjordes av professor Leif Svanström och doktor Bo Haglund som 1980-81 kraftfullt engagerade sig i EGPRW, vilket resulterade i att 1981 års möte förlades till Stockholm.

Den svenska samhällsmedicinska ansatsen vid detta möte accepterades ej av framför allt de anglosaxiska kollegorna, som ej svarade upp till utmaningen. Man ville hellre ha en klinisk orienterad allmänmedicinsk forskning. Det sista året har dock återigen ett närmande skett sedan en klinisk lärare vid Allmänmedicinska institutionen i Oslo, docent Dag Brugaard, blivit president i EGPRW.

Ämnen som diskuterats i den allmänmedicinska forskningen har framför allt varit följande:

- Klinisk individorienterad forskning.
- Epidemiologisk forskning.
- Prevention - både individ- och miljöinriktad.
- Operationell forskning.
- Utveckling av medicinsk pedagogik.

EGPRW har dessutom ett speciellt ändamål nämligen att uppmuntra och koordinera multinationella vetenskapliga studier att utväxla erfarenheter samt utveckla valid internationell vetenskaplig bas för allmänpraktik. Dessa mål skall uppnås genom:

1. Utväxla resultat och metoder av forskning i Europa.
2. Organisera internationella möten.
3. Uppmuntra forskning inom:
 - a. Etablerande av gemensamma definitioner.
 - b. Utveckla relevanta vetenskapliga metoder.
 - c. Utveckla/planera och arbeta med multinationella vetenskapliga projekt.

EGPRW upprätthåller en tät kontakt med tidigare nämnda Leeuwenhortsgrupp men också med andra internationella organisationer såsom Union Européenne des médecins Omnipraticiens (UEMO), Societas Internationalis Medicinæ Generalis (SIMG), World Organization of National Colleges and Academies (WONCA), Europarådet, WHO samt även de nationella vetenskapliga allmänmedicinska sammanslutningarna (i Sverige SFAM).

Årets möte

Årets möte hölls i Oporto, Portugal. En av anledningarna till att mötet förlagts där, är att de portugisiska kollegorna nu befinner sig på en nivå som många av övriga länders allmänpraktiker gjorde för cirka tio år sedan, nämligen i färd med att finna sin identitet. De har dessutom svårigheter på grund av landets ekonomi att resa utomlands och på grund härav såg man det som en hjälp på vägen för portugiserna att förlägga mötet till Oporto.

Före EGPRW-mötet hade ett förmöte

av annan karaktär hållits, nämligen NORADS-kurs för forskning i allmänmedicin för portugisiska läkare. NORAD är SIDA:s norska motsvarighet och denna kurs ett biståndsprojekt. Ledare var Dag Brusgaard och Steinar Westin. Som gästföreläsare har medverkat doktor Ida Hydle, Oslo, samt doktor Donald Crombie, Birmingham. Vid sista dagens möte medverkade dessutom den svenske EGPRW-representanten (Bengt Linder).

EGPRW:s styrelsemöte avhölls på INCA hotell på torsdagen, dagen före EGPRW-mötets första dag, under ordförandeskap av Dag Brusgaard som valdes till president hösten 1984. Cirka 15 av de 25 deltagande ländernas delegater var närvarande.

Styrelsens arbetsformer genomgicks – Robin Hull uttryckte farhågor om EGPRW:s finanser, som han finner dåliga. Dag Brusgaard är ej så oroad, han anser att allting bör kunna ordna sig. Själv avser han låta föreningen åka snålkskjuts på Allmänmedicinska Institutionen i Oslo precis som man förut använt sig av Royal College i London. På sikt måste dock finanserna ordnas på något sätt i och med att vi ingått samarbete med WHO och andra organisationer. Dessa kan eventuellt sponsra men sannolikt krävs ytterligare ekonomiska tillskott.

Styrelsen består i dag av följande personer: Doktor Dag Brusgaard, Norge, chairman; professor Klaus Jord, Västtyskland, vice-chairman; professor Hans Tönies, Österrike, honorary secretary; doktor Robin FM Hull, England, honorary treasurer; Mrs Verity C Duncan, Skottland, administrative secretary.

Kommande möten:

- SIMG/EGPRW september 1985, Klagenfurt
 - Forskningskonferens november 1985, London
 - Värmöte EGPRW 1986, prel. bestämt 16–18 maj, Florens.
 - Höstmöte EGPRW 1986.
 - Värmöte EGPRW 1987, Dublin, Irland.
- Ansvarig:
Doktor Mandee Bender.

EGPRW:

I. Inledningsanförande: Dag Brusgaard.

1. Varför forskning?

Forskning i allmänmedicin måste anses vara en politisk nödvändighet likväl som en viktig yrkesmässig kvalitetsbefrämjande faktor. Krav på forskning kommer i de flesta länder från både politiker och patienter (är det så i Sverige)? Kollegor, framför allt sjukhuskollegor, har krav på oss att förbättra vår kliniska kompetens, själva borde vi också ha detta krav högt ställt.

Utbildningsmässigt krävs också forskning för att ge förbättrad

- kunskap
- och insikt

i att lära studenterna, yngre läkare och oss själva.

Genom forskning får vi bättre allmänläkare och bättre primärvård.

2. Varför internationell forskning och internationella kontakter?

Det finns en lång tradition inom medicinen att upphämta kunskaper från andra länder, kolleger och omgivning. Ökad kunskap ges inom detta. Stöd får man genom kollegor som har samma svårigheter i den pågående kampen med politiker, administratörer och andra specialister. Arbetet är normalt ensamt och jobbigt, och därför krävs detta internationella utbyte för att stödja varandra.

Medicin i allmänhet precis som allmänmedicin är ett internationellt ämne. Sammanfattningsvis kan man säga

- ofta samma problem
- just nu kämpar att finna identitet
- problem att finna former för undervisning

3. Varför EGPRW?

Föreningens mål är följande:

- Utbyta resultat och forskningsmetoder i Europa.
- Organisera internationella möten.
- Uppmuntra till forskning genom att:
 - etablera gemensamma definitioner
 - utveckla relevanta forskningsmetoder
 - utveckla, planera och genomföra multinationella forskningsprojekt.

Genom gemensamt medlemskap ämnar EGPRW upprätthålla nära band till Leeuwenhorstgruppen.

4. Varför då detta möte i Portugal?

Tidigare har företrädesvis Nordeuropa varit engagerat i EGPRW, vi försöker nu etablera tätare kontakter med Syd-europa, bla då Portugal. Också Italien kommer med genom att vi placerar nästa möte där.

De portugisiska läkarna och primärvårdsfolket i övrigt behöver draghjälp genom att mötet placeras här.

II. Primary Health Care in Portugal, Zaida Azeredo

Fram till 1982 fanns det en mängd olika institutioner som skötte den så kallade primärvården i Portugal, tex socialtjänsten, som hade egna läkare, hälsocentraler – privata och statliga centraler av annan typ – samt sjukhus och enstaka privatpraktiserande specialister. Patienten kunde alltså ha kontakt med en mängd olika institutioner som ej sinsemellan hade någon samordning.

1982 blev det en integration och numera är primärvården ordnad enbart på hälsocentraler där det finns både specialister, allmänläkare och andra funktioner. Sådana hälsocentraler finns det numera över hela Portugal, både i tätorten och i storstäderna.

III. En beskrivande studie av primärvårdens i olika europeiska länder: Dr D.L. Crombie (UK)

EGPRW och EEC samarbetar för närvarande i en studie där man jämför hälsovården i Europa. Vid det senaste mötet i arbetsutskottet med EEC-representanterna omarbetades projektet till en beskrivning av samarbetet mellan primärvård och sekundärvård (primärvård/länssjukvård). En preliminär deskriptiv analys av strukturerna i de olika hälsovårdssystemen utförs av dr Krogh-Jensen som med intervjuer/frågeformulär om många ämnen, tex organisation av allmänmedicin, patienters metod för betalning, samarbete med kollegor, community care etc. Detta är fas ett. Nästa fas kommer att bli användandet av ett standardiserat frågeformulär för att undersöka remissprocessen i varje land och se på skillnader mellan olika länder och undersöka variabiliteten mellan individuella doktorer i deras remissmönster.

I diskussionen efteråt framhöll Crombie att man fortfarande är kvar i pilotstudien, medan däremot den andra fasen kommer att bli en betydligt större där man kräver aktiv medverkan av tillräckligt stort antal allmänläkare i varje land.

IV. Analys av portugisiska allmänläkarpatienter: Dr Aluz (Portugal)

Man fann att hemmafruar och pensionärer var de båda grupper som mest använde sig av primärvårdens service, liksom också de med låg utbildning. Alltså samma typ av mönster som finns i de skandinaviska länderna, vilket också påpekades av Ida Hydle från Oslo.

V. När kommer gravida kvinnor i Danmark in i ett profylaktiskt schema? Dr FB Kristensen:

Man fann att i Danmark hade 75 procent av ca 17 000 gravida kvinnor kommit in i undersökningen vid den första trimestern och att de som kom sent i det profylaktiska schemat var ofta de som var äldre än 30 år, de som hade många tidigare födsler och dessutom emigranter. I efterföljande diskussion ställde jag själv frågan om gynekolog-specialisten eller allmänläkaren skulle ha ansvaret för gravida kvinnor. Vi enades om att denna studie var ett första steg i att visa att allmänläkaren har potential att ge en god förebyggande mödrälsövård.

VI. PHC i Italien: Dr G. Barro:

Man har i Italien en lag som trädde i kraft 1978 (National Health Service Act) där man delade in den medicinska vården i national, regional och lokal vård.

Varje lokal hälsoenhet (Local Health Unit – USL) skall samarbeta med övriga resurser, men detta är inte alltid speciellt lyckosamt. Någon uniformitet i landet finns inte. Man har

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 mer än 1.000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger ALLMÄNMEDICIN – en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

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

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

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

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

OBS! Alla medlemmar i SFAM erhåller för 1986 automatiskt tidskrifterna ALLMÄNMEDICIN och SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
114 86 Stockholm

försökt komma fram till följande siffror: en allmänläkare/1000 patienter och en barnläkare/700 barn skall arbeta i primärvården. Ingen doktor skall ha ansvar för mer än 1500 patienter.

Man kunde dessutom notera att man i Italien strävar till en specialistutbildning i allmänmedicin som skall bli treårig.

VII. Forskning i allmänpraktik – teoretiska överväganden:

Professor K. Jork (Västtyskland)

Professor Jork presenterade en studie som utvärderade validiteten av medicinsk cognition, den intellektuella processen av att överföra information och data om patienter till meningsfull behandling. Han föreslog att uppgiften i den praktiska medicinska vardagen är en rationell undersökning av den aktuella individens situation, vilket nödvändiggjorde en systematisk genomgång, en *per se*-diagnos, som ger tillräckliga skäl för behandling. Professor Jork antydde dessutom att en problemlösande inställning till patienten kan minimera potentiella effekter av svåra livsförändringar. Han ansåg därför också att hälsa och sjukdom kan anses som ett uttryck för ett speciellt beteende.

Denna studie gav upphov till en diskussion om olika begrepp om vad hälsa är. Vad är sjukdom? Vad är verkliga tillstånd, verklig sjukdom osv?

VIII. ALMA-ATA-deklarationen och dess konsekvenser för forskning i allmänmedicin i Europa:

Dr Ida Hydle, (Norge)

Dr Hydle ansåg att om denna deklaration verkligen genomfördes skulle människor ha rätt och plikt att delta individuellt och kollektivt i planeringen och utförandet av den egna hälsovården. I så fall skulle en ny typ av forskning bli nödvändig, eftersom patientdeltagande ännu inte är en integrerad del av allmänmedicinen eller över huvud taget i medicinsk praktik. En dialog mellan teori och praktik i medicinsk forskning är därför nödvändig. Två skilda modeller användes – *besvär* = vad patienterna söker för, *sjukdom* = doktors namn för patienternas besvär. Medicinsk vetenskap förväntar sig att kontrollera patienten annars är det inte vetenskapligt. Utvecklingen av en dialog i allmänpraktik vill använda kvalitativa metoder: människor – deras sociala system – deras kommunikationsskador etc. Alltså inte objektiva metoder. Detta måste tagas i beaktande vid FoU-arbete, som här bygger på ett samarbete mellan forskare och patienter. Detta samarbete mellan patient och allmänläkare i FoU-arbete kan ge till resultat att ett strukturellt aktuellt läge blir ett mer samhällsbaserat sådant där varje individ är mer inriktad på ansvar för egen hälsa, vilket också är föreslaget i ALMA-ATA-deklarationen.

IX. Analys av epikriser!

Dr H Tönies (Österrike)

Dr H Tönies från Österrike hade analyserat 497 epikriser sända till allmänläkare från universitetskliniken samt dessutom 264 epikriser sända till åtta allmänläkare i Wien från icke undervisningssjukhus. Slutsatsen var att epikriserna kom sent. Ibland kom de inte alls. Sämst var de kirurgiska klinikerna både i kvalitet och kvantitet.

X. Upptäckande och behandling av alkoholmissbruk:

Dr P Wallace (UK)

Dr Wallace började sin presentation med en genomgång av de existerande metoderna för att identifiera alkoholmissbrukare – de hematologiska, biokemiska analyserna av utandningsluft – samt intervjuer och frågeformulär. Intervju och frågeformulär är det som man använder alltmest och han beskrev sedan en aktuell sådan som hade använts på två vårdcentraler i London. Av de 75 procent som svarade – 120 män och 68 kvinnor (11 respektive 5 procent) kunde dessa anses vara utpräglade alkoholmissbrukare enligt de kriterier som man hade givit för frågeformuläret.

XI. Förkylning: Vad är en vanlig virusinfektion?

Professor K. Jork (Västtyskland)

En rätt rolig studie avslutade det vetenskapliga mötet. Jork började med att berätta om att läkare i Tyskland ej är tillåtna att skriva ut receptbelagda preparat för vanlig förkylning. Man hade då gjort en undersökning hur mycket egenvård som användes och man fann att påtagligt många patienter köpte icke receptbelagda läkemedel. Utgående från det hade han då gjort omfattande undersökningar på patienter med "vanlig förkylning", där han hade noterat temperatur och subjektiva känslor, allmänhälsotillståndet objektivt mätt samt blodtrycket. Han fann ingen anledning att förändra de tyska auktoriteternas inställning, en vanlig snuva är en vanlig snuva. Men riskgrupper finns som måste tagas om hand, även vid detta till synes banala tillstånd.

Sociala programmet

avslutades sista kvällen med en portugisisk fest som på sedvanligt sätt började med portvinsdrickning. Därefter vidtog en underhållning från olika dansgrupper, först små barn, sedan större barn, därefter tonåringar. Därefter tog alla dessa unga dansare med oss utländska gäster ut på gatan, som då var avstängd, och alla deltog sedan i portugisiska folkdanser.

Slutsats: Bra möte med hygglig standard på föredragen. Stor entusiasm för primärvård i Portugal. Perfekt värdskap.

Författarpresentation

Bengt Linder
Distriktsläkare

Kurser &
konferenser

Program för Svensk förening för allmänmedicin vid vårmetet 3–4 april 1986 i Örebro

Torsdagen den 3 april

10.00

Registrering

12.00

LUNCH

13.00

Högtidligt öppnande av vårmötet

13.10

Primärvård i Örebro län
(Landstingsrådet Sören Gunnarsson,
distriktsöverläkare Peter Klinkert)

Fra tanke till handling – Hvordan anlegge et gjennomførbart forskningsprosjekt i almenpraksis.
(Per Fugelli)

14.00

KAFFE

14.30 Seminarier;

I Sociala missförhållanden
– missade förhållanden

II Fibromyalgi eller SVBK?

III Den atopiska familjen

16.00–17.15

Forumteater

19.00

Middag med dans och underhållning

Fredagen den 4 april

08.30

Varifrån och varthän – Rötter och visioner inom allmänmedicin

10.00

KAFFE

10.30

Fria föredrag och falldiskussioner

12.00

LUNCH

13.00

Tidens sjukdomar

Gösta Tibblin

13.30

Posterdiskussioner, fritt ur hjärtat

14.30

KAFFE

15.00–16.30

Varför gick det snett?

– Om patient-läkarrelationen.

VÄLKOMNA!

Anmälan: Anmälan för deltagande före den 1.3.1986 till Örebro konferensbyrå, Drottninggatan 9, 702 10 Örebro.

Hur arbetar man i en Balintgrupp?

LENA KARLBERG · INGRID LÜBECK · HELGA SJÖSTRÖM

Nyckelord: Balintgrupper.

Den 25–27 oktober hölls på Blackeborgs slott, Stockholm, det tredje svenska Balint-mötet. Erfarenheter från det första och andra mötet har publicerats tidigare. Sex läkare (tre psykiatrer, en gynekolog och två distriktsläkare) var arrangörer och 49 allmänläkare och psykiatrer deltog i mötet.

Anmälan av intressanta fall, poster, fria föredrag skall ske före den 1.3.1986.

Kostnader: Meddelas senare i samband med utskick av slutgiltigt program.

Upplysningar: Distriktsläkare Lennart Holmquist, Olaus Petri vårdcentral, Storgatan 33, 703 63 Örebro, tel 019/151893.

Programkommitté: Dan Andersson, Laxå vårdcentral, May Eriksson, Kopparbergs vårdcentral, Lennart Halfvarson, Skebäck vårdcentral, Örebro, Gunilla Hegardt, Haga vårdcentral, Lennart Holmquist, socialmed avd, Olaus Petri vårdcentral, Örebro.

Handledarkurs i Dubrovnik

I Dubrovnik i Jugoslavien anordnas sedan 1983 pedagogisk utbildning för allmänläkare. Kurserna omfattar en vecka, under april eller maj. De har initierats av Leeuwenhorst-gruppen, och anordnas nu i samarbete med WHO. Varje gång har ett tjugotal allmänläkare från olika delar av Europa deltagit, med varierande bakgrund, från jugoslaviska professorer till portugisiska landsortsläkare.

Varje kurs har haft ett tema. 1985 var det "Specific objectives and methods of training", och 1986 kommer man framför allt att diskutera problem i samband med utvärdering.

Välkomna till en av Medelhavets vackraste städer 5–9 maj 1986 för en intensiv och rolig vecka tillsammans med kolleger från många länder!

Vidare upplysningar från Anna-Karin Furhoff, Sollentuna vårdcentral, Box 164, 191 23 SOLLENTUNA, tel 08-968100.

Som, särskilt inbjudna gäster märktes dr Max Clyne, allmänläkare från London, professor Lennart Kaij från Malmö och dr Olle Dahlin från Stockholm.

Konferensen hade under sina två dagar fyra fungerande grupper med en handledare i varje grupp. Varje grupp blev vid ett tillfälle handledad av dr Clyne, själv ursprunglig elev till dr Balint. Vid dessa "sittningar" var övriga grupper åhörare, men förväntades ej ingripa i den aktiva gruppens arbete. Dr Clynes sätt att arbeta med grupper var fascinerande och har stimulerat oss att analysera sex av de åtta fall som drogs på konferensen.

Genom att i efterhand så noggrant som möjligt försöka erinra oss de olika momenten i grupparbetena med dr Clyne har vi försökt finna ett svar på frågan: Hur arbetar man i en Balintgrupp?

Det visade sig att man klart kunde följa ett genomgående mönster för arbetssättet. Man skulle kunna formulera detta i sju punkter.

1. Falldragning (En av gruppdeltagarna presenterar utan koncept ett fall, som på något sätt ter sig problematiskt för honom.)
2. Gruppdeltagarnas reaktion på fallet.
3. Sammanfattning av gruppledaren. (Gruppledaren sammanfattar relativt kort sin uppfattning om patienten.)
4. Gruppdiskussion omkring följande frågor:

a) Hur har läkaren upplevt patientens problem?

b) Vilken uppfattning får gruppen om patientens problem?

c) Vilka svårigheter har uppstått mellan patient och läkare som har hindrat en problemlösning?

d) Vad vill egentligen patienten ha för hjälp?

5. Hypotes – mothypotes som föregående diskussion ledde fram till. Presenteras av gruppledaren.

6. Hur skall hypotesen prövas? (Frågan ställs av gruppledaren och skall besvaras av gruppen.) Olika förslag prövas, accepteras eller förkastas.

7. Falldragarens ställningstagande till gruppens förslag.

För att visa hur vi nått fram till ovan angivna sju punkter i Balint-grupp-arbete presenterar vi ett av de fall som drogs på Blackeborgs slott i oktober – 84.

1. Fallbeskrivning

55-årig kvinna, till yrket fabriksarbeterska, som sedan tio år tillbaka sökt på

vårdcentralen för ryggbesvär, muskelvärk, huvudvärk, magsmärtor, obstipation med mera.

Skild och nu gift igen. Nye maken sjukpensionerad. Kommunikationen mellan makarna har försämrats och är nu dålig. Patienten känner sig inte uppskattad av sin make.

Vid samtalen uppehåller sig patienten vid sina kroppsliga symtom. Patienten får doktorn att känna att alla dennes ansträngningar att hjälpa henne är meningslösa. Patienten är ovillig att släppa fram eventuella bakomliggande psykologiska mekanismer, vilket gör att man hela tiden faller tillbaka på de kroppsliga besvären.

2. Gruppens reaktion

I början är gruppens reaktion mycket livlig. Man vill ha fram mer anamnestiska uppgifter, man diskuterar diagnostiska åtgärder, olika behandlingar och hur patienten svarade på dem. Till slut blev det allt tystare i gruppen. Man kom fram till att alla konventionella, somatiska, diagnostiska och terapeutiska åtgärder redan var uttömda.

Falldragaren konstaterar att hon helst vill slippa träffa patienten, då hon upplever besöken som meningslösa. Hon känner sig oförmögen att hjälpa denna patient. Patienten har därför inte fått några återbesökstider, men brukar få tid när hon får nya symtom. Gruppen uttrycker förståelse för doktors handlingsätt.

Alla känner igen sådana "hopplösa fall", som man inte kommer någon vart med.

Situationen är låst. Gruppdeltagarna kan inte komma med några konstruktiva förslag.

Gruppledaren ingriper nu och sammanfattar.

3. Sammanfattning

55-årig kvinna som doktorn beskriver som föga attraktiv, polysymtomatisk, ingen behandling ger varaktig lindring, ständigt presenterade nya symtom, dåliga äktenskapliga relationer, stressigt arbete.

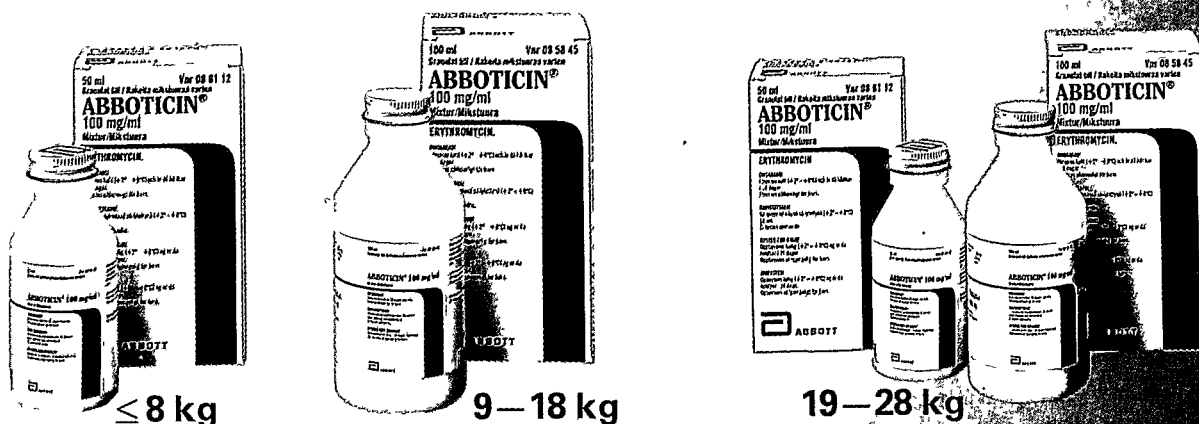
Vilken människa döljer sig bakom denna kvinna? Vad kan man göra för att förstå henne? Vari ligger det egentliga problemet?

Därefter inleder gruppledaren en ny diskussion.

4. Gruppdiskussion

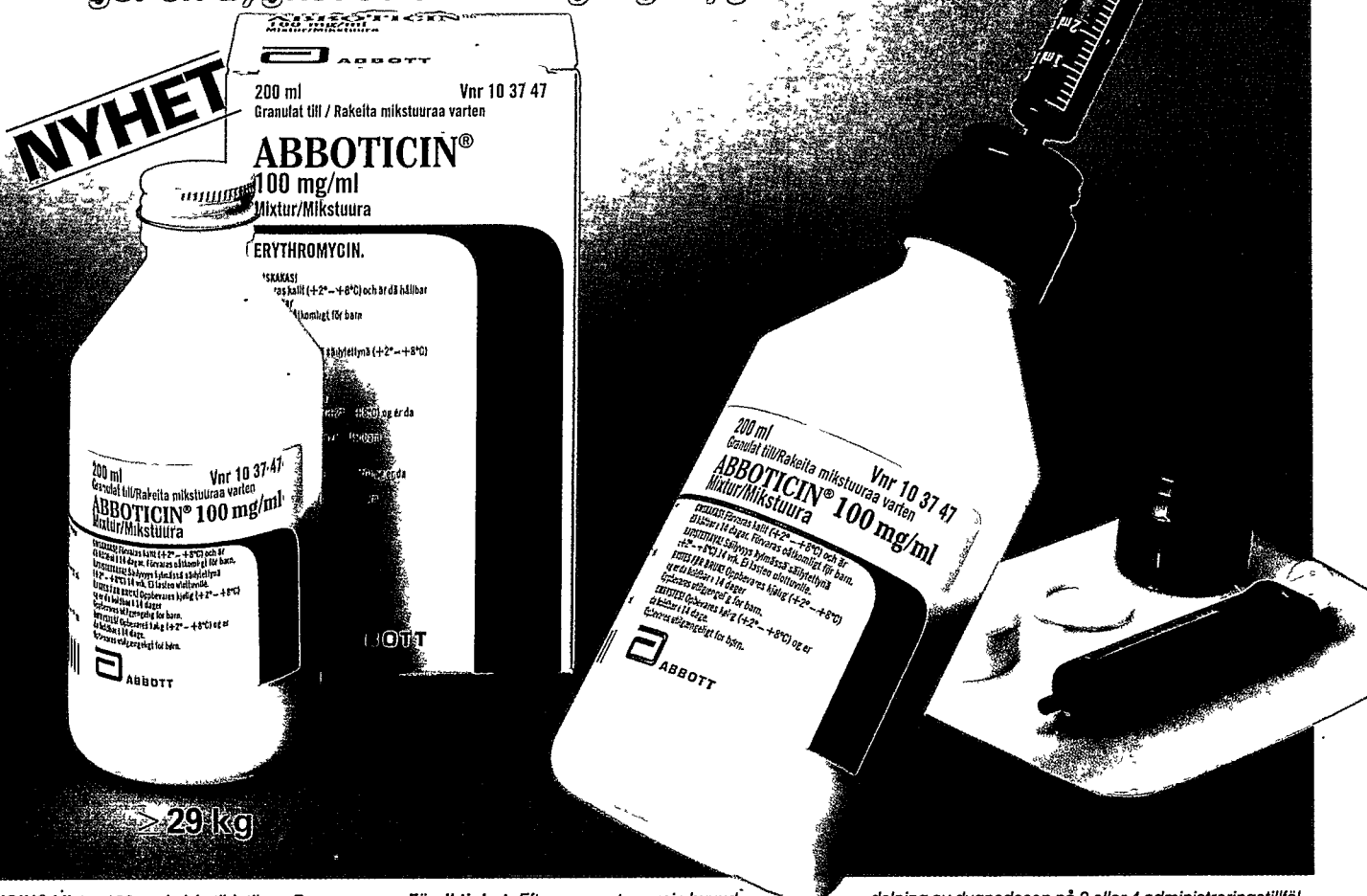
a) Hur har behandlande läkare upplevt patienten?

Tröttande! Kan ej hjälpa patienten! Vill slippa se henne mera! Förstår inte



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 frt med ABBOTICIN® 40 mg/ml medför att mindre volym behöver ordinerars.
Erytromycinetylsuccinat är en ester av erythromycin och efter absorption sker hydrolys till fritt aktivt erythromycin. Se fö ABBOTICIN® tabletter.
Indikationer. Infektioner orsakade av Chlamydia trachomatis t ex spädbarnskonjunktivit och -pneumoni. Pertussis samt övriga indikationer där en högre dos krävs.
Kontraindikationer. Känd överkänslighet för 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. Erytromycinkoncentrationen 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

vad patienten egentligen vill henne då ju inget hjälpt trots tio års kontakt.

b) Vilken uppfattning får gruppen om patientens problem?

Patienten måste ständigt presentera nya symtom för att komma i kontakt med läkaren. Patienten är hjälpsökande. Läkaren betyder definitivt något för denna kvinna även om gruppen inte förstår vad hon vill ha hjälp med. Patienten har att välja mellan två egentliga omöjliga saker: sjukskrivning och vara hemma hela tiden hos maken som hon ogillar eller jobba som fabriksarbeterska med risk för ökade ryggbesvär.

Patienten förefaller vara deprimerad.

Gruppledaren: Patienten förefaller deprimerad, en viktig upplysning. Hon har kanske anledning att vara deprimerad. I hennes livssituation är det kanske adekvat. Det som inte är så bra är att hon uttrycket hopplösheten genom kroppsliga symtom.

c) Vad gör egentligen patienten med behandlande läkaren?

Gruppen upplever att patienten framkallar en känsla av handlingsförlamning hos läkaren. Patienten förmedlar kanske till läkaren på ett icke verbalt sätt hur hon känner sig. Man föreslår att läkaren vid nästa besök tar sig mera tid att prata med patienten. Men hur? Doktorn har ju försökt tidigare och konstaterat att det är svårt att få henne att prata om sina "verkliga problem".

d) Vad är behandlingsmålet?

Doktors mål är att lindra symtomen, öka patientens självförtroende och få henne att fatta beslut: skilja sig eller ej. Gruppdeltagarna spekulerar omkring tanken att *patientens* omedvetna önskemål att lösa konflikter kanske står i motsats till doktors målsättning.

Gruppledaren formulerar tänkbara hypoteser som gör patientens handlingsmönster mera förståeligt.

5. Hypotes 1

Patienten behöver sina symtom – sina sjukdomar. Om hon blir frisk skulle hon kanske riskera att bli utsatt för makens närmanden, vilket hon värjer sig emot. Hon behöver gå till läkare för att få bekräftat att hon inte är frisk.

Hypotes 2

Patienten måste vara sjuk för att eventuellt på detta sätt få sympati och omtanke från sin man och från sin omgivning. Det är ett sätt för patienten att göra sig själv och sin komplicerade livssituation synlig.

Hypotes 3

Vantrivsel på arbetet och stressig arbetssituation ligger bakom patientens symtom. Hon vill ej tillstå att hon inte längre orkar med i samma takt som tidigare.

6. Hur skall hypotesen provas?

Gruppledaren: Vad är det för mening med vår diskussion? Vi får inte nöja

oss med att ställa upp hypoteser, vi måste gå vidare!

Hur kan vi ta reda på vilken hypotes som stämmer?

Hur skall vi få patienten att tala om för oss vilken hjälp hon vill ha? Kan vi förmedla till patienten på ett enkelt språk att vi har förstått att hon befinner sig i en svår situation? Vad skall doktorn göra vid nästa besök?

Förslag: 1) "Här har du ett recept, men berätta hur du egentligen har det hemma."

2) Samtal med psykoterapeut eller familjerådgivning.

3) Ta reda på eventuell omplacering till mindre stressiga arbetsuppgifter.

4) Visa patienten sympati, till exempel genom att säga: "Jag förstår att du måste ha haft och har det väldigt jobbigt, med ett stressigt jobb och en sjukpensionerad krävande man hemma, som inte ger dig någon uppskattning för det du gör."

7. Falldragarens ställningstagande till gruppens förslag.

Falldragande läkare tycker det ligger någonting i både första och tredje hypotesen. Hon avböjer förslaget om att kontakta psykoterapeut eller familjerådgivning i det att hon tror att patienten skulle uppleva detta som kränkande. Doktorn beslutar sig för att pröva hypotes 1 och 3 med det fjärde förslaget.

Diskussion

Dr Clyne visade på ett mycket övertygande sätt hur man kunde strukturera Balint-arbetet på det sätt som vi har presenterat. Säkert finns det många olika sätt och andra möjligheter att arbeta konstruktivt med en Balint-grupp, men det sätt på vilket dr Clyne angrep problematiken visade hur viktigt det är att klart strukturera patient-läkar-relationen för att motverka den blockering som blir resultatet när patientens oro, rädsla eller ångest övertas av läkaren.

Gruppdiskussionen kan ha en förlösande effekt och hjälpa läkaren att frigöra sig från sin låsta position och därmed hitta nya vägar att hjälpa patienten på ett förhoppningsvis meningsfullt sätt.

Efter en intensiv dag samlades deltagarna till ett välförtjänt samkväm. Strax före fick de olika grupperna i uppgift att på något sätt återge sina intryck av dagen. Kreativiteten var imponerande: charader uppfördes, musiker framfördes och dikter och limerickar flödade. Här återges några av alstren.

A.G.P., who was trained at St James' kept playing the old doctor games took him out of the mist. Now he's curing the blinds and the lames.

Det var en man vid namn Balint önskad när tanken slog slint ofta han hjälpte när hjärnan den stälpte

att finna en värdefull hint.

Doktorn, utbränd, sinad och förtvinad Skruppen, trumpen som russin och korint

i sin vända vad ska han då göra "go to someone who can give a hint".

Efter Balintgruppen här på slottet kan vi sätta upp en hypotes. Vi vet nu att doktorn håller måttet sen vi lärt om Max Clynes katekes.

Se hur hela doktorn står i lågor. Patienter kommer var minut klagar över allehanda plågor. Hur skall ändå detta gå till slut.

Trött på livet, håret fullt av gnetter. Benen värker, magen brinner opp. Hjärtat hoppar, ögonen de skvätter. Näsan rinner, yrsel i var knopp.

Doktorn utbränd, sinad och förtvinad. Skruppen, trumpen som russin och korint

i sin vända vad ska han då göra "go to someone who can give a hint".

Bilda grupper för att lindra kvalen. Söka stöd hos andra i vår kår. Slippa skicka folk till socialen. Slippa slita våra gråa hår.

Det ligger kanske något i att Balintgruppen löser blockeringar och frigör kreativiteten?

Författarpresentation

*Lena Karlberg, distriktsläkare, Sollentuna vårdcentral, Ingrid Lübeck, psykiater, Sollentuna Psyk-mottagning, Helga Sjöström, gynekolog, Sollentuna vårdcentral.**

*Postadress: Sollentuna sjukhus och vårdcentral, Tureberg Östra, Box 164, 191 23 Sollentuna.

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.

Hälsouppllysning i landstingens regi

I dessa dagar talas mycket om vikten av att utveckla det förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvårdssektorn. När det gäller att ge konkret innehåll åt ambitionen att förebygga ohälsa riktas i allmänhet stora förväntningar mot upplysningsinsatser. I det närmaste alla landsting har avsatt medel för hälsoupplysningsverksamhet. Särskilda tjänster har inrättats för friskvårdare eller hälsoupplysare.

Sedd i ett större perspektiv utgör dock satsningen på hälsouppllysning en försvinnande liten del av landstingens verksamhet. De knappt 40 miljoner som landstingens hälsouppllysning belöpte sig på under 1982 utgör *mindre* än en promille av de totala kostnaderna. Beräkningen är gjord av de båda sociologerna Göran Brodin och Tommy Törnqvist och återfinns i en diger rapport kallad *Hälsouppllysning i vardande - En studie av landstingens hälsoupplysningsverksamhet* (1984).

Rapporten har utarbetats inom ramen för det forskningsprojekt om hälsoupplysningen i Sverige som författarna bedriver vid Sociologiska institutionen i Uppsala. Ekonomiskt stöds projektet av Delegationen för social forskning.

I den rapport som nu föreligger är syftet att studera hur den av landstingen bedrivna hälsoupplysningen "hitills kunnat konkretiseras efter sina hälsopolitiska mål".

Underlaget för rapporten utgörs i första hand av en enkät som sänts ut till rikets alla landsting och som gäller förhållandena vid årsskiftet 1982-83. Enkätsvaren har kompletterats med hjälp av verksamhetsberättelser, utvärderingsrapporter med mera och genom telefonsamtal med kontaktpersoner i de olika landstingen.

Snabb expansion

Antalet landstingstjänster med anknytning till hälsouppllysning tycks ha stigit snabbt. Från att 1975 ha uppgått till tre tjänster beräknas de 1985 utgöra omkring 100. Anmärkningsvärt är att av dessa svarar Skaraborgs län ensam för två femtedelar av tjänsterna. Ett problem i sammanhanget är dock att avgränsa vilka tjänster som faktiskt gäller hälsouppllysning. Rapportförfattarna använder en vid och ganska lös definition.

Det största verksamhetsområdet anges vara kost och motion, närmast följt av alkoholfrågor. Flertalet "hälsoupplysare" är kvinnor och upplever sig ha behov av utbildning inom sitt arbetsområde.

Tyngdpunkten i rapporten är lagd vid en kartläggning av det arbete som

landstingens "hälsoenheter" bedriver gemensamt med primärvård, skola, arbetsliv, föreningsliv och massmedia; vilka slags insatser som görs i form av projekt och utbildning samt vilka samarbetsformer som utvecklats. Framför allt beskrivs ett stort antal projekt i syfte att illustrera olika typer av verksamhet. Mest utrymme ägnas projekt inom primärvården.

Genom de många exempel som beskrivs får framställningen närmast karaktär av projektkatalog. En sådan kan säkert vara av värde. Samtidigt innebär det en stark begränsning att författarna valt att huvudsakligen hålla sig på ett refererande plan. Deras ambition har varit att följa förefintliga projektbeskrivningar och utvärderingsrapporter. Konsekvensen blir att de främst speglar de *intentioner* som ligger bakom olika projekt och den *självförståelse* som de ansvariga och projektmedarbetarna visar prov på i sina rapporter om verksamheten. Den djupare analysen av vad som faktiskt sker i det som synes ske åsidosätts.

Primärvården

Det är inte en lätt uppgift att införliva friskvård med ett av tradition sjukvårdsinriktat arbete. Författarna konstaterar att den hälsouppllysning som bedrivs inom primärvården i allmänhet ryms i vårdprogram. Personalen avvaktar så att säga tills befolkningen dyker upp på vårdcentralen i egenskap av patienter.

I Skaraborg har man försökt integrera hälsoupplysningen i primärvården genom att inrätta hälsovårdsavdelningar vid vårdcentralerna. Tanken har varit att vårdcentralernas hela verksamhet skulle komma att genomsyras av ett förebyggande perspektiv. Enligt Brodin och Törnqvist tycks dock hälsovårdsavdelningarna ha tenderat att utvecklas till ytterligare en specialistfunktion.

I och med att författarna har valt att inrikta sig på projektverksamhet inbegrips emellertid inte det dagliga, "normala" arbetet exempelvis på en vårdcentral. Detta innebär en allvarlig inskränkning av studiens räckvidd.

Modeller för hälsouppllysning

Den verksamhet som olika landsting bedriver på hälsoupplysningens område varierar kraftigt med avseende på omfattning, former och innehåll. Brodin och Törnqvist försöker bringa reda i bilden genom att urskilja fem olika arbetsmodeller.

Behandlingen av de olika modellerna är relativt vag och bitvis mer värderande än klargörande. En diskussion av hur fruktbart det är att beskriva olika landstings verksamhet med hjälp av begreppet arbetsmodell hade varit på sin plats. Utvecklingen inom ett landsting följer sällan en rak linje. Detta är naturligt eftersom en rad förhållanden, politiska maktkonstellationer och enskilda personer är med om att forma

den konkreta hälsopolitiken vid varje given tidpunkt.

Även i behandlingen av modellerna för hälsouppllysning märker man att författarna inte håller isär faktisk verksamhet och de *syften* och *planer* som ligger bakom. Valet av undersökningsmetod har säkert bidragit till oklarhet på denna punkt. Författarna bygger ju framför allt på andras beskrivningar och tolkningar av verkligheten (i enkätsvar, verksamhetsberättelser, rapporter).

Det är självklart av intresse att få en redogörelse för avsikterna med vissa åtgärder och att få ta del av den bild olika aktörer har av sitt handlande och dess effekter. En vetenskaplig analys av hälsoupplysningsverksamheten inefattar emellertid mycket mer.

I Sverige är det säkerligen okontroversiellt att hävda att var och en har rätt att veta hur människokroppen reagerar för olika typer av påverkan. Ändå saknar många kunskaper om detta. Då måste väl spridande av "upplysning" vara det enda raka? Problemet är att den enskildes levnadsmönster i liten grad är format efter hans eller hennes rationella eller fritt fattade beslut. Många hälsorisker är svåra eller omöjliga för den enskilda individen att ensam övervinna. Detta gäller bland annat ensidighet och underordning i arbetet, stress, mobbning, förlust av socialt nätverk, exponering för avgaser och andra farliga ämnen.

Landstingen riskerar att underblåsa ett voluntaristiskt och symtomorienterat perspektiv på hälsoproblemen om de inriktar sig på individernas rök- och motionsvanor med mera, utan beaktande av hela deras livssituation.

Göran Brodin och Tommy Törnqvist har lagt ned ett omfattande arbete på att sammanställa den rapport som nu föreligger. I den ryms ett viktigt grundmaterial för en fortsatt analys av hälsoupplysningsverksamheten. En sådan är påkallad.

Britta Malmgren

Socialmedicinska institutionen, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

NU RÄCKER EN TABLET

Behandling av duodenalsår.

De senaste årens forskning inom gastroenterologin har gett större insikt om hur viktig den nattliga syrasekretionen är i den patofysiologiska processen vid duodenalsår. Syrasekretion nattetid ger dessutom ofta uttalad smärta hos patienten. Zantac (ranitidin) doserat 300 mg till natten hämmar den nattliga syrasekretionen mer än doseringen 150 mg morgon och kväll (1).

Zantac i endos (300 mg till natten) verkar framför allt nattetid, då magen är tom, och då aciditeten normalt hålls konstant hög under långa perioder. En kompensatoriskt mindre påverkan på aciditeten fås dagtid, då man normalt har en buffrande effekt från födan.

Kliniska prövningar visar en lika effektiv sår-läkning och smärtlindring vid tvådos (150 mgx2) som vid endos (300 mg till natten) (2,3).

Zantac är en originalsubstans från Glaxo. Ett omfattande kliniskt prövningsprogram påbörjades 1978. Sedan dess har ca 1 500 artiklar publicerats och mer än 20 miljoner patienter behandlats. Zantac är idag ett synnerligen väldokumenterat och välbeprövat läkemedel.

Referenser:

1. Gledhill T. et al., Gut, 1983, 24/10
2. Ireland A. et al., Lancet, 1984, 2:274
3. Oscarson J. et al., Scand. J. Gastroenterol. 1985, 20

Zantac (Ranitidin)[®]
NATT VAKTEN.

ZANTAC
Zantac löslig
Glaxo

Tabletter 150 mg, 300 mg och injektionsvätska 25 mg/ml resp tabletter 150 mg R

Histamin-2-receptorantagonist, hämmare av saltsyrasekretion Grupp 5A 6010

Deklaration. ZANTAC 1 tablett innehåller: Ranitidin, hydrochlorid, respond. ranitidin, 150 mg, aut 300 mg constit. et color (titandioxid) q.s.

ZANTAC: 1 ml injektionsvätska innehåller: Ranitidin, hydrochlorid, respond. ranitidin, 25 mg. natriumchlorid, kal. phosph. monobasic. Anala R, dinair, phosph. anhydr. Anala R, aq ad inject. q.s.

ZANTAC LÖSLIG: 1 tablett innehåller: Ranitidin, hydrochlorid, respond. ranitidin, 150 mg, sackarinnatrium 10 mg, constit. color. (titandioxid) et aroma q.s.

Egenskaper. Ranitidin är en H₂-receptorantagonist, som kompetitivt blockerar histaminets verkan på H₂-receptorer. Därvid hämmas basal och stimulerad magsaftsekretion, såväl till volym som till halt av saltsyra. Genom minskningen av magsaftens volym minskas även den totala pepsinogensekretionen.

Efter peroral tillförsel nås vanligen maximal plasmakonzentration inom 2 timmar. Absorptionen påverkas ej av föda. Efter en peroral singeldos av ranitidin 150 mg har en hämning av saltsyrasekretionen observerats upp till 12 timmar. Halveringstiden i plasma är ca 2 timmar och den biologiska tillgängligheten ca 50%. Graden av proteinbindning är ca 15%. Ranitidin utsöndras delvis med urinen, ca 40% efter peroral dos och ca 80% efter intravenös dos; 5-10% utgörs av metaboliter. Huvudmetaboliten är en N-oxid av ranitidin. Hos patienter med nedsatt njurfunktion förlängs halveringstiden.

ZANTAC LÖSLIG är en kapselformad tablett, som skall lösas i vatten till en suspension före intagandet.

Indikationer. Duodenalsår, benigna ventrikelsår, stomala sår, refluxesofagit och Zollinger-Ellisons syndrom.

Profylaktisk behandling av kroniskt recidiverande duodenalsår.

Försiktighet. Vid njurinsufficiens och grav leverinsufficiens.

Graviditet och amning. Kategori B:1. Se separat avsnitt markt g.

Ranitidin passerar över i modersmjölk i sådana mängder att risk för påverkan på barnet föreligger även med terapeutiska doser.

Biverkningar. Lever: Övergående reversibla förändringar i leverfunktionstest kan förekomma.

Enstaka fall med reversibel hepatit med eller utan symptom på gulsot.

Överkänslighet: Enstaka fall med symptom på överkänslighet som urtikaria, angioneurotiskt ödem, bronkospasm och hypotension kan förekomma.

Blod: Enstaka fall med reversibel leukopeni och trombocytopeni.



Hjärta: Enstaka fall med bradykardi.

CNS: Trötthet, huvudvärk, yrsel samt enstaka fall med reversibla förvirringstillstånd, särskilt i samband med äldre och svårt sjuka patienter.

Övrigt: Diarré, hudreaktioner samt rapporter om man med omma bröstsvår och eller bröstsvullnad föreligger. Vid mycket höga intravenösa doser har enstaka fall med prolaktinstegring observerats. Enstaka fall med klåda och sveda vid injektionsstället.

Dosering: Vuxna peroralt: Normaldosen är 150 mg 2 gånger dagligen. Vid duodenalsår kan ZANTAC även ges som en singeldos av 300 mg alternativt 2 x 150 mg till natten. Behandlingen ges i 4 veckor. Till de patienter, som eventuellt ej är utläkta efter 4 veckors behandling, kan ytterligare en 4-veckorsbehandling ges. Till patienter med recidiverande sår, som skall behandlas profylaktiskt, ges 150 mg till natten. Denna behandling bör tills vidare ej pågå mer än 1 år.

Vid Zollinger-Ellisons syndrom bör initialdosen vara 150 mg 3 gånger dagligen, men kan vid behov ökas till 300 mg 3 gånger dagligen.

Vid refluxesofagit ges 150 mg 2 gånger dagligen i 8 veckor.

ZANTAC LÖSLIG Tabletten skall lösas i 1/2 glas vatten.

Vuxna parenteralt: Intramuskulär / intravenös injektion: ZANTAC injektionsvätska kan ges intramuskulärt eller som en långsam intravenös injektion (ca 1 minut) av 50 mg (1 ampull). Injektionen upprepas var 6:e till 8:e timma till dess peroral behandling kan påbörjas.

T (300mg) TILL NATTEN

Agell & Carlsson AB, Göteborg



Rembrandt van Rijn, Nattvakten, 1642. Rijksmuseum, Amsterdam.

Intravenös infusion: ZANTAC injektionsvätska kan ges som en intravenös infusion med en hastighet av 25 mg/timma under 2 timmar. Infusionen upprepas var 8:e till 8:e timma till dess peroral behandling kan påbörjas. ZANTAC injektionsvätska är blandbar med natriumklorid 9 mg/ml samt med glukos 50 och 55 mg/ml. Färdigberedd lösning skall användas inom 24 timmar.

Barn: Erfarenheterna av ZANTAC vid behandling av barn är begränsade. Om minskning av magsaftssekretionen bedömes önskvärd ges 5 mg/kg kroppsvikt/dygn.

Nedsatt njurfunktion: Halveringstiden i plasma förlängs vid nedsatt njurfunktion. Dosen bör därför i fall av påtagligt nedsatt njurfunktion halveras enligt nedanstående tabell. Lämpligen ges då 150 mg till natten vid peroral behandling.

Kreatinin-clearance ml/min	Serum-kreatinin μmol/l	Dygnsdosering Peroralt	ZANTAC Intravenöst, intramuskulärt
>50	<200	150 mgx2	50 mg (2 ml)x3-4
5-50	200-900	150 mgx1	25 mg (1 ml)x3-4

Ranitidin elimineras från kroppen vid hemodialys. Dialysbehandlad patient bör därför inta ZANTAC efter respektive dialys-tillfälle.

Observera. För att undvika inadekvat behandling bör misstänkt ulcussjukdom vid något tillfälle tidigt i sjukhistorien objektivt verifieras med röntgen eller endoskopi. Innan behandling med ZANTAC påbörjas vid ventrikelsår bör åtgärder för att utesluta malignitet ha vidtagits. Den profylaktiska behandlingen har ej visats nedsätta frekvensen av recidiv efter utsättandet.

Förpackningar och priser. ZANTAC: *Tabletter 150 mg* (vita, bikonvexa, Ø 9,5 mm, märkta ZANTAC 150 och Glaxo), 20 st, 60 st
Tabletter 300 mg (vita, filmdragerade, kapselformade 17 mm långa märkta ZANTAC 300 och Glaxo), 30 st
Injektionsvätska 25 mg/ml
Brytpuller 5x2 ml
ZANTAC LÖSLIG: *Tabletter 150 mg* (vita, kapselformade delbara med brytskåra, pepparmintsmak), 60 st

Glaxo

Glaxo Läkemedel AB, Box 263, 431 23 Mölndal. Tel. 031-87 01 50

Kvicksilver i amalgam

Under sommaren har i massmedia förekommit uppgifter om fynd av kvicksilverhalter i röda och vita blodkroppar hos patienter som sökt sjukvården men som inte upplevt sig bli hjälpta trots att de mått dåligt. Fynden har gjorts av två uppsalaforskare, docent Erland Johansson och Ulf Lindh. Med utgångspunkt från detta har diskuterats om sk oral galvanism i själva verket är en form av kvicksilverförgiftning. Vidare har professor Lars Friberg, chef för statens miljömedicinska laboratorium, och tandläkare Magnus Nylander, presenterat pågående forskning som antyder ett samband mellan antalet amalgamfyllningar och mängden av kvicksilver i hjärnan.

För en tid sedan arrangerade socialstyrelsen en hearing med de nämnda forskarna varvid de presenterade sina preliminära forskningsresultat för de experter som styrelsen brukar anlita i dessa frågor. I mötet deltog också professor Staffan Skerfving, chef för yrkesmedicinska avdelningen vid Lunds universitet, samt docent Mats Hanson, ordförande i tandvårdsskadeförbundet. Diskussionerna leddes av styrelsens tidigare generaldirektör Barbro Westerholm, som deltog i egenskap av expert på biverkningsfrågor.

Vid mötet enades deltagarna om att det finns ett samband mellan kvicksilverhalt i hjärnan och amalgamfyllning. Däremot går det inte att slå fast något samband mellan kvicksilver från amalgam och olika kroppsliga besvär. Den pågående forskningen kan dock ge nya infallsvinklar på frågan om det finns några risker förknippade med att använda amalgam som tandfyllningsmaterial.

Socialstyrelsen, som nyligen inventerat aktuell och pågående forskning i Sverige kring tandvårdsmaterial, anser att forskningen kring huruvida amalgamfyllningar kan påverka kvicksilverhalten i olika kroppsdelar bör intensifieras. Hittills finns dock inga vetenskapliga belägg som motsäger att amalgam är vårt för närvarande bästa fyllnadsmaterial med relativt få biverkningar. På sikt kommer det emellertid att finnas alternativa tandfyllningsmaterial som kan ersätta amalgam, denna slutsats delas av NIOM i Oslo som även nyligen överlämnat en riksvärdering om amalgam och kvicksilver till socialstyrelsen.

Information: Byråchef Hans Sundberg, tel 08/783 3427, byrån för tandvård.

Socialstyrelsen publicerar WHO-rapport om kärnvapenkrig

Miljoners människor dödas och skadas samtidigt som hälso- och sjukvården slås ut.

Konventionella krig blir alltmer destruktiva. Samtidigt har kärnvapnen gett kriget en helt ny dimension. En enda kärnvapenladdning kan ha en explosionskraft som är en miljon gånger starkare än de största konventionella bombarna, och den nuvarande mängden kärnvapen har en explosionskraft som är tusentals gånger starkare än alla de bomber som fälldes under andra världskriget.

Våren 1983 tillsattes på uppdrag av Världshälsoorganisationen WHO en internationell expertgrupp med uppgift att sammanställa en rapport över de medicinska konsekvenserna av kärnvapenkrig. Till ordförande utsågs professor Sune Bergström från Sverige. I expertgruppens rapport, "Effects of Nuclear War on Health and Health Services", redogörs bl a för de kort- och långsiktiga effekterna av kärnvapen som tryckvåg, värmevåg och radioaktiv strålning samt hur de påverkar människor. För att åskådliggöra och konkretisera kärnvapnens oerhörda effekter målas tre olika scenerier upp:

1. Detonationen av en 1-megatonbomb över en storstad skulle få till följd att mer än 1,5 miljoner människor dog och lika många skadades.
2. Ett "begränsat" kärnvapenkrig med mindre, taktiska kärnvapen omfattande 20 megaton, riktade mot militära mål inom ett relativt tätbefolkat område, skulle leda till omkring 9 miljoner döda och svårt skadade. Av dessa skulle mer än 8 miljoner vara civila.
3. Ett totalt kärnvapenkrig med minst hälften av alla befintliga kärnvapen (totalt ca 10 000 megaton) skulle resultera i mer än 1 000 miljoner döda och 1 000 miljoner skadade människor.

Det säger sig självt att ingen sjukvårdsorganisation någonstans i världen skulle kunna ta hand om den enorma mängd människor som allvarligt skulle skadas av tryckvåg, hetta eller strålningen från en enda 1-megatonbomb. Till och med effekterna av en oavsiktlig detonation av en bomb i något av de enorma fredstida vapenlagren skulle kräva långt mer än vad en nations medicinska resurser skulle kunna klara av. Därtill kommer att stora delar av sjukvårdsorganisationen i ett land skulle förstöras vid ett kärnvapenkrig.

För den medicinskt utbildade står det klart att den enda tänkbara behandlingen av kärnvapnens medicins-

ka och ekologiska effekter är genom en kraftfull profylax, dvs att med alla medel förebygga och förhindra kärnvapenkrig. I WHO-rapporten uppmannas också alla som arbetar inom hälso- och sjukvård att sätta sig in i de medicinska effekter som skulle bli följden av ett kärnvapenkrig samt att sprida denna kunskap till beslutsfattare, politiker och allmänhet.

I Sverige har den engelska WHO-rapporten väckt stor uppmärksamhet, inte minst genom insatser från föreningen Svenska läkare mot kärnvapen, som distribuerat rapporten till sina 7 000 medlemmar. Vidare har föreningen tagit initiativ till en svensk översättning för att på så sätt ytterligare öka kunskaperna om kärnvapenkriget som det yttersta hotet mot folkhälsan. För att stödja detta initiativ samt för att göra rapporten tillgänglig för en större läsekrets har socialstyrelsen beslutat publicera den under rubriken "Kärnvapenkrigets effekter på folkhälsan och hälso- och sjukvården".

Rapporten – som äger särskild aktualitet genom att Nobels fredspris i år tilldelats organisationen "Läkare mot kärnvapen" – vänder sig främst till personal inom hälso- och sjukvården. I förordet skriver dock socialstyrelsens fd generaldirektör Barbro Westerholm bl a:

"Det är min förhoppning att denna skrift skall få stor spridning också utanför hälso- och sjukvårdspersonalens led. Det är viktig kunskap som världens ledande expertis på detta område har sammanfattat genom WHO:s försorg. Kunskapen om ett kärnvapenkrigs hälsomässiga effekter måste alltid hållas aktuell."

"Kärnvapenkrigets effekter på folkhälsan och hälso- och sjukvården".

Socialstyrelsen redovisar 1985:6. Pris: 19 kr.

Information: Byråchef Bengt Eklundh, tel 08/783 3304, socialstyrelsen; professor Gunhild Beckman, tel 090/10 17 65, Umeå universitet.



*1 tablett
till natten
vid
akut cystit*

Wellcoprim 300mg
trimetoprim, ett antibakteriellt medel...



Wellcome The Wellcome Foundation Ltd Box 2118 183 02 Taby Tel 08 768 07 85



Selexidin®

pivmecillinam

Etablerat förstahandsmedel vid
distala urinvägsinfektioner



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

Selexidin® — när effekt och tolerans får
avgöra preparatvalet.

Selexidin: pivmecillinam Grupp 7B 0605
Tabletter 200 mg, dosgranulat 100 mg.

Indikationer: Urinvägsinfektioner orsakade av
mecillinamkänsliga mikroorganismer.

Kontraindikationer: Penicillin- och cefalosporin-
överkänslighet.

Förpackningar: Tabl.: 20, 30, 40 och 100 st.
Dosgranulat: 20 st.



Lövens Läkemedel • Box 404, 201 24 Malmö • Telefon 040-75630