

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

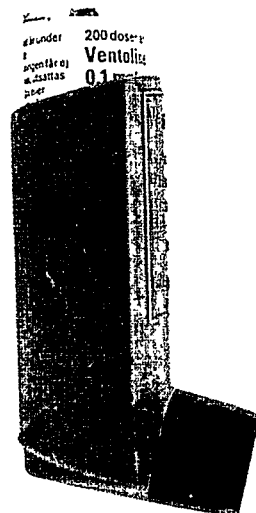


TEMA

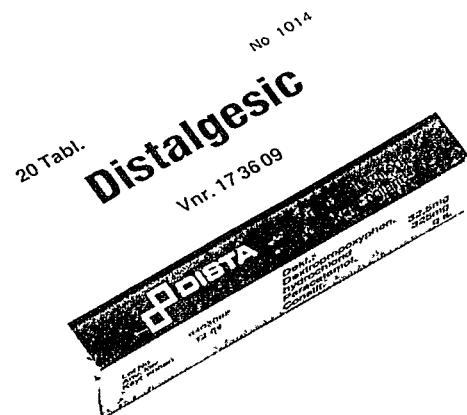
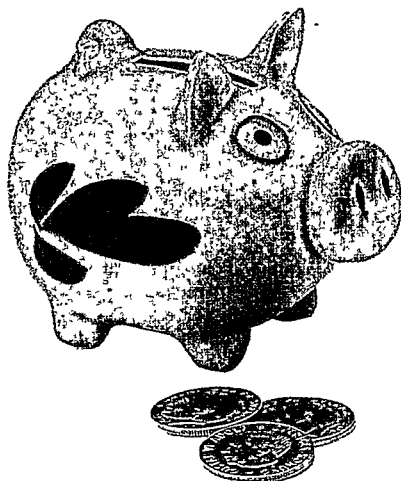
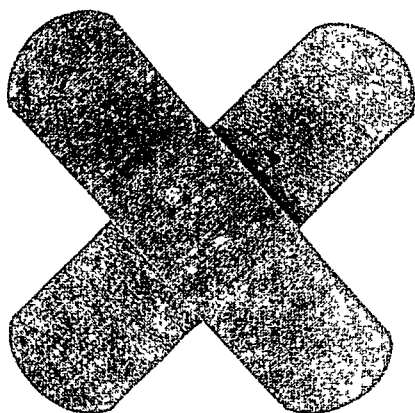
6
1986

VÄRMLAND

Är dina förväntningar vid analgetikabehandling enbart smärtlindring?



Gallvägskolik, obstipation och astma kan hos känsliga personer utlösas av låga doser opiumalkaloider. De aktiva komponenterna i Distalgesic: dextropropoxifen och paracetamol, ger få sådana biverkningar. För analgetikaintoleranta astmatiker är Distalgesic ett säkert val.



Distalgesic påverkar inte trombocyttaggregationen, och blödningsbenägenhet (som kan ses efter ASA-behandling) är inte något problem. Distalgesic ger en låg behandlingskostnad, även i adekvat dosering som är 2 tabletter 3-4 gånger dagligen. Distalgesic kan ges till de flesta patienter utan besvärande biverkningar.



Eli Lilly Sweden AB. Box 300 37, 10425 Stockholm, Tel: 08-13 02 50.

DISTALGESIC ΔR

Dextropropoxifenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. 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. Patienterna bör upplysas om riskerna med samtidig användning av alkohol. Förpackningar: Tabletter: tryckpack 20 st, tryckpack 50 st, tryckpack 100 st, burk 100 st.

Ref. Socialstyrelsens skriftserie 1977:4, Eddy et al, WHO 1970, Läkemedelsboken 1985, Tibbling, L. S. Sv Farm Tidsskrift 102-107, vol 84, nr 3, 1980.

	Ledare:		Rökavvänjning inom Värmlands primärvård	
6/89	Allmänmedicin i Värmland	✓ 249	<i>Ruth Berg, Bengt Hanson</i>	✓ 277
	<i>Christina Nerbrand</i>			
	Föreningsnytt:		Tidig upptäckt av glukosintolerans samt diabetes mellitus med hjälp av blodglukoscreening och förenklad peroral glukosbelastning på vårdcentral	
90	Reseberättelse	✓ 250	<i>Christer Forsberg, Mats Flygare</i>	
	<i>Erik Trell</i>		<i>Inger Johansson</i>	✓ 280
	Tema Värmland:		Diabetes i öppenvård	✓ 281
91	En titt i backspegeln kan ge oss framtiden	✓ 252	<i>Mats Bergström</i>	
	<i>Börje Karlsson</i>		Kurser och konferenser:	
92	Läkarförsörjningen i Värmland	✓ 255	Forskning och etik – reflektioner kring en konferens	
	<i>Stefan Hartman, Matts Nilsson</i>		<i>Ingalill Eriksson</i>	✓ 282
93	Utvecklingsarbete vid vårdcentralen i Vålberg	✓ 256	Recensioner:	
	<i>Gudrun Alfredsson, Bengt Hanson</i>		Kost, munhygien och fluor tre viktiga faktorer mot tandlossning och karies	✓ 283
	<i>Bo Jacobson, Ingrid Karm</i>		Bättre tänder hos barn ger plats åt fler vuxna i folktandvården	✓ 283
94	Utbildning vid vårdcentral	✓ 259	Malignt melanom den cancerform som ökar mest	✓ 284
	<i>Stefan Bernesjö, Per Bolander</i>		Ungdomar förebild – medelålders röker mest	✓ 285
	<i>Karin Edgren</i>		Unik undersökning av äldre och handikappade på institutioner	✓ 285
95	Hemsjukvård i Värmland	✓ 260	Recension av NLV-kurs i ÖNH-sjukdomar	✓ 286
	<i>Birgit Johannesson</i>		Nytt vårdprogram från socialstyrelsen	✓ 286
	<i>Inger Strandberg</i>		Efterskrift Konflikten i Syd-Jemen	✓ 286
96	De äldres kontakter med primärvården i Forshaga	✓ 264		
	<i>Nils Gustaf Hyllienmark</i>			
97	Terminalvård i hemmet	✓ 265		
	<i>Carin Janson</i>			
98	Skillnader i hjärtinfarktdödlighet för medelålders män i mellan-Sverige	✓ 269		
	<i>Christina Nerbrand</i>			
99	Kommunvis redovisning av läkemedelsförsäljningen i Värmland	✓ 272		
	<i>Christina Nerbrand</i>			
	<i>Ingrid Nordenstam</i>			
200	B12-brist i Koppom: En pilotstudie	✓ 275		
	<i>Anders Överby</i>			

Omslagsfoto: Ingelbert Stenström

Tredje konferensen om **DATORER I SJUKVÅRDEN** – med tyngdpunkt i primärvården – 18–19 maj 1987 i Stockholms län

Arrangör:

SFAM:s datorgrupp i samarbete med Arbetslivscentrum samt med stöd ifrån Svensk socialmedicinsk förening och Stockholms läns landsting.

Målgrupp:

Datoranvändare i vården, speciellt primärvården, som börjat fundera över vilken nytta, vilka resultat de olika medicinska informationssystemen har givit.

Även användare och forskare inom andra delar av sjukvården men med stort intresse och gärna erfarenhet av kvalitetskontroll – quality assurance – är varmt välkomna.

Väsentligt är ett levande intresse och erfarenhet av datorstöd vid medicinskt beslutsfattande.

Disposition:

Konferensen består i huvudsak av tre delar

– en vetenskapsteoretisk del där olika synsätt i vården knyts till olika former av datorisering och där bland annat användning av expertsystem diskuteras

– en del som handlar om resultatvärdering med praktisk erfarenhet från datorsystem vid vårdcentralen Kronan

– en del kring kvalitetskontroll

Konferensavgiften är 350 kronor.

Kost och logi samt transport till Bergby Gård/beräknas preliminärt till 650 kronor.

Kommentatorer finns vid de olika passen, som alla kommer att hållas i "storgrupp", varför deltagarantalet måste begränsas till 70 personer.

Här nedan ber vi Dig ange Ditt "curriculum vitae" med speciell tyngdpunkt på erfarenhet av datorstöd.



PRELIMINÄR ANMÄLAN DEC –86 SÄNDS TILL

Ann-Christin Johansson
Vårdcentralen Kronan
172 83 SUNDBYBERG

Ansvariga för konferensen är:

Döl Britt-Gerd Malmberg
Vårdcentralen Kronan
172 83 SUNDBYBERG
Tfn 9891 00

Fil dr Ingela Josefsson
Arbetslivscentrum
Fiskartorpsvägen 15 A
114 33 STOCKHOLM
Tfn 790 95 00

Konferenssekreterare är:

Ann-Christin Johansson
Vårdcentralen Kronan
172 83 SUNDBYBERG
Tfn 9891 00

Maritta Nilsson
Arbetslivscentrum
Fiskartorpsvägen 15 A
114 33 STOCKHOLM
Tfn 790 95 00

Befattning

Namn

Curr vitae

.....

.....

Datorstöd

Allmänmedicin i Värmland

I Värmlands 16 kommuner bedrivs primärvård med olika förutsättningar och utvecklingsgrad. Av länets knappt 280.000 invånare är en mycket hög andel äldre, bland den högsta i landet, och ytterligheterna representeras av glesbygdspolitisk i norr med arbetslöshet och avflyttning och i söder en stor residentsstad. Sjukvårdstraditionen i Värmland har medfört att det nu finns fyra länsdelssjukhus med sviktande befolkningsunderlag samt ett stort centralsjukhus i Karlstad och detta förhållande inverkar också på primärvårdens förutsättningar, utveckling och arbetsområden.

Nytt program

Det nya hälso- och sjukvårdspolitiska programmet - HSP 95 - som antogs 1984 i stor enighet i landstinget ger primärvården en väl definierad roll som basen i sjukvårdsorganisationen med utvecklat samarbete med länsdelssjukvården och kommunerna.

Utbyggnaden inom primärvården fram till 1990 skall ge en läkartäthet med en läkare/1.800 invånare. Inom några kommuner av länet har redan dessa tjänster inrättats. Tillgången på specialistkompetenta distriktsläkare har här som i många andra delar av landet medfört att utbyggnadstakten är betydligt långsammare än det uppsatta målet.

Hemsjukvården fick tidigt en central roll i primärvårdens arbete i Värmland. Ett avtal mellan landstinget och samtliga kommuner om sjukvård i hemmet/social hemtjänst slöts redan 1981 och samarbetet har därefter utvecklats positivt. Anhöriga är en ovärderlig resurs i omvårdnaden och bör stöttas på alla tänkbara sätt. Viktigast är psykiskt stöd, trygghet samt avlösning genom sviktplatser, växelvård och annan planerad ledighet. Landstingets förvaltningsutskott har nyligen tagit ett principbeslut att anhöriga i "tung" vårdfall skall kunna anställas på deltid.

En utveckling av äldre vården pågår i samverkan med kommunerna. Ansvar för intagning på våra sjukhem för svikt- och avlastningsplatser vilar på primärvården och utgör ett viktigt komplement till hemsjukvården.

För vårdcentralerna har denna utveckling medfört stora förändringar i arbetssätt. Nya personalkategorier deltar i teamarbetet och vid flera vårdcentraler har vårdlag införts.

Mödra- och barnhälsovård ingår som en naturlig del i de flesta distriktsläkarnas arbete liksom skolhälsovård. Centralt inom landstinget finns en

barnhälsovårdsöverläkare och en mödrahälsovårdsöverläkare med övergripande ansvar för utbildning och planering och ett gott samarbete med primärvården har etablerats.

FoU-arbete

I HSP 95 diskuteras allmänmedicinens roll i framtiden och betonas ett utökad ansvar för prevention, ett samhällsmedicinskt tänkande och att forsknings- och utvecklingsarbeten är en viktig del i arbetet. Det slås fast att utbildningsbehovet är betydande och att resurser måste skaffas fram.

I linje med dessa tankar slöts 1984 ett treårigt avtal mellan Värmlands läns landsting och Institutionen för allmänmedicin i Uppsala för att främja allmänmedicinens utveckling i Värmland. Avtalet innebär att en distriktsläkare anställdes på halvtid som forskningsassistent vid Uppsala universitet och gavs tillfälle att bedriva ett forskningsprojekt att kartlägga riskfaktorer bakom den höga dödligheten i akut hjärtinfarkt i Värmland. Detta arbete beräknas ge en grund för det fortsatta preventiva arbetet inom länet. Kontakten mellan landsting och universitet har fungerat väl och ett fortsatt samarbete planeras. Institutionen har utarbetat kommunprofiler för länets kommuner och detta arbete har senare vidareutvecklats av den samhällsmedicinska enheten på landstingets kansli.

Medel för FoU-arbete inom primärvården finns sedan flera år tillgängliga i bland annat Hagfors och Filipstad. På flera andra vårdcentraler runt om i länet bedrivs FoU-arbeten av olika personalkategorier och för år 1986 har avsatts medel för FoU-arbeten inom primärvård som utdelas efter ansökan.

Fortbildning

För fortbildningen av specialistkompetenta distriktsläkare har åtta utbildningsdagar per år och i norra Värmland sexton dagar per år ställts till förfogande, liksom tjänstgöring på sjukhuskliniken en månad per år med bibehållen lön. Detta är av största betydelse för en fortsatt hög medicinsk kvalitet. För en fortsatt god utbildning av våra AT/FV-läkare och rekrytering av blivande allmänmedicinare krävs en god och målinriktad handledning från äldre kollegor ute på vårdcentralerna. Målet att alla distriktsläkare skall genomgå handledarutbildning finns. Hittills har dock endast delmålet, att en distriktsläkare per vårdcentral har utbildats, uppnåtts idag.

Christina Nerbrand

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1987. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsa, rättas och korrekturläsa på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1986/1987.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
1/87	1/12-86	4
2/87	26/ 1-87	14
3/87	6/ 4-87	23
4/87	9/ 6-87	37
5/87	31/ 8-87	44
6/87	28/ 9-87	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.

Redaktionskommitté:
Carl Edvard Rudebeck,
Ylva Tomson
Malin André

Redaktionsadress:
AllmänMedicin,
Institutionen för socialmedicin,
172 83 Sundbyberg. Tel: 08/98 91 00.
(Margareta Lindborg)

Annonser:
YH Annonsförmedling,
Alströmergatan 18, n b, 112 47 Stockholm.
Tel: 08/51 67 60.

Prenumerationsavgift:
300 kr per år, för studerande 100 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för AllmänMedicin).

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, 1986.

ISSN 0281-3513

Reseberättelse

Conference of the World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioner/Family Physicians (Wonca), London 1-6 juni 1986.

ERIK TRELL

WONCA: Det långa namnet bakom denna förkortning visar en del av den spännvidd, men också den heterogenitet som kongregationen inrymmer. I de flesta länder utanför Norden finns inte begreppet allmänmedicin som en akademisk och/eller medicinsk specialitet, vilket introducerar en del spänningar och defekter redan i detta förhållande. Till skillnad från de flesta vetenskapliga kongresser möter man sålunda på en WONCA-konferens förhållandevis få vetenskapsmän och likaledes förhållandevis få yngre deltagare. Undantaget är de nordiska länderna, medan från de flesta andra deltagande nationer, en ökad andel äldre och dominerande privat yrkesverksamma är påtaglig. Man noterar också en låg representation från de flesta öststater, exempelvis ingen delegat från Sovjetunionen; liksom från många centraleuropeiska länder, typ Västtyskland, Österrike och Frankrike.

De största deltagarländerna var Storbritannien, skandinaviska länder, Australien, Kanada, Japan, en del andra östasiatiska länder samt även Nederländerna.

Sammanlagt fanns cirka 1.500 anmälda deltagare, och 330 vetenskapliga bidrag fördelade på bland annat föreläsningar, plenarsessioner, arbetsgrupper och, övervägande, posterpresentationer. Av dessa 330 framföranden var ett 70-tal från de skandinaviska länderna, där Sverige dominerade med 31 anmälda bidrag.

Vad skall man då säga om arrangemangen och organisationen beträffande denna kongress?

Det största värdet ligger otvivelaktigt i att företrädare för olika länder och olika primärvårdssystem med olika grader av akademisk och offentlig förankring får utbyta tankar och knyta kontakter, samt skapa sig uppfattning om varandras förutsättningar och förhållanden och även framtidsperspektiv. Som företrädare för nordisk allmänmedicin känner man sig onekligen privilegierad i jämförelse med många, som utan akademisk eller offentlig uppbackning får bedriva de vetenskapliga aspekterna av sin verksamhet ideellt och på fritid. Man får också den största respekt för exempelvis General Practice som den är utformad i Storbritannien, och skulle önska att den rönte större uppskattning och stöd av myndigheterna där. Det finns akademiska institutioner, men sambanden och samarbetsformerna med de på fäl-

tet verksamma förefaller fortfarande bristfälliga, och resurserna präglas av knapphetens kalla stjärna och ävenledes av ekonomisk recession, aktuella planer på nedrustning etc.

Kongressen var fördelad på en del övergripande temata, exempelvis Health Education, Maternal and Child Health, Community Participation, Quality assessment and standards, Patient participation and satisfaction, Different Aspects of Primary Care, Prevention, Management of long term problems, Hypertension and Diabetes. Emellertid förefaller detta övervägande att vara en rubricering och uppsortering i efterskott av insända bidrag, och någon mer föregripande planering som skulle kunna ge dessa temata ett större utbildningsvärde och återspegla dess vetenskapligt avancerade stadier fick man ej. Det var relativt mycket dubbel- och trippelpresenterande, en viss amatörism och brist på utblickar präglade mycket av speciellt posterbidragen. Här hade man en känsla av att nordiska länder ånyo utmärkte sig för högre grad av professionalism och stringens. Notabla undantag fanns dock, exempelvis rörande alkoholstudier i England, primärpreventiva program i Sydostasien, ultraljudsdiagnostiska applikationer från Amerika, samt en del bidrag från Nederländerna och Israel. Några egentliga "highlights" i det ordinarie vetenskapliga programmet erinrar man sig dock knappast.

Viktiga primärvårdsproblem som diabetes, hypertoni, kroniska värksjukdomar och deras omhändertagande fanns visserligen företrädade, men på ett osammanhängande, föga heltäckande och didaktiskt sätt.

Lika givande som kongressen själv blev därmed den anknutna tekniska och bok-utställningen. Den tekniska utställningen visade en hel del intressanta metoder och utrustning för primärvårdsanvändning. Speciellt imponerad och intresserad blev man dock av bokutbudet. Särskilt den brittiska litteraturen inom området primärvård. General Practice och Family Medicine är avancerad och progressiv. Det rör sig dock mer om förutskickande program än om egentligt vetenskapligt utprovade metodologier, strategier och resultat.

I anslutning till kongressen gavs också möjlighet att besöka The University of London General Practice Departments under en eftermiddag. Ett 70-tal delegater, övervägande med lärarfunktion hade anmält sig till detta besök, som gav lika stor behållning som resten av kongressen. Här mötte man en samlad representation av den akademiska primärvården och allmänmedicinen i London; professor Mal Salkind från St Bartholomew's/London Hospital Medical Colleges, John Cohen från Middlesex/UCH, Roger Higgs från King's College Hospital, Paul Julian/från St Bart's och John Horder från Royal Free jämte deras medarbetare. De gav korta och informativa föredrag om olika as-

pekter och problem beträffande undervisning i primärvården (assessment of the course, faculty development, teaching the difficult parttime teacher, relationships with local practitioners). Därefter kunde man i mindre grupper diskutera något av dessa ämnen. Man fick då verkligen lära sig något. På så vis genomtänkta, förstrukturerade och behovsanpassade sessioner skulle man önska sig mer av beträffande kongressen som helhet.

Temata som epidemiologi, hälsoekonomi, farmakologisk/nonfarmakologisk behandling saknades nästan helt, och skulle ganska lätt ha kunnat ges representation med den kompetens och de företrädare som finns inom Storbritannien.

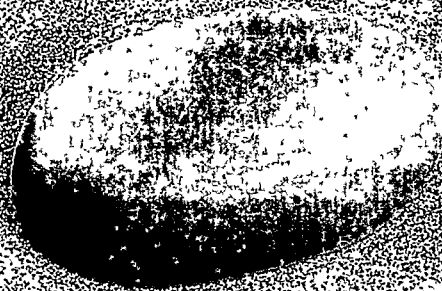
Man saknade alltså universitetsinstitutionerna och de vetenskapliga företrädare för ämnesområdet inom värdlandet.

Kongressen var arrangerad på det nya Barbican Centre, vilket innebar både en del fördelar och nackdelar. Fördelarna är den kulturellt och intellektuellt synnerligen stimulerande miljön, nackdelarna är bristen på avskildhet och koncentration som det innebär att vara inkorporerad i ett centrum sjudande av andra kulturella aktiviteter. Med ökande innehållsrikedom och också sociala evenemang på vetenskapliga kongresser ökar också komplexiteten av arrangemangen och nödvändiggör ofta professionella medhjälpare. Så var fallet även med denna kongress, vilket övervägande garanterade att det mesta flöt som det skulle och att framför allt den sociala sidan med teaterbiljetter etc avklarades friktionsfritt; men att samtidigt tonvikten på det vetenskapliga tenderade komma i bakgrunden. Man hade också en känsla av att de professionella konferensarrangörerna försökte tjäna både på gungorna och karusellen; sålunda noterades en viss tendens till underför-sörjning vid exempelvis välkomstmiddagen. Detta är ju givetvis petisser, men konferensavgiften var nog så imponerande. Emellertid gottgjordes den av den reception på Science Museum som arrangerades en av konferensdagarna. Det var en intressant och ganska typisk engelsk idé att anordna ett high-tech cocktailparty med delegater cirkulerande i alla våningarna av detta museum, som även besöktes av Drottningen och Hertigen av Edingburgh.

Många av de svenska konferensdeltagarna passade givetvis på att se Chess under Londonuppehållet. Finns det plats i denna berättelse, skall gärna vidimeras att Chess verkligen är en mycket medryckande musical.

Nästa WONCA-möte blir i Jerusalem, och därefter i Vancouver. Till dess skall man önska något mer föregripande planering, något mer fokusering på det vetenskapliga innehållet, något mer samling kring överordnade ämnen med uppmönstring av goda vetenskapliga och pedagogiska företrädare för

Sanningen måste tillräckligt
ännor försvinner den
som spår i sanden.



Salures-K är ett effektivt medel för behandling av hypertoni. Salures-K innehåller bendorfumetazid och kaliumklorid. Salures-K är ett effektivt medel för behandling av hypertoni.

- 10-årsstudien vid Sahlgrenska, publicerad i Medicin (Journal) vid 291 (1985), visar att substansen i Salures-K bendorfumetazid är där jämförbar med betablockerare vid milt till medelsvår hypertoni.
- 10-årsstudien vid Sahlgrenska, publicerad i Läkartidningen nr 13, 1985, visar att påstådda biverkningar som kaliumbrist, glukosintolerans osv är betydligt överdrivna när Salures-K används i rekommenderat låga doser.

Salures-K, Tabl. bendorfumetazid 2,5 mg,
kaliumklorid 0,57 g. Indikation: hypertoni.
Nu i två förpackningar: 100 st glas och
08 st dospack. Enkelt och praktiskt för
patienten.



FERROSAN

Box 839
201 80 Malmö

En titt i backspegeln kan ge oss framtiden

BÖRJE KARLSSON

I det dagliga arbetet har åren gått fort och utvecklingen har smugit sig på mig. Jag märker den inte förrän jag ser tillbaka i 10- eller 20-årsperioder. Direktkontakt med fattigdomen, tuberkulos och andra infektionssjukdomar väckte intresse för medicinstudier. Det första penicillinets ankomst med kurirflyg, poliovaccineringen, åderlåtningens ersättande med diuretica är minnen som etsats fast. Att ha börjat som ensam provinsialläkare med ständig jour och slutat som vårdcentralchef ger ett perspektiv som manar till ödmjukhet och eftertanke lika mycket som stolthet över de medicinska framstegen. Dessa reflexioner gör jag efter att ha sett tillbaka på mitt yrkesliv.

Nyckelord: Primärvård, historik, distriktsläkare.

En titt i backspegeln – ett automatiskt ögonkast när man stannat och skall se om det är klart att stiga av. En titt i backspegeln – innan man startar på nytt för att se om det är klart för fortsatt färd. Titten i backspegeln kan hjälpa till att bana vägen framåt.

Diskussionerna i kafferummet med AT- och FV-kollegerna är livliga. Rör

dessas. Man skulle önska få mer av de tematiska och organisatoriska likheterna och skillnaderna i olika länders och kulturers primärvårdssystem belysta och jämförda. Då skulle säkerligen förståelsen för andra deltagares insatser och resultat öka. Generellt tror man dock på en ljusnande framtid för primärvården internationellt, inte minst såsom detta kommer till uttryck i WHO:s deklARATION om en god hälsa för alla 2000 och att den primära hälsovården är den viktigaste metoden och vehikeln för att uppnå detta mål. Detta börjar mer och mer uppmärksammas och erkännas även på regeringsnivå, men det finns sålunda en eftersläpning mellan läpparnas bekänneelse och beredvilligheten att ge motsvarande institutionella och personella resurser och uppbackning.

Författare:

Erik Trell, docent, klinisk lärare i allmänmedicin, Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Malmö.

Lena Trell, distriktsläkare, Vårdcentralen Ahlmansgatan, Malmö.

sig om problemen idag och i framtiden. Ibland berättar 63-åringen om hur det var i går! Möts av förvåning, frågande blickar, han verkar ju inte så gammal, men det låter som stenåldern.

Jag tänker efter själv när jag ser deras förvåning. I det dagliga arbetet har åren gått fort, dag har följt på dag och utvecklingen har smugit sig på mig. Men tänker jag tillbaka i 10- eller 20-årsperioder förstår jag deras förvåning.

Här några rapsodiska bilder, ögonblicksbilder, ur ett helt vanligt liv som provinsialläkare–distriktsläkare utplockade ur ett avskedsföredrag då jag slutade min tjänst. 1950 var sjukvårdens andel av BNP 2 procent. Idag är den 10 procent.

Brukssamhällets påverkan

Först några medicinska minnen som väckte intresse för medicinstudier. Under mina uppväxtår på 20- och 30-talet i ett fabriksamhälle i Bergslagen var tuberkulosen ett gissel. Hela familjer utplånades. Den ena kamraten efter den andra försvann till sanatorium. En del kom aldrig tillbaka och rätt ofta stod en skolbänk tom för framtiden. Stor orsak till denna utveckling var undernäring, trångboddhet med stora barnkullar och fattigdom. Även andra infektionssjukdomar krävde liv. Ett starkt minne för mig var den granne i 50-årsåldern, som i mitten på 30-talet vårdades i hemmet för lunginflammation. Före sulfa och penicillinerna var det en allvarlig sjukdom. Vi såg de dagliga besöken av provinsialläkaren men anade att utgången var ovisst. I ett sista desperat försök ordinerades champagne som hjärtstimulans.

Det var första och sista gången champagne fanns i det huset. Dock utan att det kunde påverka utgången. Barndomsupplevelserna väckte intresse för medicin och redan då var nog målet primärvård eller provinsialläkari, som det då hette.

Men ekonomin, hur skulle den ordnas? Brev avgick till Medicinska Föreningen i Stockholm med förfrågan om det kunde anses försvarligt att börja läsa medicin enbart med lånade medel. Svaret kom raskt: Vi avråder på det bestämdaste! Det var under läkarproletariatets dagar vilket förklarar svaret. Efter kriget svängde konjunkturen och vi har allt sedan dess varit privilegierade i jämförelse med andra akademikergrupper. Men tyvärr börjar pendeln nu svänga tillbaks.

Jakten på borgensmän började. Studielån fanns ej. Jag fann snart att det

var lättast att få borgensmän bland okända industriledare och bland fattiga präster i hemorten.

Läraprofiler

Professorerna och överläkarna på 40-talets universitetsorter var inte fler än man kände till dem alla. Det var vördnadsbjudande stora personligheter både inom och utom medicin. Samtidigt både yrkesmän och kulturpersonligheter.

Av dessa kan jag bara låta några få passera revy för att det inte skall bli ett meningslöst uppräknande av namn.

Nanna Svartz var vår första kvinnliga medicinprofessor. Många av hennes professorskollegor såg med fasa och skräck på utnämningen. Men Nanna, som vi alltid sade, blev en av banbrytarna inom bland annat reumatologin och gastroenterologin. Hennes skapelse Salazopyrin har med flera årtionder överlevt den tid som brukar vara förunnat en ny medicin. En högtidlig stor rond med Nanna har särskilt etsats sig fast i minnet. Det första penicillinet hade kommit med kurirflyg till Bromma. Den utvalda patienten med endocarditis lenta låg med dropp.

Droppflaskan var då av typ lagemangskanna med lock. Nanna lyfte högtidligt locket av droppflaskan när vi i strikt ordning kom fram till sängen och tömde penicillinflaskan i droppet. Med spänning väntade vi varje dag om det skulle komma mer penicillin med kurirflyget. I detta fallet lyckades distributionen och utgången var lyckad. Kirurgerna på den tiden skulle vara tuffa, hårda och gärna ha en tendens åt knivkastarhållet. Motsatsen till dessa var professor Jonny Hellström, urolog. En fin man, framför allt vid patientdemonstrationerna, där många andra visade en rätt otrolig brist på respekt för patienten. Den enda undervisningen i medicinsk etik som fanns, gav oss Jonny, kanske omedvetet, vid sina patientdemonstrationer.

Hans ofta upprepade påpekanden: "Skulle kandidaten också handla så om det vore Er närmaste anhöriga", har följt oss hans elever, genom vår verksamhet. Han diskuterade alltid ingående hur aktiv man i varje fall skulle vara med kirurgiska ingrepp. Han betonade ofta att det i denna fråga ej fanns givna absoluta regler utan här måste känslan, erfarenheten, medicinska feeling och respekten för patienten och livet få råda.

Utskickning

En vanlig utbildningsväg efter examen var odelat lasarett. Att direkt hänga sig

ckvar vid universitetskliniken ansågs ej lämpligt. Det fanns ett mycket utvecklat samarbete mellan professorerna och överläkarkollegorna i landsorten vilket resulterade i att de flesta "skickades ut i landet" för att lära sig jobbet, innan de fick komma tillbaka till kliniken för forskning och eventuell doktorsavhandling. Det odelade lasarettet var en utomordentlig skola med mångkunniga chefer. Där fanns fortfarande läkare, som kunde överblicka en stor del av det medicinska fältet.

Hälsingedoktor

Efter 5 års sjukhusutbildning lockade provinsialläkartjänsten. För mig blev första tjänsten i Hälsingland.

Delsbo stora distrikt hade delats och ett nytt provinsialläkar-distrikt hade tillkommit i Bjuråker. I provinsialläkartjänsten ingick då bland annat obligatoriskt ledamotskap i barnvårdsnämnd, fattigvårdsnämnd, hälsovårdsnämnd och nykterhetsnämnd.

Detta gav breda socialmedicinska kontaktytor, som saknas idag. Enläkar-systemet var positivt ur kontinuitets-synpunkt men negativt vad beträffar patientens fria läkarval. Den ständiga jouten var arbetsam men patienterna hade respekt för doktors tid och missbrukade inte jouten.

Poliovaccineringen kom just dessa år. Vaccinationsmöten hölls i byarna men det var till en början dålig anslutning. Men en dag var köerna långa. Vad hade hänt som skingrat ängslan hos hälsingarna? Jo, tidningarna hade haft reportage med bilder på då prinsessan Sibylla hade låtit vaccinera lillprinsen. Slutsatsen: Törs prinsessan så törs vi!

Värmland till slut

Nästa etapp blev Värmland och Forshaga. Jag har här upplevt utvecklingen från 1-läkarstation till 3-läkarstation med AT respektive FV-läkare och avslutet sjukhem + ålderdomshem. Genom god bemanning och ett fungerande kallelsesystem har vi kunnat ha korta väntetider, fungerande dagjour och god kontinuitet. För patienten har detta också betytt möjlighet till ett fritt läkarval till en viss grad. Gentemot detta system, där det också varit ett gott samarbete mellan läkare och distriktssköterskor, har det "moderna vårdlagssystemet" inget företräde annat än i vissa administratörers flummiga promemoriaer.

Medicinska framsteg

Har det medicinskt hänt så mycket under min tid som provinsialläkare? När man sätter sig ned och tänker igenom vad som hänt finner man att det är mycket. Några korta exempel: Tuberkulosens bekämpande har varit ett stort framsteg.

Infektionssjukvårdens framsteg främst genom tillkomsten av antibiotika har varit ett av de största framstegen. Parkinsonmedicinerna som kom omkring 1970 har gjort livet drägligare

för många patienter. Diureticabehandlingen som nu ges dagligen till många patienter med verksamma perospreparat har inte funnits mer än några årtionden. Tidigare hade man bara kvicksilverdiuretica och åderlåtning att tal till. Vid hembesök i början på 50-talet på grund av hotande lungödem hade man, om man kom fram i tid intet annat än åderlåtning, avsnörning av benen och morfin att taga till. Åderlåtning gjordes med en grov Wassermanskanyl i en djup tallrik till randen.

Magsårsmedicineringen gör att man nu sällan ser magsår och framför allt slipper de stympade magsåroperationerna. Detta var några exempel på skillnad då och nu.

Primärvården

Primärvårdens utbyggnad har dock gått långsamt trots att den varit prioriterad. Den slutna vården har fått huvuddelen av resurserna. När bassjukvården på grund av personal och resursbrist sviktat har kritiken vissa perioder varit orättvist hård från den slutna vårdens företrädare. Gamla tidens fina samarbete mellan provinsialläkare och sjukhusläkare, där båda parterna visste att de var beroende av varandra, var långa tider försvunnen. Samarbetsviljan tycks dock nu öka något även om tongångarna ibland är onödigt hårda.

Primärvårdens otillräcklighet resulterade i krav på omorganisation och nya arbetsmetoder från reformhungeriga administratörer. Det naturligaste hade varit att alla tjänster först hade blivit besatta. Efter det skulle vården under en 5-årsperiod få utvecklas genom interna reformer och rationaliseringar. I stället har primärvården blivit en tummelplats för karriärsugna administratörer och en del i primärvården tillfälligt gästspelande socialmedicinare.

Huvudmännen har efterhand blivit allt mer villrådiga och faller lätt undan för kravet på reformer. Då det är svårt för reformivrarna att nå innanför sjukhusets murar blir primärvården experimentoffret. Ett allt mäktigare administrationsblock med primärvårdsföreståndare, primärvårdsschefer, blockchefer och allt vad de heter fjärrar sig allt mer från de arbetande "gräsrotterna". Inför alla nya signaler från ovan glömmer dessa snart bort att den viktigaste och primära uppgiften är att bedriva en god bassjukvård utan långa väntetider och med bästa möjliga kontinuitet. Att utvecklingen gått snett intygar alla de patienter, som inte når fram och som känner sig övergivna.

Skynda långsamt

Som ung nyutexaminerad läkare känner man kanske sin kunskap som makt. Men efterhand som man upplevt modväxlingarna inom vården blir man mer benägen att skynda långsamt. Man blir mer ödmjuk med åren. Man ser att dagens sanning inte är någon absolut

sanning. Den kommer sannolikt att omvärderas inom några år. Men vi skall inte vara bakåtsträvare eller hejda utvecklingen men visa lugn och sans. Kanske skall vi vara de som manar: "Tänk efter före!" Om vi alla gör det tror jag på en fortsatt god utveckling av vår sjukvård. En utveckling där vi inte får glömma omvårdnadsproblemen, den enskilda människans behov och förväntningar på oss.

Författarpresentation:

Börje Karlsson, Forshaga, före detta provinsialläkare och distriktsläkare. Arbetar efter pensioneringen på deltid som företagsläkare och privatpraktiker, samt är förtroendeläkare vid Försäkringskassan. Medlem i läkarförbundets centrala förtroendenumnd och läkarförbundets etiska råd.*

*Postadress: Börje Karlsson, Skolgatan 2A, 667 00 Forshaga.

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1986

Priserna är exklusive nysättning och originalarbete. Mervärdesskatt tillkommer. Särtryck beställs direkt från Kurt Nilsson, Sätterian, Box 93083, 54103 Skövde, telefon 0500-867 70.

	Första 100 ex	Följande 50 ex
16 sidor	2.200:-	125:-
8 sidor	1.150:-	95:-
4 sidor	750:-	65:-
2 sidor	575:-	60:-
Tillkommer för särskilt omslag med tryck på fram- och baksida	820:-	95:-

Xanor[®] – en ny terapeutisk profil.

alprazolam

XANOR 1 mg bidrar till ökad doseringsföljsamhet.

XANOR 1 mg är indicerat vid ångesttillstånd även i samband med depression.

XANOR 1 mg ger en låg frekvens av dåsighet.

SWE 357

Xanor[®] 1mg

alprazolam

NY STYRKA

Alprazolam tillhör en ny generation bensodiazepiner med egenskaper som skiljer sig från de traditionella bensodiazepinerna.

finns tillgänglig i följande förpackningar:

20 st.

50 st.

100 st.

LB 06192

Läkarförsörjningen i Värmland

STEFAN HARTMAN · MATTS NILSSON

Socialstyrelsen och Landstingsförbundet genomförde hösten 1985 en statistisk undersökning med syfte att klarlägga bland annat antalet läkare, tjänster och vakanser, i den offentliga sjukvården. Resultatet av undersökningen bekräftar endast vad Värmlands läns landsting erfart, det vill säga en klar negativ utveckling av läkartillgången.

Nyckelord: Primärvård, verksamhetsplanering.

Läkarrekryteringen har utvecklats ogynnsamt för Värmlands del under de senaste åren. Vakanstalen har ökat i motsats till tidigare års mer optimistiska prognoser. Mellan 1983 och 1985 ökade vakanstalen för läkargruppen totalt från 20 till 24 procent. Vakanserna på allmänläkarsidan var 1985 cirka 32 procent. Antalet läkartjänster hade ökat under perioden med 11 procent.

Även HS 90 har i sin rapport "Personal för framtidens hälso- och sjukvård" (SOU 1984:50) redovisat siffror på behov och tillgång av läkare år 2000. Med den utbildningskapacitet som riksdagen beslutat om från 1986/87 (845 utbildningsplatser/år) kommer antalet läkare att öka från i dag 22.000 till 28.500, medan antalet läkartjänster under samma period beräknas öka till 27.000 vid en förväntad volymtillväxt på cirka 1 procent. Beräkningarna är gjorda med stora osäkerhetsmarginaler och erfarenhetsmässigt kan man säga att landstingsområden av Värmlands karaktär knappast automatiskt kommer att suga åt sig det överskott som HS 90 på detta sätt teoretiskt har beräknat.

Tvärtom har de senaste årens erfarenhet visat att den solidariska läkarförsörjning, som alla landsting enats om, i praktiken idag har liten betydelse då det gäller att förbättra läkartillgången i områden utanför storstadsregionerna.

Möjligheterna för Värmlands läns landsting att rekrytera kvalificerade läkarkrafter bygger i stor utsträckning på att landstinget i konkurrens med andra kan marknadsföra sig som intressant och utvecklingsinriktat. Det har under lång tid och i många olika sammanhang diskuterats på vilket sätt rekryteringsansträngingarna kan systematiseras och förstärkas. Inte minst situationen på allmänläkarsidan har lett till många sådana diskussioner.

Vissa delar av den värmländska sjukvården är speciellt sårbar bland annat ur kontinuitetssynpunkt och därför är det av största vikt att andelen stadigvarande läkarpersonal kan ökas.

Generellt sett är läkarsituationen inom vissa discipliner i länssjukvården ganska bekymmersam, varför det nu är lämpligt att bedriva en mer aktiv rekryteringsansträngning. Målet för denna insats skall vara att generellt förbättra rekryteringen av läkare till landstingsområdet.

Landstingets förvaltningsutskott har följaktligen beslutat i juni 1986 att skapa ekonomiska och personella förutsättningar för extra rekryteringsinsatser. Man har dels anvisat drygt en

halv miljon kronor, dels avdelat en läkare och en administratör att under cirka ett år speciellt arbeta med extra rekryteringsinsatser.

Därmed hoppas Värmlands läns landsting få fram olika förslag till åtgärder som kan ge rekryteringsstimulerande effekter även på längre sikt.

Författarpresentation:

Stefan Hartman, personalchef, rekryteringsamordnare,

Matts Nilsson, hälso- och sjukvårdschef.

Postadress: Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Landstingets kansli, Box 426, 651 07 Karlstad

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distriktssköterskemottagning.

ALLMÄN MEDICIN

kostar 300 kronor för år 1987. Avgiften insättes på postgiro 375440-5.

Ange prenumeration för 1987 på talongen.

ALLMÄN MEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

LB06193

Utvecklingsarbete vid vårdcentralen i Vålberg

GUDRUN ALFREDSSON · BENGT HANSON · BO JACOBSON · INGRID KARM

Under vintern 1985–1986 erbjöds vi delta i en PLF-kurs, det vill säga en kurs i att utveckla primärvårdens ledningsfunktion. Vårdcentralchefen, avdelningsföreståndaren och distriktssköterskornas gruppleddare deltog i utbildningen. Flera olika vårdcentraler i mellan-Sverige som ville vidareutveckla sin vårdcentral, var också med. Dessutom utarbetade varje vårdcentral en rapport, som innehöll projekt och utvecklingsplaner för de närmaste tre åren. Detta arbete slutfördes i februari 1986 och beskrives kortfattat nedan.

Nyckelord: Verksamhetsplanering, primärvård, utvecklingsarbete.

Nuläget

Bengt Hanson och Bo Jacobson flyttade i november 1984 från en typisk problemfylld storstadsvårdcentral i Karlstad till en mindre vårdcentral i Vålberg, 2 mil väster om Karlstad. Det fanns relativt goda personella resurser vid Vålbergs vårdcentral med bland annat två distriktsläkartjänster och en AT/FV-tjänst. Distriktsläkartjänsterna hade dock inte varit ordinarie besatta under det sista året. I upptagningsområdet bor 6.000 personer. Vålbergsområdet inkorporerades med Karlstad storkommun 1971. Upptagningsområdet går dock att dela upp i Nors och Segerstads församlingar. Huvudindustrin är Svenska Rayons textilfabrik som är starkt nedläggningshotad.

I Karlstad finns Centralsjukhuset, som även är länsdelssjukhus och länsjukhus. Primärvården i Vålberg ansvarar för barnvården, mödravården, skolhälsovården och hemsjukvården. Det finns ingen privat – eller fritidspraktiker i området och Karlstads jourläkarbilar kör inte här. Den lokala industrins företagshälsovård fungerar dåligt på läkarsidan – varför vi får en stor del av den problematiken också på Vårdcentralen. Avståndet till Karlstad är 2 mil vilket sannolikt är en av faktorerna till att befolkningen i området i allmänhet söker sig till vårdcentralen i första hand när de blir sjuka.

Initialt förändrades en del rutiner och nya rutiner och metoder infördes

med avseende på utredning, behandling och administration. Därefter beslöt vi oss för att göra någon form av probleminventering i området, för att försöka formulera en viljeinriktning för vårdcentralen inför framtiden.

Vi blev då erbjudna att delta i en PLF-kurs och därmed utarbeta en hälso- och sjukvårdsplan.

3-årsplanen

För att få underlag till denna rapport försökte vi först genom olika centrala register få fram exempelvis diagnosmönster och sjuklighet. Detta visade sig nästan omöjligt, eftersom vårt upptagningsområde är en del av Karlstad storkommun (dessutom väldigt olik Karlstad i övrigt till sin struktur). De allra flesta dylika register går ju ännu inte att bryta ner – till exempel till församlingsnivå.

Som planeringsunderlag gjordes först en områdesbeskrivning, där vi försökt identifiera hälso- och vårdpolitiska riskgrupper. Vi använde oss av befolkningstatistik med prognoser fram till 1990. Vi fann en ökad dödlighet i området under 1984 jämfört med Värmland i övrigt – vilket vi kommer att penetrera. Trafiken är uppenbarligen en riskfaktor, eftersom pendlingen till arbetsplatsen är uttalad. Vi tittade på statistik vad gäller socialbidrag, arbetslöshet, utländska medborgare, försäkringskassestatistik med mera. Därefter beskrivs vårdcentralens struktur med avseende på kommunalt serviceutbud, landstingets hälso- och sjukvårdsutbud och funktion.

Huvudmålet i planen är att uppfylla hälso- och sjukvårdslagets (HS 90) intentioner – bland annat att arbeta för en god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor. Detta är också i enlighet med Värmlands läns landstings sjukvårdsplan HSP 95. Man poängterar att det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet är lika viktigt som den traditionella sjukvården. Vi vill därför arbeta för att Vålbergs primärvård kan förknippas med primärvårdens så kallade honnörsord: Helhetssyn, tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet, samverkan, närhet och trygghet.

För att förverkliga huvudmålet bröt vi ned det i delmål. Dessa ledde i sin tur till mindre projekt, som vi under kurs-tiden dels inledde dels avslutade.

Delmålen

1. Förbättra hemsjukvårdens kvalitet och möjligheter.

Trots Vålbergs centrala läge i Värmland saknas fortfarande kvällsplatser, nattpatrull och trygghetslarm. Diskussioner med bland annat socialförvaltningen har inletts. Vi gjorde en inventering av alla patienter från vårt upptagningsområde som vårdades på sjukhem, långvårdsklinik eller annan sjukhusklinik. Därefter bedömde vi om det sköttes på rätt vårdnivå.

Dessutom fann vi att av dessa 29 patienter hade 8 huvuddiagnosen senildemens, som huvudanledning till sjukhemsplacering. Kommunen planerar att omkring 1988 bygga om Brattska gården (det lokala SMHI) till servicelägenheter. Med ovanstående undersökning som bakgrund har vår sjukhusledning lovat att budgetera pengar och inleda diskussioner med kommunen, om att i samband med ombyggnaden planera för exempelvis 8 senildemensplatser, vilka primärvården kommer att ansvara för.

Kommunen är också positiv till detta förslag. Någon form av dagsjukvård kommer också att planeras i samband med ombyggnaden.

Vid sjukhuset i Grums (8 km sydväst om Vålberg) har vi erhållit 2 avlastningsplatser, som vi själva disponerar och kan lägga in patienter på. På så vis kan vår hemsjukvård planera avlasta anhöriga och även personal vid Brattska gården under 2–4 veckors perioder.

2. Inventera områdets insulindiabetiker – kan de skötas inom primärvården?

Vi är överens med medicinkliniken i Karlstad, om att visa insulinbehandlade diabetiker kan skötas inom primärvården och att även insulininställningar kan ske här. Vid årsskiftet 1985–1986 skötte vi 6 insulindiabetiker. Under årets 8 första månader har medicinkliniken registrerat vilka insulindiabetiker man sköter och som bor i Vålbergsområdet. Under denna tid har viss utremittering skett av ytterligare 5 insulindiabetiker. Dessutom har vi själva pol-kliniskt ställt in 2 diabetiker på insulin.

Registreringen visade att det fanns 32 insulindiabetiker i Vålbergsområdet. Vi kommer nu att inleda diskussioner med medicinkliniken och behand-

lande läkare och därefter erbjuda patienten fortsatta kontroller vid vårdcentralen i Vålberg. Vi har två distriktssköterskor och två mottagnings-sköterskor som har vidareutbildat sig och är kompetenta inom diabetesområdet.

3. Öka vår kunskap vad gäller hypertoni-behandling av äldre.

På initiativ av Svensk förening mot högt blodtryck kommer en dubbelblind, randomiserad, placebokontrollerad studie på cirka 100 centra i Sverige att genomföras. Vårdcentralen har sedan 1 år deltagit i pilotstudien. Syftet är att undersöka om behandling med aktiva blodtryckssänkande läkemedel påverkar sjukligheten och/eller dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar hos patienter 70-84 år gamla. Detta har egentligen aldrig visats tidigare. Man ifrågasätter idag värdet av att hypertonibehandla denna åldersgrupp.

4. Öka vår kunskap om sjukdomsmönstret i vårt upptagningsområde.

År 1985 gjordes en diagnosregistrering vid vårdcentralen i Vålberg, vilken jämfördes med storstadsvårdcentralen Gripen i Karlstad 1984. Skillnaderna speglar befolkningens åldersstruktur i vårdcentralernas upptagningsområde samt vårdcentralernas funktion. Antalet diabetiker i Vålbergsområdet som sköts via vårdcentralen är 134 (2,2 procent av befolkningen) och antalet hypertoniiker 272 (4,5 procent).

5. Öka samarbetet med apoteket.

Detta samarbete är viktigt, eftersom både kunder och utbud är gemensamt - dessutom är apoteket inrymt i Vårdcentralen. Initialt utarbetade vi en sortimentlista för att bland annat få en mera enhetlig läkemedelsförskrivning vid vårdcentralen. Därefter studerade vi försäljningen av hjärtglykosider, lugnande medel och smärtstillande medel vid apoteket 1983-1984 och jämförde med Värmland och riket. Eftersom försäljningen i Vålberg var lägre, blev vi intresserade av att se om detta berodde på att det verkligen skrevs ut mindre preparat vid vårdcentralen - eller om patienterna inte var "trogna" vårt apotek och hämtade ut recepten i Karlstad eller Grums istället. Under november 1986 skall vi därför göra studie för att se var våra recept hämtas ut - eller om de inte hämtas ut alls - (och i så fall vilka läkemedel). Vi skall sedan fortsätta att studera våra förskrivningsvanor - bland annat för att se hur trogna vi egentligen är vår egen sortimentlista.

6. Organisationsutveckling

En tredje distriktsläkartjänst tillfördes vårdcentralen under 1986. Vårdcentralens upptagningsområde är sedan tidigare uppdelat i tre distriktssköterskeområden med vardera 2.000 invånare. Redan nu har de två ordinarie distriktsläkarna var sitt huvudansvarsområde - och delar det tredje.

När den tredje ordinarie befattningsinnehavaren kommer, har varje

ordinarie distriktsläkare sin sektor med tillhörande distriktssköterska, vilket vi tror ökat patient-läkarkontinuiteten och sjukvårdskvaliteten framför allt för de kroniskt sjuka och hemsjukvården. Vi har tre mottagnings-sköterskor, som delar på två tjänster. Dessa håller vi successivt på att utbilda i hypertoni, diabetes och rökavvänjning, så att de på ett medicinskt kvalificerat sätt kan sköta egna mottagningar. De har också delat upp sig så att de har ansvar för var sin sektor. Detta är ingen utpräglad vårdlagsmodell, men en sektorisering som är anpassad till vårt upptagningsområde.

Som ett resultat av PLF-kursen bildades en ledningsgrupp vid vårdcentralen. Den består av vårdcentralchefen, avdelningsföreståndaren samt gruppledarna vid distriktssköterskemottagningarna i Vålberg och Edsvalle. Vi träffas en timme per månad - efter vårdplaneringsgruppens möte.

Vid vårdcentralen Gripen finns en barnläkare i öppenvård som från och med 1986 fungerar som vår barnläkar-konsult. 2 timmar per månad har vi gemensam mottagning vid Vålbergs vårdcentral för remisspatienter. Patienterna får därmed en god sjukvårdsservice och vi samtidigt en utmärkt vidareutbildning.

God fotvård är viktig för flera patientkategorier - bland annat diabetiker och patienter med kärlinsufficiens i benen. Kommunen har från och med våren 1986 slutat subventionera fotvården. Ett besök kostar patienten mellan 80-100 kronor. Om vi skriver remiss kommer patienten undan med 15 kronor, men måste åka minst 3 mil till Karlstad. Vi har från och med januari 1987 fått pengar till 0,2 fotvårdstjänst och utrustning, men letar nu efter lokal då vårdcentralen är för trång.

7. Öka hemsjukvårds- och rehabiliteringsmöjligheterna lokalt genom vårdcentralstillbyggnad.

Vårdcentralen byggdes 1976 och är idag otillräcklig utrymmesmässigt sett. En mindre utredning har gjorts, där vi pekat på nuvarande och framtida behov - speciellt med bakgrund av PLF-projektet. Denna presenterades i sista budgetarbetet och dessutom tillskickad sjukhusdirektionen.

8. Försöka bedöma vårdcentralens tillgänglighet för befolkningen vid akut sjukdom.

På jourtid får befolkningen vid akut sjukdom ringa till rådgivningen och eventuellt därefter söka distriktsläkarejouren vid vårdcentralen Gripen i Karlstad. Under 31 dagar i januari 1986 sökte 40 patienter från Vålbergsområdet distriktsläkarejouren. Vi bedömde alla journalerna och fann att endast 7 besök var onödiga och borde kunna skötas via vårdcentralen, när den öppnade nästa gång.

9. Öka samarbetet med befolkningen, organisationer och myndigheter i

området och informera om friskvård, hälso- och sjukvårdsfrågorna och vara lyhörd för riskfaktorer i vårt primärvårdsområde.

En enkät skickades ut till 200 statistiskt utvalda personer. Svarsprocenten var dock endast 65 procent. Som enda resultat hitintills är att vi från och med hösten -86 erbjuder läkartider från och med 07.30 en dag i veckan.

Bland annat planeras ökat samarbete med socialförvaltningen - speciellt vad gäller ett socialt besvärligt bostadsområde. Journalerna på de personer som står för hyreskontrakten har granskats. Besöksfrekvensen föreföll normal (1,2 besök/år) med adekvat mängd psykosomatik. Man har redan tidigare i andra undersökningar visat att sjukvårdens journaler inte klarar av att identifiera psykosociala riskfaktorer. Dock förefaller kraftiga sociala indikatorer överrepresenterade i området - såsom förtidspension, AMI/AMU-kontakt, polisanmälan och känt alkoholmissbruk.

Personal från vårdcentralen har under året engagerat sig i skolans hälso-lag, områdets samlevnadsgrupp, startad rökavvänjningsgrupp och föreläst på PRO-möte.

Konklusion

Arbetet löper vidare enligt ovan beskrivna riktlinjer. Uppföljning av projektets framskridande planeras om 3 år. Vi har också funnit att PLF-rapporten är utmärkt att ge till nyanställda, vikarier och vårdpersonal under utbildning. De får en heltäckande beskrivning av vårdcentralens upptagningsområde, resurser, arbetsformer och målsättning.

Det har också visat sig värdefullt att inför beslutsfattarna skriftligen kunna beskriva vårt primärvårdsområde och målsättning. Det har under året varit lättare att få gehör för våra förändringsförslag.

PLF-rapporten kan i sin helhet rekommenderas från vårdcentral i Vålberg.

Författarpresentation:

Gudrun Alfredsson, distriktssköterska,


Bengt Hanson, distriktsläkare,

Bo Jacobson, distriktsläkare,

Ingrid Karm, avdelningsföreståndare.

Postadress: Vårdcentralen, 660 50 Vålberg.

Välbalanserad*



*Cardizem® är en ny kalciumkanalblockerare med **välbalanserad** effekt. Detta innebär att Cardizem har en **gynnsam** effekt på såväl perifera kärl som retledningssystem och kranskärl. Därvid **ökar** Cardizem **syretillgången** i myokardiet samtidigt som det **minskar efterfrågan**. Biverkningsfrekvensen är låg.

Cardizem®

(diltiazem HCl)

Kalciumkanalblockerare
vid alla former av angina pectoris.

Tabletter 60 mg med delskåra.
Förp 30, 100 och 300 st.
För fullständig information se FASS.

 **FERROSAN**
ETT FORSKANDE SVENSKT
LÄKEMEDELSFÖRETAG
Box 839 201 80 Malmö

Utbildning vid vårdcentral

STEFAN BERNESJÖ · PER BOLANDER · KARIN EDGREN

Utbildning av vårdpersonal är viktig ur många aspekter. Dels för att få hög vårdkvalité, dels för att få så god ekonomi som möjligt i verksamheten. Vidare kan den ge stimulans i och utveckling av arbetet.

Primärvården har under senare år utvecklats och förändrats mycket. Tillskottet av personal har varit betydande. Som en följd av detta, har behovet av utbildning ökat.

Vid Kristina vårdcentral i Kristinehamn har ett system av utbildningsaktiviteter växt fram.

Nyckelord: Efterutbildning, handledning, internutbildning.

En mera systematisk efterutbildning för distriktsläkare började 1980. Tillsammans med NLV (Nämnden för Läkare Vidareutbildning) stöttade landstinget i Värmland försöksprojekt med efterutbildning av distriktsläkare bland annat i Kristinehamn. Syftet var att få en lokalt förankrad utbildning med deltagande av distriktsläkare, företagsläkare och privatpraktiker inom sjukvårdsdistriktet. Denna efterutbildning i allmänmedicin (EIA) har sedan fortsatt helt i lokal landstingsregi. Två av distriktsläkarna med stöd av en utbildningsledare har varit sammanhållande. Ämnesvalet har varit deltagarstyrt. Under ett år hålls 8-9 utbildningsträffar vardera om 3 timmar förlagt till förmiddagstid.

Exempel på ämnen som tagits upp finns i tabell I. Som lärare har distrikts-

Tabell I.

Ämnen för allmänläkares vidareutbildning (1985-86).

utredning av kirurgiska sjukdomsfall
foniatri för allmänläkare
tandskador - akuta tandproblem
immunologisk diagnostik
referat från riksstämman
samverkan kring LVM och LSPV
datateknik i primärvården
sambhällsmedicin
muskelfysiologi och idrottsskador
chiropraktisk behandling
urinvägsinfektioner

läkare/företagsläkare fungerat, ibland tillsammans med sjukhusläkare eller andra resurspersoner. Dessa har företrädesvis kommit från det egna länsdelssjukhuset.

Övrig personal

Under den tid läkarna har EIA har även övrig disponibel personal utbildning av olika slag. Initialt användes mestadels ITV-program. Senare har en

mera aktiv utbildning med föredrag, studiebesök och grupparbeten också utvecklats. Bland annat har ett sådant grupparbete resulterat i en skärmutställning om förbrukning och kostnader för engångsartiklar. Andra grupparbeten har rört väntrumsmiljön och interna informationsrutiner. Ansvarig för denna utbildning är en av mottagningens sjuksköterskor i samråd med läkare och utbildningsledare.

Morgonsamlingar - avdelningskonferens

Hela personalen samlas en gång i veckan under en timme för information och utbildning. Till en början var det mest information och viss diskussion. Allt eftersom gruppstorleken ökade har också möjligheten till givande diskussion minskat. Utbildningsbehovet har varit stort. Under en del av den här timmen har mera selektiv utbildning givits för olika personalgrupper. Man har här kunnat nivårelatera utbildningen mera exakt och nå olika personalkategorier med den för gruppen relevanta utbildningen.

Kvällskurser

För att kunna erbjuda sjuksköterskorna en utbildning där alla hade möjlighet att delta, har kurser av typ studiecirkel förlagts till kvällstid. Målgruppen har varit mottagnings-sjuksköterskor och distriktssköterskor. I de flesta fall har man haft ett utbildningstillfälle i veckan, cirka 2 timmar. Sammanlagda tiden har varit cirka 20 timmar. Exempel på ämnen som tagits upp är patientmottagarrollen, hypertoni, psykosomatik, diabetes, patientpsykologi.

Handledning för läkare under utbildning

I primärvårdens mottagningsverksamhet ges inte lika många direkta möjligheter till handledning kring patienten som i den slutna vården.

Vi fann att man måste avsätta särskild tid för det. Centralt anordnades inom landstinget utbildning av handledare/distriktsläkare. Dessa förde i sin tur budskapet vidare ut till kollegorna på vårdcentralerna. För nya AT/FV-läkare görs en individuell plan för auskultationer och studiebesök. Se tabell II. Stor vikt läggs vid samarbete med distriktssköterskorna. En gång i månaden följer AT-läkarna med distriktssköterskan ut på hembesök. Varje underläkare får en personlig handledare. En timme per vecka avsätts för handledning. Som regel är denna individuell men vissa ämnen tas också upp i grupp (exempel smittskydd, sjukvårdsadmi-

nistration). Till detta kommer naturligtvis den dagliga handledning som förekommer kring nya eller oklara frågeställningar. FV-läkarna har vidare stimulerats till att göra ett mindre projektarbete tillsammans med handledaren. Exempel på sådana har varit diagnospanorama, blodtrycksmätning i hemmet jämfört med mottagning, värdering av svalgodlingsteknik. För att stärka allmänläkaridentiteten har nyligen startats en FV-läkarklubb med möten en gång i månaden i samband med efterutbildning (EIA).

Tabell II.
Studiebesök/auskultation för AT/FV-läkare.

alkoholpoliklinik	MVC
apotek	remissgenomgång/RP
arbetsvård	skolhälsovård
BVC	telefonrådgivning
distr.arbetssterapeut	vårdplanering/
distr.sjukgymnast	hemsjukvård
försäkringskassa	

Resultat

Efter sex års successiv uppbyggnad av ett utbildningssystem vid vårdcentralen, tror vi oss ha funnit en väl fungerande och rätt dimensionerad utbildning. Här finns möjlighet att nå såväl hela personalgruppen som speciella grupper.

Som ett resultat av efterutbildningen för läkare har vi bland annat fått ett nära samarbete med företagshälsovårdens läkare.

Distriktsläkare har möjlighet att 1-2 gånger per år följa skyddsronder på större företag för att närmare lära känna arbetsmiljöerna bland annat ur medicinsk risksynpunkt. En annan positiv effekt är en förbättrad samverkan med läns sjukvården.

Ett problem har varit att engagera flertalet distriktsläkare i att ta fram förslag till ämnen att avhandla.

En av vårdcentralens sjuksköterskor har successivt kommit att fungera som fortbildningsansvarig och ansvarar för det utbildningsprogram som görs upp varje månad. Det har lett till ökat engagemang för utbildning och verksamheten är helt självstyrande. En tendens finns att använda färre ITV-program och mer "aktiv" utbildning. Den gemensamma utbildningen har också ökat samverkan mellan mottagnings-sköterskor och distriktssköterskor. Ett önskemål vore att här även kunna inbegripa personal från det närliggande sjukhusets akutmottagning.

I en enkät, som samtliga underläkare får fylla i i samband med avslutad AT/FV-tjänstöring har utbildningsfrågorna genomgående fått mycket positiva svar.

Författare:

Stefan Bernesjö, distriktsläkare
Per Bolander, distriktsläkare
Karin Edgren, leg sjuksköterska

Postadress: Kristina vårdcentral,
Box 1014, 681 01 Kristinehamn

LB 06/95

Hemsjukvård i Värmland

Utveckling av projektet sjukvård i hemmet-social hemtjänst i Värmland

BIRGIT JOHANNESON · INGER STRANDBERG

*Värmland var det första lands-
ting som träffade avtal med alla
primärkommuner angående
sjukvård i hemmet och social
hemtjänst. Avtalets paragrafer
angav övergripande mål, medel,
ansvars/arbetsfördelning samt
ekonomisk schablonersättning
mellan huvudmännen. Avtalet
har varit en förutsättning och i
många stycken avgörande för
utvecklingen inom både hem-
sjukvård och hemtjänst i Värm-
land, liksom för samarbetet mel-
lan landsting och primärkom-
munerna. Det kom att tjäna
som förebild för många andra
landsting. I denna artikel
beskrivs utvecklingen av hem-
sjukvården och var den står idag
i Värmland.*

Nyckelord: Hemsjukvård, primärvård, Värmland.

Bakgrundsfakta

Värmland har ett invånarantal på 281.000. Åldersstrukturen kännetecknas av hög medelålder vilket ställer stora krav på sjukvården. Länet har 16 primärkommuner varierande i storlek mellan 4.900 och 74.000 invånare. Till ytan är länet ganska omfattande, 25 mil mellan dess sydligaste och nordligaste delar, cirka 20 mil mellan Norgegränsen i väster och gränsen mot Närke i öster. Länet är indelat i fem sjukvårdsdistrikt med distriktsöverläkare och sjukvårdsföreståndare i primärvårdsledningen.

Försöksverksamhet

Under åren 1978-79 pågick försöksverksamhet inom fyra kommuner. Försöken drevs och formades i stor utsträckning genom personalens direkta medverkan och engagemang. Syfte var att ta reda på hur man kunde:

- göra det möjligt för fler och sjukare människor att vårdas i sina hem.
- skapa förutsättningar för ett gemensamt ansvarstagande kommun-landsting.
- öka hemsjukvårdens kvaliteter bland annat genom lagarbete, ökad aktivering och rehabilitering.

Olika administrativa hjälpmedel testades bland annat patientrapport-

system anpassat för primärvården. I detta ingår individuell, skriftlig vårdplan för de tunga omvårdnadsfallen.

Erfarenheterna från försöken låg till grund för nuvarande organisation, samarbete och avtal med primärkommunerna.

Första avtalsperioden gällde för åren 1980-84. Ny överenskommelse om samverkan och utveckling av sjukvård i hemmet och social hemtjänst har träffats för perioden 1985-89. Konstruktionen är oförändrad men avtalet utvidgat till att omfatta även servicehus med helinackordering (ålderdomshemmen).

Kompetensprincipen

Landstinget tillhandahåller sjukvårdsresurser och sjukvårdsutbildad personal medan kommunen ställer upp med socialt utbildad personal. Varje huvudman svarar för insatser inom sitt kompetensområde. Hänsyn måste också tas till vad som är praktiskt i den enskilda situationen.

Ekonomisk fördelning

Att allt fler handikappade, långtidssjuka och döende människor vårdas i hemmet ställer stora krav på kommunerna. Det är utomordentligt viktigt att de ekonomiska frågorna mellan huvudmännen löses på ett smidigt sätt. I annat fall uppstår stora svårigheter i det praktiska samarbetet på fältet.

I Värmland har den ekonomiska överföringen till kommunerna lösts genom en schablonersättning som motsvarar 10 procent av budgeten för den sociala hemtjänsten. Det har visat sig vara nödvändigt att kommunens och landstingets budgetplanering samordnas så att insatta resurser går hand i hand.

Allt fler samarbetsfrågor aktualiseras i takt med att projektet sjukvård i hemmet-social hemtjänst byggs ut. Samma gäller psykiatri och omsorg om utvecklingsstörda. Ett fast samrådsorgan i varje sjukvårdsdistrikt mellan kommun och landsting har etablerats. På länsnivå pågår kontinuerligt samarbete mellan Kommunförbundets länsavdelning och landstingets kansli. Frågorna förankras efter behov i det politiska samrådsorganet (LAKO). Redan 1980 infördes enhetstaxa för social hemtjänst, det vill säga avgiften är inte timrelaterad utan kopplad till antalet

besök. Då antalet besök per månad nått ett visst tak, är hjälpen utöver detta kostnadsfri. Taxan är inte behovsprövad och gynnar de personer som behöver stora insatser.

Vårdplaneringsgruppen

I vårdplaneringsgruppen ingår:

Socialtjänsten;
Hemvårdsassistent
Gruppledare för hemsamariter
Vid behov adjungeras berörd hemsamarit.

Primärvården;
Distriktssköterska
Distriktsläkare
Distriktsarbetsterapeut
Undersköterska.

Förutom ovanstående personer kan vårdplaneringsgruppen vid behov adjungera andra resurspersoner. Gruppen träffas cirka 1 gång/månad och sedan 1980 finns 70 vårdplaneringsgrupper i länet. Vårdplaneringsgruppens uppgift är att göra en gemensam analys av vårdbehovet i det enskilda fallet såväl från social, psykologisk, som medicinsk synvinkel. Utifrån denna analys diskuteras vilka mål som skall ställas upp, vilka vård- och serviceinsatser som behövs och hur arbetsfördelningen skall se ut. Viktigt är också att följa upp och utvärdera vårdinsatserna utifrån de mål som har formulerats. Tiden mellan vårdplaneringsgruppens sammanträden sköter distriktssköterska och hemvårdsassistent gemensamt den löpande planeringen och fattar beslut om vårdinsatser.

Vem räknas som hemsjukvårdspatient? Varje person som behöver sjukvårdsinsats i hemmet. Har denna person även behov av hemtjänst planeras detta tillsammans med social personal. Någon byråkrati med in och utskrivning i hemsjukvård förekommer inte.

Varje distriktsläkare har i princip tid avsatt för planerade hembesök hos hemsjukvårdens patienter. Terminalvård kräver dessutom läkarbesök på andra tider.

Sviktplatser, avlastningsplatser och växelvård

Sviktplatser står till primärvårdens förfogande vid alla lokala sjukhem och långvårdskliniker. Med kort varsel är de disponibla för sjuka som vårdas i hemmet. Behovet kan uppstå när till exempel en anhörig vårdare blir sjuk. I

en tung vårdssituation, som i hemmiljö plötsligt kan bli orimlig, är tillgång till sviktplatser en trygghet för såväl den sjuke som för de anhöriga och vårdpersonalen och ett viktigt komplement för att hemsjukvården ska fungera bra. Allt fler långvårdsplatser omdisponeras till svikt – och avlastning.

Avlastningsplatserna är också till för att anhöriga vårdare skall kunna få planerade viloperioder och semester. I vissa fall används de för växelvård. Patienten får möjlighet att vistas hemma vissa veckor och den anhöriga orkar bättre i ett längre perspektiv.

Dagsjukvård

Dagsjukvård har stor betydelse som stödresurs för sjukvård i hemmet genom att den:

- ger möjlighet till tidigare utskrivning till hemmet.
- ger möjlighet till speciell fysisk och psykisk träning samt allmän stimulering.
- ger avlastning för anhöriga vårdare.

Dagsjukvården har ökat successivt men behöver byggas ut på flera håll i länet.

Målsättningen är att varje långvårdsenhet skall erbjuda dagsjukvård för sitt upptagningsområde.

Vård i livets slutskede

En målsättning för hemsjukvården är att om en svårt sjuk eller döende människa vill vårdas i det egna hemmet ska det finnas resurser att förverkliga detta önskemål. Viktigt är att ta reda på den enskilda människans anhörigas önskan.

Möjligheter att avlasta anhöriga nat-tetid finns. Många anhöriga kan uppleva det som ett misslyckande om de inte orkar ända till slutet.

Det gäller att vara lyhörd och försöka att i god tid stötta med samtal och insatser av vårdpersonal.

Exempel finns på hur helt ensamstående personer (cancerpatienter) fått sin önskan uppfyllt att dö hemma. Under en kort period har kommun och landsting tillsammans planerat så att patienten haft någon i hemmen dygnet runt.

Landstingets övertagande av sjukvård på "ålderdomshemmen" minskar behov av att äldre förs över till sjukhus eller sjukhem. Primärvården går in med samma resurser som om äldre var kvar i eget boende.

Nätter och helger

En välorganiserad kvälls-, natt- och helgtillsyn är nödvändig för hemsjukvården. Distriktssköterskor finns i beredskap vardagar klockan 17.00–08.00. Lördagar, söndagar och helgdagar har distriktssköterskorna alltid tjänstgöring under dagtid och därefter beredskap i bostaden eller annan plats. Kvällstillsyn är organiserad genom kommunernas hemsamariter och landstingets undersköterskor. Samtliga kommuner i länet har organiserad kvällstillsyn.

Tabell I.

Antal terminalvårdsfall i hemsjukvården i Värmland de senaste åren.

År	Terminalvårdsvall	Varav avlidna i hemmet.
1979	48	17
1982	177	35
1984	249	65
Jan-juni 1985	208	59

I Karlstad kommer distriktssköterskan att vara i aktiv tjänst till klockan 23.30.

Natttillsyn har möjliggjorts genom inrättande av "nattpatruller". Totalt finns 21 patruller i länet. Nattpatruller består av undersköterska anställd av landstinget och hemsamarit anställd av kommunen. Nattpatrullen arbetar mellan klockan 21.00 och 07.00 och gör hembesök efter schema som upprättats av en eller flera distriktssköterskor. I patrullens arbete ingår också att svara för akuta besök hos patienter med trygghetslarm.

Glömska äldre

För "glömska" och "förvirrade" äldre kan det många gånger vara svårt att förverkliga målsättningen att bo kvar hemma. Särskilt om äldre är ensamstående men även om det finns anhöriga som kan, vill och orkar ställa upp.

Landstinget har i samarbete med Karlstad kommun utvecklat ett eget boende för dessa äldre i servicehus med utökad tillsyn. Ett våningsplan av servicehuset är avsatt för detta. Pensionären betalar själv sin hyra och mat, har egna möbler med mera.

Gemensamt för en grupp på 8 personer finns kök, vardagsrum och tvättstuga. Frukost, kaffe och kvällsmat lagas gemensamt. Lunchen intas i servicehusets matsal. Personal finns till hands som stöd dygnet runt. Pensionärerna deltar i dagliga aktiviteter så mycket som möjligt. Försöket som startade hösten 1983 utföll mycket positivt och inom centrala sjukvårdsdistriktet planeras nu ytterligare 3 liknande enheter. Den lilla gruppens gemenskap tycks ha en positiv inverkan på de tidigare mycket förvirrade äldre och kunna ge en individuell omvårdnad. Ansvaret ligger inom ramen för sjukvård hemmet-social hemtjänst.

Dagvård för glömska äldre startades inom fyra kommuner. Viktigt med denna form av dagvård är att under enkla former ge förvirrade äldre en meningsfull dag, samtidigt som de anhöriga någon eller några dagar i veckan kan få en behövlig vila och avkoppling.

Utvärderingen av denna verksamhet görs gemensamt av landstinget och kommunförbundet och beräknas vara klar årsskiftet 1986/87.

Personalutveckling

Avtalet mellan Värmlands läns landsting och primärkommunerna i länet markerade ett ändrat och vidgat inne-

håll av den traditionella hemsjukvården. En av förutsättningarna för att höja den medicinska kvaliteten var att öka antalet sjukvårdsutbildad personal. I samband med avtalet fastställde landstinget ett tillskott på 200 nya tjänster under första fyraårsperioden. Tjänsterna fördelades på distriktssköterskor, undersköterskor, distriktsarbetsterapeuter och distriktsjukgymnaster. Efter första avtalsperioden har landstinget tillsatt ytterligare cirka 25 nya tjänster per år inom hemsjukvården. För primärkommunerna har avtalet inneburit en betydande ökning av antalet hemsamariter.

Vårdskolan i Karlstad har utökat påbyggnadsutbildningen för sjuksköterskor i öppen hälso- och sjukvård från en till två kurser per år. Landstinget i Värmland står dessutom för hela kostnaden för en utbildningskurs, per år och detta innebär att platser kan disponeras till glesbygdsdistrikt med rekryteringsvårigheter.

Samarbete kommer inte av sig självt

Personal anställda av olika huvudmän med olika utbildningsbakgrund, tradition och beslutsvägar måste få information och gemensam utbildning för ett gott samarbete och gemensamt ansvar skall växa fram. Detta är en process som måste ha stöd såväl på ledningsnivå som av politiskt ansvariga.

Avtalet angående sjukvård i hemmet och social hemtjänst innebar i mycket ett förändrat arbetssätt och förändrade yrkesroller. Av undersköterskor med en slutenvårdsinriktad utbildning krävdes en förändrad vårdsyn och ett psykosocialt arbetssätt.

I syfte att underlätta omställningen satsade landstinget till en början på en 4 veckor lång introduktionsperiod för nyanställda.

Introduktionen innehåller en central förlagd teoretisk del. I denna ingår bland annat bemötande av patient och anhöriga, företagshälsovårdens roll och information om tekniska hjälpmedel.

Resten av tiden är förlagd till det lokala sjukvårdsdistriktet och omfattar en teoretisk del på 2–3 dagar. I denna del ges information om primärvårdens organisation och uppbyggnad, vårdideologi, samarbete med primärkommunala insatser, individuell vårdplanering, vård i livets slutskede, hygienfrågor och ergonomi.

Praktikperioden utformas efter individuella behov och anpassas till tidigare erfarenheter.

Praktiken syftar till att den nyanställda undersköterskan får kontakt

med och lär känna hemsamariterna och övriga inom sociala hemtjänsten, distriktsgymnast, distriktsarbetsterapeut, fotvårdsspecialist och vårdcentralens personal.

Nattpatrullernas hemsamariter har inbjudits delta i samma introduktion.

Nyanställda distriktssköterskor får tre dagars centralt förlagd teoretisk introduktion följt av arbetsorientering. Det sistnämnda omfattar kommunens socialförvaltning och hemtjänst, vårdcentralen med flera aktuella vård- och serviceinsatser.

Distriktssjuksköterskornas förändrade roll bland annat till att bli arbetsledare har föranlett fortbildning i arbetsledning.

Genomförande av samverkansavtalet innefattar gemensamma informationskonferenser för arbetsledande personal inom primärvård och sociala hemtjänsten. Alla vårdcentralchefer, distriktssköterskor, hemvårdsassistenter och föreståndare vid servicehus har fått en handledarutbildning vid 2-dagars internat, senare 1-dags konferenser. Syftet är att förstärka en gemensam vårdfilosofi som i nästa steg skall föras ut till övrig personal inom primärvård och social hemtjänst.

Resultat

Motstånd mot förändringar finns alltid i ett initialskele hos alla berörda personalkategorier. "Skynda långsamt" har varit ett motto i planeringen. Personal måste få tid att ställa om sig till nya roller. Nya arbetsrutiner och samarbetskanaler måste få växa fram och mogna. Kvalitet har värderats mera än kvantitet. Har detta lyckats? Många faktorer påverkar en förändringsprocess och någon djupare utvärdering av resultaten har inte genomförts.

Klart synliga resultat

- Långtidssjuka och cancerpatienter i terminalskedet och deras anhöriga väljer allt oftare vård i hemmet. Se tabell I.
- köerna till ålderdomshem, servicehus och sjukhem har minskat.
- antalet klinikfärdiga patienter vid akutklinikerna har minskat trots viss minskning av vårdplatser.
- kriterier för sjukhemsvård har radikalt förändrats.

I patientinventeringarna bedöms hemmet vara adekvat vårdform för många patienter på lokala sjukhem. Som hinder för utskrivning har angetts hospitalisering, avsaknad av bostad, dålig bostad, anhörigas motstånd eller resursbrist i primärvård eller social hemtjänst.

- sjukvårdsdistrikt med relativ god tillgång på vårdplatser har minskat sjukhemsplatser som omdisponerats till dagsjukvård.

- samarbetet och samplaneringen med primärkommunerna har klart förbättrats.

- attityden till primärvården från länsjukvårdens sida har förändrats. Från att ha undervärderat patienternas möj-

ligheter att vårdas i hemmet finns nu ett starkt tryck på primärvården.

Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet gjorde under 1985 en förstudie av samarbetet mellan kommun och landsting samt avtalets konsekvenser. Socialdepartementet beviljar medel för ett forskningsprojekt som beräknas starta i början av 1987.

Hur gå vidare?

Kvaliteten i omvårdsarbetet måste få en mera framskjuten plats. Detta kan ske genom egna utvecklingsprojekt och genom att bättre ta tillvara den forskning som nu finns på området.

Planerade sjukhem kommer med all sannolikhet att ersättas av alternativa vårdformer.

Faran finns att sjukvård i hemmet övertar sjukhusrutiner med samma passiviserande verkan.

Vi måste bort från "den inlärdas hjälplösheten" till att patientens egna

resurser mobiliseras till ett meningsfullt liv.

Sektorisering av psykiatri med fortsatt utslussning till öppen vård kommer att ställa stora krav på sjukvård i hemmet och social hemtjänst.

Förutom ökade personalresurser måste en kraftig satsning på fortbildning komma. Till stora delar bör den läggas gemensamt med socialtjänstens personal.

Sjukvård i hemmet kräver ett medvetet och envetet utvecklingsarbete på många plan för att kunna fungera på patienters och anhörigas villkor.

Författare:

*Birgit Johannesson är sekreterare på primärvårdsektionen.**

Inger Strandberg är sjukvårdsföreståndare för primärvården, Karlstad.

*Postadress: Landstingets kansli, Box 426, 651 07 Karlstad

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

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

De senaste åren har SFAM expanderat kraftigt och har nu nästan 1.700 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter. Internationella kontakter. Föreningen utger ALLMÄN-MEDICIN - 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.

För att 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 1986/87 automatiskt tidskrifterna ALLMÄN-MEDICIN och SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE.

Anmälan om medlemskap i SFAM

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANSIS

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm

Reflotron®

Svar medan
patienten
väntar



mannheim
boehringer

BOEHRINGER MANNHEIM SCANDINAVIA AB
Division Diagnostika
Box 147 • 161 26 Bromma 1 • Tel. 08-98 81 50

De äldres kontakter med primärvården i Forshaga

LB06196

NILS GUSTAF HYLLIENMARK

Olika åsikter om värdet av uppsökande verksamhet för äldre har förts fram. Innan man planerar sådan verksamhet bör man veta lokalt hur kontaktnätet ser ut för den avsedda målgruppen. I upptagningsområdet för Forshaga vårdcentral visar det sig att kontakten är mycket god för gruppen 80 år och äldre vilket tillskrives en sedan länge etablerad primärvård, successivt utbyggt, väl organiserad och adekvat bemannad.

Nyckelord: Äldre, primärvård.

Introduktion

Själv har jag alltid trott att det även i närheten av läkare, sjukhus och vårdcentraler finns en icke helt liten grupp äldre, som aldrig eller mycket sällan anlitar sjukvården. De upplever sig friska eller har andra skäl att icke, annat än vid livshotande tillstånd, söka hjälp. De skulle, har jag menat, ha nytta av en uppsökande verksamhet. Det skulle också vara intressant att studera en sådan grupp.

En norsk undersökning (1) kommer till slutsatsen att särskilda hälsoundersökningar inte är motiverade där sjukvården är väl organiserad och adekvat bemannad. Mot detta står uppgiften (2) att uppsökande verksamhet är angelägen för de äldre. Den artikeln gav impulsen att undersöka vårt lokala kontaktnät med de äldre. Senare har, bland annat vid 1986 års landstingskongress, idén om hälsoundersökning av alla 75-åringar förts fram som något värdefullt.

Primärvården i Forshaga

Undersökningen avser Forshaga församling inom Forshaga kommun och det är också det naturliga upptagningsområdet för vårdcentralen i Forshaga. Befolkningen uppgår till cirka 7.000. Vårdcentralen har sedan 1977 tre tjänster för allmänläkare, samtliga ordinarie besatta, och en underläkartjänst. För sjuksköterskor finns två och en halv tjänst och även för övriga personalkategorier är bemanningen god.

I separata lokaler men i samma byggnad finns distriktssköterskor, undersköterskor för hemsjukvård, sjukgymnaster och distriktsarbetsterapeut.

Vårdcentralen är också samlokaliserad med ett sjukhem med 60 platser och ett vanligt ålderdomshem för lika många.

Forshaga fick sin första bofasta läkare i början av seklet och har därefter alltid haft på platsen verksamma läkare. Provisiolläkartjänst inrättades dock först 1957.

Undersökningsmetod

I försäkringskassans register har alla födda 1903 och tidigare uppsökts. De var alltså vid undersökningen, vars siffror var aktuella i november 1983, 80 år eller äldre. Begränsningen nedåt i åldrar blev rent praktiskt bestämd då materialet måste hanteras manuellt. I första hand sökte jag journaler vid vårdcentralen och sjukhemmet. Med ledning av journaluppgifter har sedan de, som sköttes i öppen vård, delats upp efter olika kontaktmönster. De som inte hade journaler vid vårdcentralen eller sjukhemmet eftersöktes i distriktssköterskornas arkiv. Endast några få föll utanför dessa grupper.

Resultat

Totala antalet personer 80 år eller äldre var 193, varav 127 kvinnor. Fem var över 90 år. Två av dem var intagna på sjukhemmet och tre på ålderdomshemmet och alltså bodde ingen av de allra äldsta kvar i eget hem. 134 av de 193 kallades regelbundet till vårdcentralen för undersökning, motiverat av deras kroniska sjukdomar och deras behandling. 37 av dessa bodde på ålderdomshemmet. På sjukhemmet vårdades 23 och inom hemsjukvården åtta. Det innebär att 165 personer eller 85 procent har en regelbundet organiserad kontakt med vårdcentralen.

Sporadiska besök hade 23 personer gjort och 13 av dem hade gjort sitt senaste besök under det sistlidna året. Enbart för två låg kontakten långt tillbaka i tiden. En man hade inte haft läkarkontakt de senaste tio åren men väl distriktssköterskekontakt. En kvinna hade inte alls någon kontakt med primärvården sedan tolv år men jag vet genom det informella nätet på en liten ort att hennes aktivitet i hem och samhälle är normalt. Övriga sporadiska besökare har vi sett de senaste fyra åren. De har i regel sin normala läkarkontakt på annat håll såsom hos privatläkare eller vid sjukhusmottagning. För

flera av dem har vi epikriser eller andra läkarmeddelanden som nått oss efter vederbörandes senaste besök.

Fem personer saknades i vårdcentralens arkiv men tre av dem fanns hos distriktssköterskorna. Två av dem hade regelbunden sköterskekontakt men avböjde läkarkontakt och den tredje avböjde all kontakt som ett symptom på sin psykiska sjukdom. Den var oss väl bekant men inte formellt journalförd.

En liten rest på två namn återstod och adressen för ett av dessa namn var ett sjukhem anslutet till vårt gamla mentalsjukhus. Sedan många år fanns ingen kontakt mellan denna person och hennes mantalsskrivningsort. Det allra sista namnet tillhörde en kvinna som flyttat in ett par år tidigare och behållit sin gamla läkarkontakt och icke heller gjort något sporadiskt besök. Någon månad efter jag avslutat namninsamlingen kom hon spontant. Den gamla doktorn hade gått i pension och därefter har jag sett henne regelbundet.

Slutsats

Jag fann inte vad jag sökte, en målgrupp bland de äldre där uppsökande verksamhet kunde vara angelägen. Nästan alla hade redan kontakt med sjukvård. Varför? Den undersökta gruppen är bostadsmässigt stabil. Ingen hade flyttat de senaste åren. Primärvård med lokalt verksam läkare och annan personal har gamla anor och utbyggnad har skett successivt svarande till rimliga behov. Organisation och bemanning tillfredsställer närhet, lättillgänglighet och kontinuitet. Så har verksamheten rekommenderat sig själv, både utåt mot befolkningen och mot den slutna vården. Riktade preciserade undersökningar som kan bli aktuella kan lätt inordnas i den löpande verksamheten.

Referenser:

1. Thomasson et al: Benefits of health screening among the elderly. Scand J of Prim Health care 1983;1: 25-32.
2. Gustavsson M et al: Hur mår våra äldsta? AllmänMedicin 1983;4: 168-170.

Författarpresentation:

Nils Gustaf Hyllienmark är distriktsläkare vid Forshaga vårdcentral.*

*Postadress: Vårdcentralen, 667 00 Forshaga

L1306197

Terminalvård i hemmet

En vårdberättelse

CARIN JANSON

*Himlen är oförsonlig
i sin ogenomtränglighet.*

*Bara det som är oförklarligt
har nu sitt intresse.*

*Där döljs det som vi aldrig ska
få veta*

*och som är det enda som tvingar
oss vidare.*

*Kanske är det inget annat
än gränsen mellan två tillstånd.*

*Det korta ögonblicket
då den överskreds.*

Agneta Pleijel

Jag har valt att beskriva denna terminalvård, då den var intressant ur olika aspekter.

- Den var tekniskt krävande.
- Den var psykiskt krävande.
- Den var billig för landstinget.

Att vårda en patient i hemmet har central venkateter och intravenös näringstillförsel kräver personal med specialkunskaper på detta område. (Se bil.) Det är självklart att distriktssköterskor har denna kunskap. I det fall jag beskriver var det nödvändigt, att vi som behärskade tekniken arbetade extra på kvällar och helger för att bereda patienten möjlighet att vara hemma. Vi fick också hjälp av sjuksköterskor från den kirurgavdelning, som patienten skrevs ut ifrån.

Att ha ansvar för tekniskt avancerad vård i hemmet är psykiskt krävande. Döendeproblematiken som sådan väcker ofta ångest hos den som vårdar. I hemsjukvården arbetar man ofta ensam och har därför ingen att prata med när situationen känns svår. Övertid på kvällar och helger, nödvändigheten att passa tider, att vara beredd att bli väckt på natten är stressande.

Vårdtiden i detta fall blev så pass lång att vi som bar huvudansvaret blev patientens personliga vänner. Detta gjorde att vi kände behov att vara henne nära för att ge tröst och hjälp. Samtidigt hade vi alla andra patienter och arbetsuppgifter på distriktet som skulle skötas. Allt sammantaget gav känslor av trötthet och otillräcklighet. Stimulansen var att kunna tillmötesgå en människa vars enda önskan var att få dö hemma. Vården var meningsfull och lärorik. Denna terminalvård, så som de flesta i hemsjukvården, byggs till stor del på personalens medmänsklighet, då den inte ryms inom schemalagd arbetstid.

Landstingets dygnskostnad för denna patient var cirka 553 kronor. I denna summa ingår personalkostnad, reseersättning och materialkostnad. Kostnader för nutrition, läkemedel och blöjor bestreds i sin helhet av Riksförsäkringsverket, då detta rekvirerades från apoteket på recept och hjälpmedelskort. Då största delen av vården bedrevs på schemalagd arbetstid, betald med månadslöner, har jag räknat på den overtid, reseersättning och materialkostnad som betalats av landstinget för just denna patient. Dygnskostnaden blir med detta räknasätt 338 kronor. Riksförsäkringsverkets kostnader för läkemedel, infusionsvätskor och blöjor var cirka 260 kronor per dygn. Denna del av vårdkostnaden hade belastat landstinget om patienten hade vårdats i slutna vård.

Trots att denna terminalvård var mänsklig och resursmässigt försvarbar fick vi strida för att få disponera droppräknare för patientens och vår egen trygghet.

Bakgrund

Från att det förr var vanligt att människor fick sluta sitt liv i sitt hem, har det under de senaste decennierna blivit mer och mer vanligt att dö på sjukhus. Denna utveckling har många orsaker:

- Den ökade rörligheten på arbetsmarknaden gör att många inte har närboende anhöriga, som kan ställa upp vid sjukdom och död.
- Kvinnorna, som varit de naturliga vårdarna i hemmet, har numera förvärsarbete i högre grad än tidigare och är därför förhindrade att stanna hemma och vårda anhöriga.

- På grund av utvecklingen inom sjukvården finns större möjligheter att bota sjukdomar och förlänga livet genom medicinska ingripanden. Så länge hoppet om bot och bättring finns, känns det naturligt för patient och anhöriga med sjukhusvård.

För alla kommer trots allt den dag då livsuppehållande åtgärder är meningslösa och då sjukvården endast kan erbjuda tröst och lindring till den döende. Många människor har uttryckt sin önskan att vårdas hemma vid sjukdom och även att få dö hemma. Under de senaste tio åren har landsting och kommuner arbetat för att möta detta behov och utvecklat ett nära samarbete för sjukvård i hemmet.

Det avtal som 1980 upprättades mellan Värmlands läns landsting och kom-

munerna reglerar de båda huvudmännens åtaganden i den vård som bedrivs i hemmet. I stora drag går avtalet ut på att landstinget genom primärvården ansvarar för att medicinsk utrustning och medicinskt utbildad personal ställs till patientens förfogande i hemmet. Kommunerna ansvarar genom hemtjänsten för att omvårdnadspersonal tar hand om patientens personliga omvårdnad samt hemmets skötsel. Patientens anhöriga har givetvis en mycket viktig roll i vården, men kan genom hemsjukvården avlastas mycket arbete och ansvar. Patienter som inte har anhöriga, som kan ställa upp har genom hemsjukvårdens tillkomst ändå möjlighet att vårdas hemma och även dö hemma.

I vårdplaneringsgruppen, som består av representanter för landsting och kommun planeras vården för den sjuke. Patientens och de anhörigas inflytande över vården är den viktigaste faktorn i en god vård. För att de anhöriga skall känna trygghet och orka med vården hemma, bör sviktplatser på sjukhuset stå till förfogande för avlastning.

Syfte

Syftet med denna patientstudie är att beskriva den verklighet som är en direkt följd av det avtal, som hemsjukvården bygger på. Jag räknar med att alla som arbetar med utvecklingen av hemsjukvården är intresserade av hur den fungerar i praktiken. Det är många problem som är omöjliga att förutse och kan därför inte regleras i avtal. Ju mer erfarenhet som samlas in från vårdarna desto större möjlighet bör våra beslutsfattare ha att förse hemsjukvården med de resurser som krävs för att infria löftet till befolkningen att få vårdas hemma vid sjukdom och död.

Vårdberättelse

Jag träffade Liv första gången på distriktssköterskemottagningen en vårdag -84. Hon var en robust kvinna på 58 år med stadig blå blick och ett drag av okuvlighet över sin person. Hon berättade öppet och utan förnekande om sin svåra sjukdom. Hon hade en blåscancer, som spridit sig till tarmen. Trots många och svåra behandlingar hade sjukdomen inte gått att hejda. Hon berättade hur hon och doktorn vandrat fram och tillbaka i korridoren med armarna om varandras axlar, när hon fick det svåra beskedet, att inget mer

fanns att göra för att bota hennes sjukdom. Trots smärtan och tårarna över sin hopplösa situation upplevde hon doktors trofasthet och medmänsklighet som en stor tröst.

Nu sökte hon min hjälp för sin envisa förstoppning. Hon var medveten om att tumören hindrade passagen och var inställd på att det kunde bli totalstopp i tarmen. Liv kom varje vecka till mottagningen. Hon var orolig för att behöva bli inlagd på sjukhuset. Hon kände det meningslöst och nedbrytande att vara på sjukhus, när man inte kunde bota hennes sjukdom. Hon var också i stort behov att vara hemma för familjens skull. Hon fick information om vad hemsjukvården kunde göra för henne och vi uppmanade henne att tala med make och barn om att vara kvar hemma trots att sjukdomen fortskred.

En söndag i mitten på augusti blev jag kallad hem till Liv. Hon hade svåra smärtor i magen och kräkningar. Det fruktade totalstoppet i tarmen var ett faktum. Liv fördes till sjukhuset för undersökning och ställningstagande till behandling.

Vi har hunnit till mitten av oktober. Det är en klar höstdag med solsken över gula löv. Jag kör in på den smala byvägen och där i vägkröken faller en lönn sina sista blad. Liv skall inte få se den lövas igen. Jag kör upp mot det gula huset. Liv skall komma hem. Hemvårdsassistenten, arbetsterapeuten, min intensivvårdsutbildade kollega och jag har varit uppe på sjukhuset och planerat för hennes vård i hemmet. Stoppet i tarmen har inte kunnat hävas. Liv kräks upp allt hon äter och måste därför försörjas med intravenös näringstillförsel via central venkateter.

Vi har utrustat hemmet med:
hemsjukvårdssäng och sängbord
fristående toalett
droppställning
droppräknare

Från centralförrådet har rekvirerats:
infusionsaggregat
förlängningsslangar
sprutor och kanyler
omläggningmaterial
handskar, häftor med mera.

Från apoteket har hämtats:
näringlösningar
elektrolyter
vitaminer
analgetika

En ovärderlig tillgång i denna situation var den sjuksköterska i distriktsjukvården som hade intensivvårdsutbildning. Hon och jag stod nu tillsammans med Livs make på trappan och såg hur ambulansen försiktigt och mjukt tog kurvorna upp mot huset.

Ett dagboksblad

Klockan 8.30

Jag sätter mig i bilen och åker milen ut till Liv. Liv är ensam i huset. Maken började sitt skift klockan 05.00 förmiddag, så hon har legat ensam fyra timmar med droppräknaren tickande bredvid sig. Barnen bor inte hemma längre, de är vuxna och utflugna. Jag

tar nyckeln ur plastpåsen under brändan på verandan och låser upp dörren. Medan jag tar av mig kappan ropar jag "Hej Liv, nu är jag här". Först går jag ner i källaren för att proppa värmepannan full med ved. Det finns bara lite glöd i botten i pannan och den får inte slockna.

I Livs säng ligger förutom hon själv två tjocka röda katter hoprullade och sover. Droppet är snart slut. Jag frågar Liv om hon vill ha frukost. Jo, lite välling vore nog gott. Vi vet båda att den snart kommer upp igen, men det finns ändå ett värde i att få äta lite, att få känna smaken i munnen. Jag går ner i köket och gör välling. Katterna följer med ner och får lite mat samtidigt. Jag tar vitaminerna ur kylen och bär upp brickan.

Medan Liv äter och tar sitt morgonbloss gör jag i ordning droppflaskan. Det skall vara tillsats av natrium och kalium, heparin och vitaminer. Aggregat och förlängningsslangar fylls och droppet är klart att sätta. Katterna är tillbaka i sängens fotända. De tittar gult och snett på mig och jag tittar snett tillbaka, för jag vet inte vad hygiensköterskan har att säga om katter i sängen vid skötseln av central venkateter. För säkerhets skull får de flytta sig till soffan i hallen. Jag gör omläggning av insticksstället för venkatetern, sätter droppet och tar venprover för kontroll av salt- och vätskebalans. Vi pratar om hur natten har varit, om det är något särskilt vi skall ordna under dagen och så vidare. Nu är jag klar med mitt morgonpass. Snart kommer vårdbiträdet och hjälper Liv med hygien, bäddar och städar. Så ger jag mig iväg till andra patienter och uppgifter.

Klockan 15.45

När jag kommer tillbaka på eftermiddagen är maken hemma. Han slutar sitt skift klockan 14.00, så Liv är ensam cirka en timma mitt på dagen efter att vårdbiträdet gått klockan 13.00.

Om Liv behöver hjälp när hon är ensam, har hon telefonen vid sängen och får ringa till distriktssköterskemottagningen eller sin avdelning på sjukhuset.

Klockan 16.00 är det slut i droppflaskan. Jag spolar igenom slangarna med heparinlösning, stänger alla kranar och fäster slangändan ordentligt på bröstet och Liv kan stiga upp. Jag bäddar sängen och bär ner avfallspåsen. Den här tiden på dagen mår Liv dåligt och kräks mycket. Jag lämnar Liv i soffan framför TV:n.

Klockan 21.00

En ny flaska näringlösning skall sättas. När jag kommer sitter Liv och hennes man i TV-soffan hand i hand. De har haft besök av barnen under kvällen och det står vackra blommor i en vas på bordet. Katterna håller sängen varm. Liv är trött men nöjd. Vilken skillnad att få vara i sitt eget hem med man och barn och egna saker omkring sig, att slippa sjukhusrutiner och be-

sökstider, att få vara sig själv i sin egen miljö. Den medicinska tryggheten och säkerheten vägde lätt mot detta. "Nu blir det skönt att komma i säng", säger Liv.

Jag gör i ordning en ny droppflaska med tillsatser, spolar slangarna med heparinlösning och kopplar till droppräknaren. När räknaren tuffar igång säger Liv: "Den låter som en Vänerskuta". Hon har tyckt om att fiska och nu kan hon drömma sig bort över Väners vatten till ljudet av en droppräknare. Natlampan lyser, jag lutar lappen med mitt telefonnummer mot telefonen på bordet. "God natt och sov så gott. Vi ses i morgon."

Vården av Liv i hemmet varade i fem månader och tre dagar med korta avbrott för sjukhusvård. Hon fick med tiden vätska i lungsäcken och måste tappa ut denna för att underlätta andningen. Vid varje sjukhusbesök ville Liv hem så fort som möjligt. Besvär med andnöd, smärtor, bensvullnad och trötthet ökade successivt under vårdtiden. Under sista månaden fick Liv en fistel i operationsärrat på magen, där tarminnehåll rann ut. Hon fick också besvär med urininkontinens.

Vårdinsatserna ökade mot slutet men inte förrän de sista 14 dagarna hade Liv ständigt övervak. En anestesiläkare hade huvudansvaret för den intravenösa nutritionen och smärtlindrande behandlingen. Liv fick Treo comp och Ketogin supp och tyckte att hon fick bra smärtlindring av denna behandling. Sista tre veckorna fick hon dessutom Morfin. Distriktsläkaren gjorde regelbundna hembesök och detta uppskattades mycket av patient och anhöriga.

Relationen patient – vårdare

Ge så mycket du orkar

- inte mer.

Ta emot så mycket du får

- inte mindre.

Siv Arb

Hur är det att vara nära någon, som har en kort tid kvar att leva och som vet att slutet närmar sig?

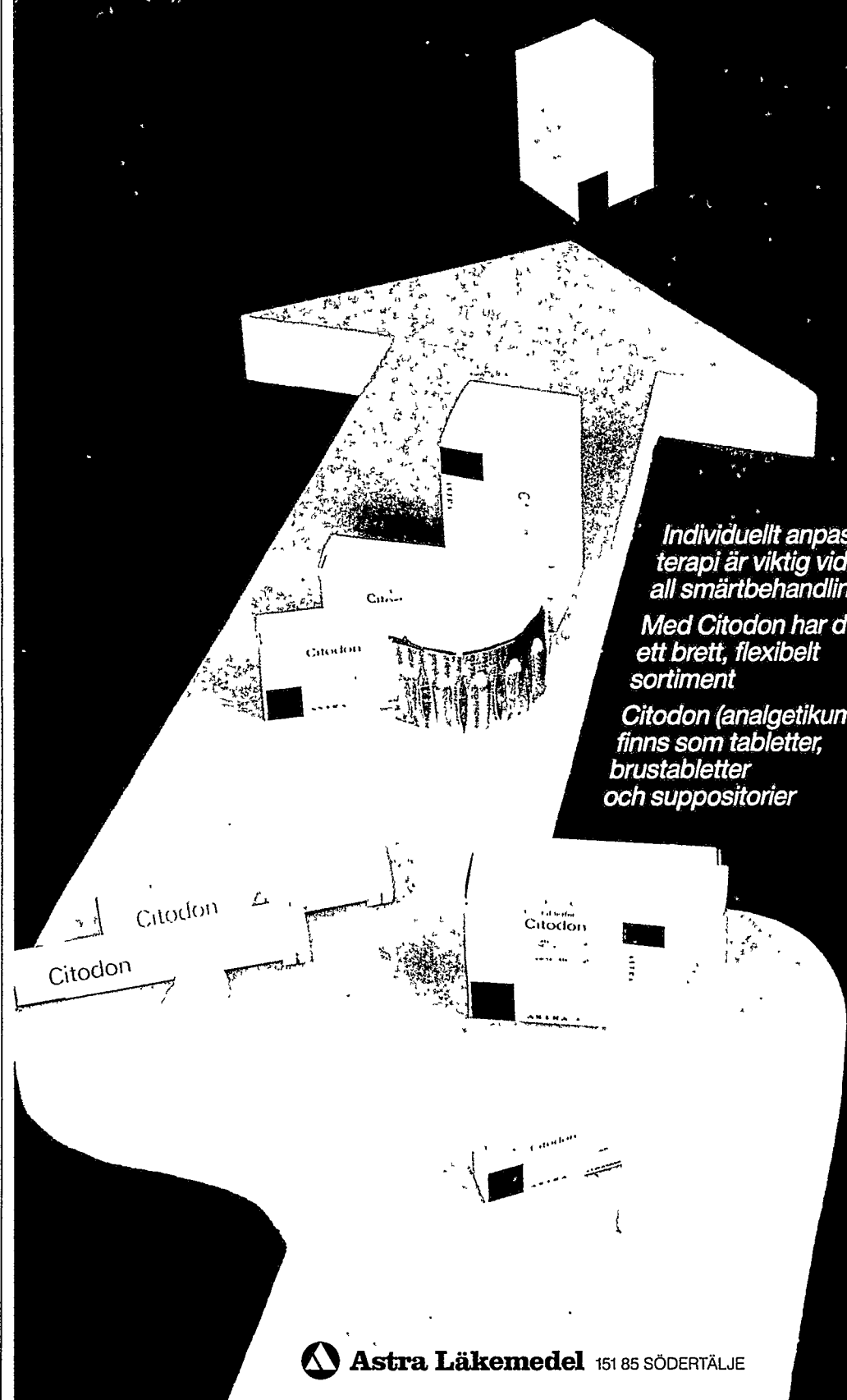
Liv visste att hon skulle dö. Hon hade passerat stadierna av förnekande. Hon hade resignerat och accepterat. Hon sörjde det liv hon hoppats på för sig och maken. Nu stod barnen på egna ben. Nu när de skulle få tid för varandra och sina egna intressen var tiden slut, de skulle inte få följas åt in i ålderdomen. Vilken tröst kan jag ge, när döden är det enda säkra? Hur nära vågar jag vara en människa, som närmar sig den stora ensamheten?

Ge så mycket du orkar - inte mer.

Liv hade mycket humor och värme. Hon var intresserad av människor och berättade ofta om sin barndom och uppväxt, om sin familj och om händelser i sitt liv. Hon var också intresserad av oss som skötte henne, hur vi hade det i våra liv. Vi skämtade ofta med varandra, vi behövde det för att stå ut med

Citodon® leder utvecklingen

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg ▲



*Individuellt anpassad
terapi är viktig vid
all smärtbehandling*

*Med Citodon har du
ett brett, flexibelt
sortiment*

*Citodon (analgetikum)
finns som tablett,
brustabletter
och suppositorier*



Astra Läkemedel 151 85 SÖDERTÄLJE

det plågsamma i situationen. Jag fick mycket av Liv. Hon gav mig en känsla av att jag gjorde något värdefullt och jag kände att jag var hennes vän.

Ta emot så mycket du får - inte mindre.

Liv dog en eftermiddag i mitten av mars. På kvällen återvände jag till familjen. Trots sorgen kände alla en glädje och tacksamhet över att Liv fick vara hemma till slutet. Det var ju så hon ville ha det.

Materialkostnader

Det sjukvårdsmaterial som användes i vården av denna patient och som belastade kontot för hemsjukvården rekvirerades i sin helhet från centralförrådet på sjukhuset.

Material som användes var:

Infusionsaggregat
Förlängnings slangar
Injektionssprutor
Kanyler
Kompresser
Tape
Mefix häfta
Rondskålar

Totalkostnaden för materialet var 5.365 kronor. Vilket gör en dagskostnad på 35.30.

Blöjor och lakanskydd rekvirerades på hjälpmedelskort från apoteket. Kostnaden för detta material var cirka 900 kronor och betalades i sin helhet av Riksförsäkringsverket.

Läkemedelskostnader

På grund av den intravenösa nutritionen blev läkemedelskostnaden för denna patient hög.

Den dagliga tillförseln var 2000 ml näringslösning med tillsats av elektrolyter och vitaminer. Läkemedel i övrigt var smärtstillande medel samt diuretika.

Den totala kostnaden för nutrition och läkemedel var cirka 39.525 kronor, vilket gör en dagskostnad på 255 kronor.

Då patienten hade frikort som gällde under största delen av hemsjukvården bestreds läkemedelskostnaden av Riksförsäkringsverket.

Personalkostnader

Mina beräkningar av personalkostnaderna grundar sig på lönegrad K 23/31 för distriktssköterska och K 17/24 för undersköterska.

Hemsjukvårdens insats var under de fyra första månaderna cirka 4 timmar/dygn fördelat på 3 besök. Sista 14 dagarna krävdes övervak, som delades mellan undersköterska och anhöriga. Patienten hade hjälp 2 timmar 5 dagar i veckan av vårdbiträde från kommunens hemtjänst.

Besök av distriktssköterska under schemalagd arbetstid: 309 timmar à 53.70= 16.593.30.

Besök av distriktssköterska under schemalagd arbetstid med ob-tillägg à 12.60: 147 timmar à 66.30= 9.746.10.

Besök av distriktssköterska på kval övertid: 162 timmar à 128.90= 20.881.80.

Besök av undersköterska under schemalagd arbetstid: 138 timmar à 48.20=6.651.60.

Besök av undersköterska timtid med ob-tillägg (natt + helg): 149 timmar à 60.80= 9.050.20.

Summa 62.932 kronor.

Reseersättning 1.000 mil à 15.70= 15.700 kronor.

Kommunalt anställt vårdbiträde: 190 timmar à 38.60= 7.334 kronor.

Patienten vårdades hemma i 152 dagar.

Dagskostnad:

Värmlands läns landsting 553 kronor.

Säffle kommun 49 kronor.

Riksförsäkringsverket 260 kronor.

Totalt 862 kronor.

Författare:

Carin Janson, distriktssköterska i Säffle.

Postadress: Vårdcentralen, 661 00 Säffle

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 OCH PASSIV RÖKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 10630 STOCKHOLM.

Skillnader i hjärtinfarktdödlighet för medelålders män i mellan-Sverige

CHRISTINA NERBRAND

Inom den mellansvenska regionen föreligger stora skillnader i dödlighet i hjärtinfarkt för medelålders män. Den högsta mortaliteten finner man i regionens västra delar och den lägsta i de östra. Skillnader i traditionella riskfaktorer kan knappast förklara mortalitetsskillnaderna. I denna studie framkommer intressanta samband mellan flera psykosociala variabler och vattnets hårdhet och mineralinnehåll.

Nyckelord: Samhällsdiagnos, hälsoprofil, epidemiologi.

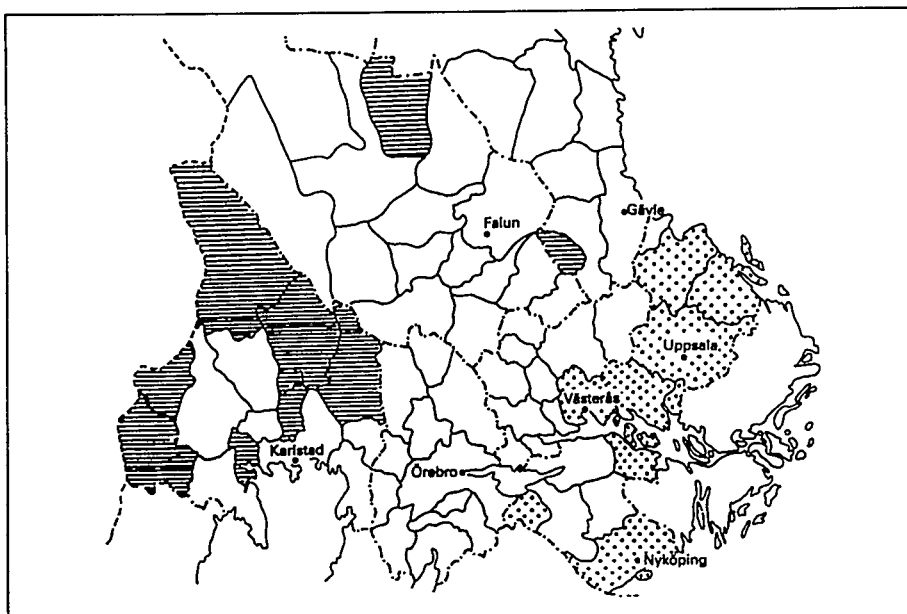
Betydande skillnader i total dödlighet och framför allt dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom - IHD - föreligger inom den mellansvenska regionens 76 kommuner. Inom det forskningsprojekt, som bedrivs av Allmänmedicinska institutionen i Uppsala med att framställa kommunprofiler för regionens kommuner har även en studie i mortalitetsstatistik genomförts. En närmare analys av mortalitetsdata visar, att både den totala dödligheten samt död i IHD och cerebro vascular lesion-CVL - är markant högre i de västra delarna av regionen än i de östra. Skillnaden gäller för båda könen och är konstant över tiden.

Mortalitetsstatistik på kommunnivå
För att studera bakomliggande riskfaktorer och diskutera eventuellt andra bakgrundsfaktorer, som kan vara sjukdomsframkallande, har vi valt att närmare studera gruppen män 45-64 år inom de olika kommunerna.

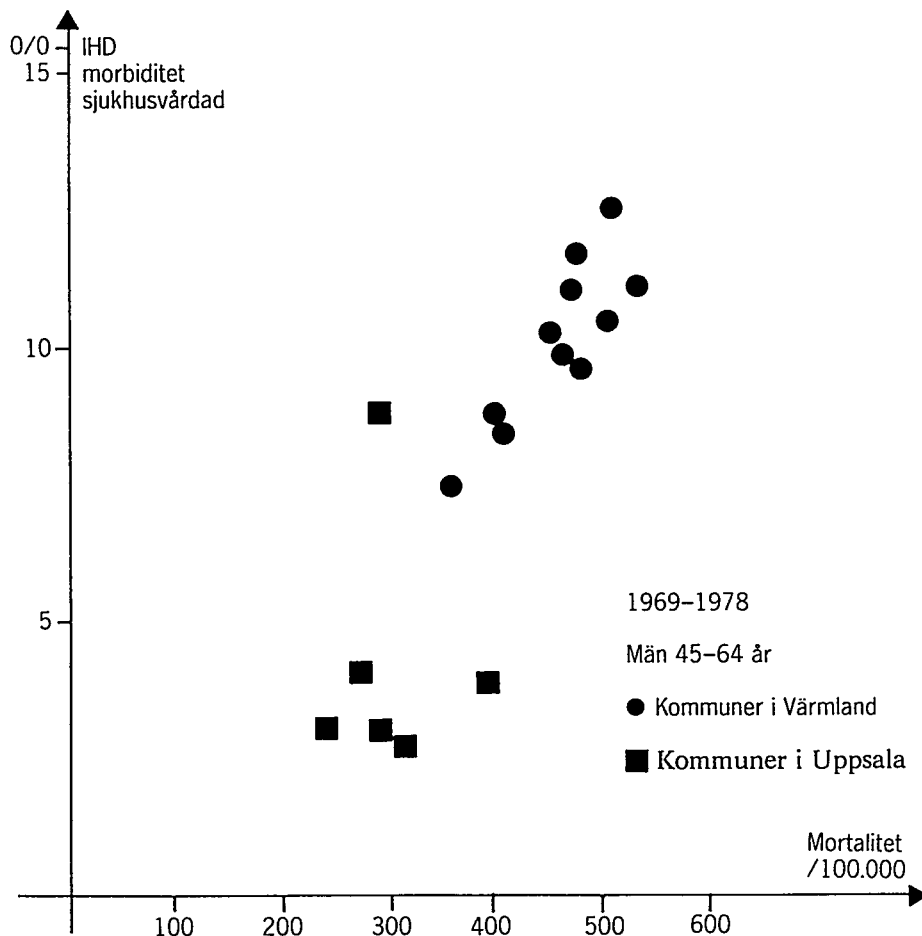
I denna åldersgrupp är det stora skillnader i dödlighet som kan konstateras. Vid rangordning av de 76 kommunerna visar det sig att de 10 kommunerna med högsta dödligheten i IHD, 1968-1978 befinner sig i Värmlandskommuner och bland de kommuner med den lägsta dödligheten ligger samtliga i den östra delen av regionen (10, 11).

I Torsby kommun i Värmland, som har den högsta mortaliteten är dödligheten 2, 3 gånger så stor som i Enköping som har den lägsta (figur 1).

För att utesluta möjligheten av en slump har dödligheten studerats i tidsperioder över 5 år och även i större åldersgrupper men skillnaderna kvar-



Figur 1. Män döda i ischemisk hjärtsjukdom under åren 1969-1978 (45-64 år). Kommun med hög dödlighet (475-558 döda/100.000 invånare) är streckad. Kommun med låg dödlighet (248-317 döda/100.000 invånare) är prickad.



FIGUR 2. Samband mellan sjukvårdade infarkter och dödlighet i 11 av kommunerna i Värmlands län och 6 kommuner i Uppsala län.

står. Under den tid man har undersökt, 1969–1983, har i majoriteten av kommunerna dödligheten ökat under den senaste tidsperioden men däremot har mönstret varit detsamma, det vill säga de kommuner som låg högt under första perioden ligger också högt under den senare och omvänt. En annan tendens man kunde studera var att mortaliteten i IHD var lägre i folkrika kommuner än i de med färre invånare.

Morbiditetsjämförelser och analys av dödsbevis

För att ytterligare verifiera de skillnader som konstaterats i mortalitetsstatistiken har en studie av morbiditeten i vissa kommuner i Värmland och Uppsala län utförts. Vid sjukhusen i Arvika, Kristinehamn, Karlstad, Enköping och Uppsala har en registrering kommunvis utförts på de patienter som under perioden 1969–1978 vårdats under diagnosen akut hjärtinfarkt.

Morbiditeten i de undersökta kommunerna följer mycket nära den mortalitet som dödsbevisen anger (figur 2). Då obduktionsfrekvenserna varierar kraftigt inom regionen har dödsbevisen i Eda kommun där obduktionsfrekvensen angavs låg studerats. Alla dödsbevis på män i åldern 45–64 år avlidna under åren 1972–81 (105 st) har studerats med avseende på hur dödsorsaken har fastställts. Vid dödsfall utanför sjukhus har hälften obducerats av patolog och för övriga har en klinisk diagnos ställts på sjukhus.

Internationella jämförelser

Det föreligger således en klar geografisk gradient med öst-västlig riktning i mellansverige (figur 3). Denna skillnad som föreligger här är väl jämförbar med de skillnader man funnit i andra länder. Mest känt är förhållandena i Finland, där man finner en uttalad syd-väst-nordostlig gradient med höga dödlighetssiffror i Karelen (1, 2).

Andra länder där man har noterat regionala skillnader i IHD-mortalitet är Storbritannien, Belgien, Canada, USA och Italien.

Man har naturligtvis i dessa länder studerat de traditionella riskfaktorerna för ischemisk hjärtsjukdom, men man har inte kommit till någon övertygande förklaring varför de skillnader som finns är så stora och bestående. I Finland har man noterat skillnader i rökning och blodfetter men inte helt kunnat förklara skillnaderna i mortalitet med detta. Man har för att förklara skillnader även spekulerat i andra faktorer som kan påverka insjuknande och livsstil och i dessa diskussioner har koncentrerat sig kring metaboliska det vill säga mineraler och spårämnen, genetiska, psykosociala och socioekonomiska faktorer.

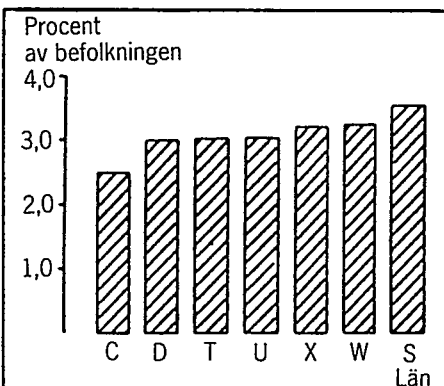
Riskfaktorer

I Sverige finns inga systematiska studier över blodlipider, rökvanor och blodtryck på kommunnivå. De resultat som finns tillgängliga är populations-

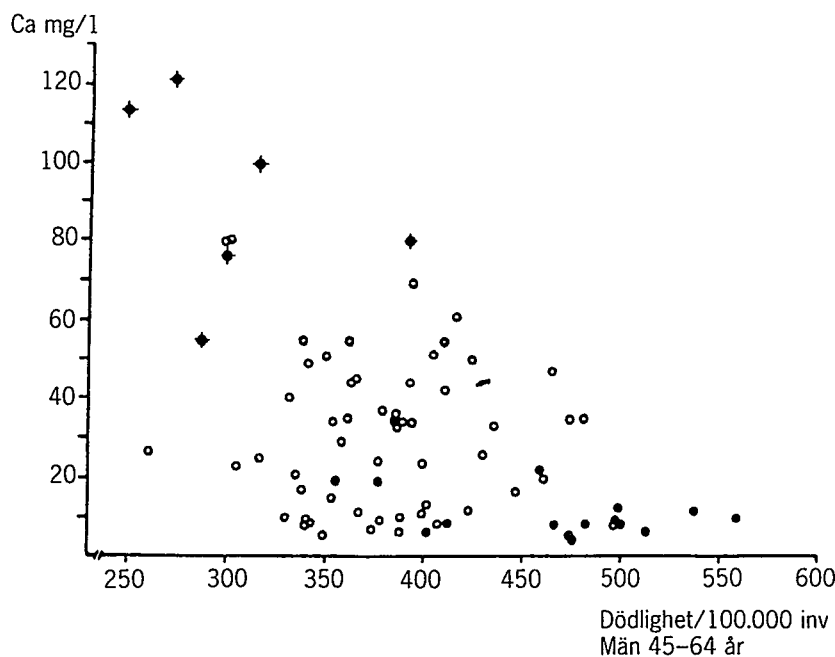
studier på medelålders män samt inventering av riskfaktorer på länsnivå från SCB och SPRI samt en del hälsokontroller (3, 4, 5), (figur 4). Vid sammanställning av dessa kan man inte finna någon geografisk fördelning av riskfaktorer.

Mineraler och spårämnen

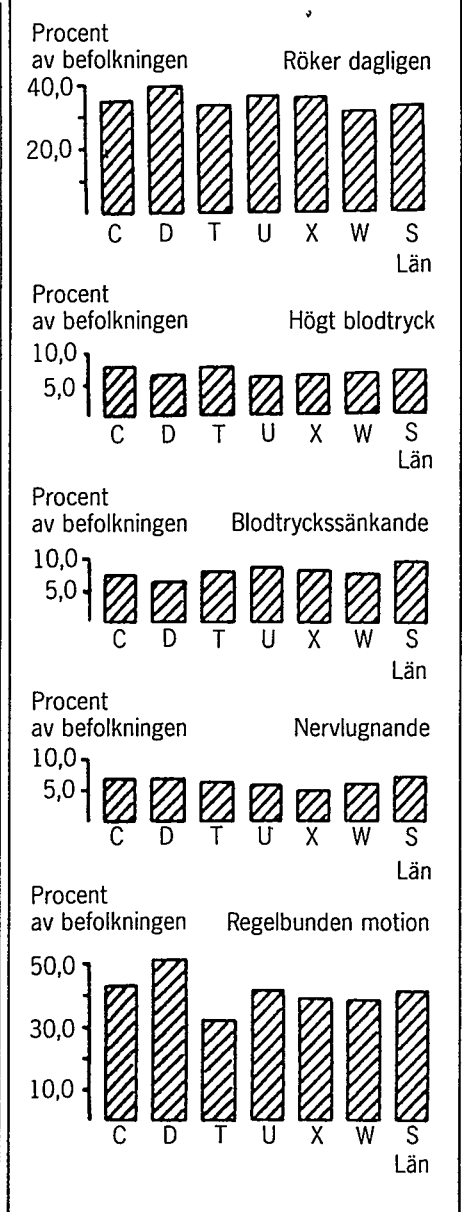
Mineraler och spårämnen har i många sammanhang satts i samband med sjukdomar och död. I vissa länder har man funnit samband mellan plötsliga dödsfall i IHD samt mjukt vatten, som har en generell låg mineralhalt, skulle ge upphov till arytmiibenägenhet och medverka till letala arytmier. I Finland, Storbritannien och USA har man funnit en omvänd relation mellan vattnets hårdhetsgrad och dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. Det gäller både för män och kvinnor (7). I östra Finland har man liksom i västra delen av Sverige en mineralfattig berggrund. De mineraler man har koncentrerat sin uppmärksamhet på är magnesium, kalium och calcium. Vad gäller spårämnen har man gjort under-



Figur 3. Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom i de mellansvenska länen för män (15–74 år). (Källa: Dödsorsak? Spri rapport nr 122.)



Figur 5. Sambandet mellan vattnets hårdhetsgrad mätt som Ca-koncentration och mortaliteten i ischemisk hjärtsjukdom i de 76 kommunerna. Värmlandkommunerna är utmärkta med fyllda ringar och Uppsala läns kommuner med överkorsade ringar.



Figur 4. Procentuella fördelningen i befolkningen av vissa riskfaktorer och åtgärder mot dessa i de mellansvenska länen. (Källa: Hur mår Du Sverige? Spri rapport nr 82.)

sökningar på selenhalter och funnit att i östra Finland finns låga selenvärden i jorden. En sammanfattning av litteraturen om mineraler och ischemisk hjärtsjukdom ger två förklaringar till ett eventuellt samband med hjärtsjukdom (6). Det är frågan om antingen ett minskat intyg av hjärtskyddande mineraler som calcium, magnesium, krom, selen och fluor eller ett ökat intag av hjärt-toxiska substanser som kadmium, bly och koppar. Den första hypotesen får stöd av epidemiologiska data. I västra Finland är vattnet hårt och i östra mjukt med låg mineralhalt. Beträffande selen har det visat sig vara hjärtskyddande på flera djurarter. Selenhalten i Skandinavien är generellt låg framför allt i bergstrakter och skogsbygd, däremot är halten längs kusterna något högre. I Uppsalaområdet är vattnet extremt hårt och rikt på fluor, magnesium och kalium. I Värmland är vattnet surt och med lågt innehåll av nämnda mineraler. Ett samband syns föreligga utan att vi kan tala om ett orsakssamband (figur 5).

Psykosociala faktorer

Psykosociala och socioekonomiska faktorer har i internationella studier visat sig vara av betydelse vid insjuknande och död i IHD. Det har rapporterats att man kan finna ett samband mellan låg inkomst, låg utbildning, arbetslöshet och dåligt socialt nätverk och att dessa faktorer skulle var för sig eller i samverkan ge en ökad sårbarhet att insjukna i hjärt-kärlsjukdom (9).

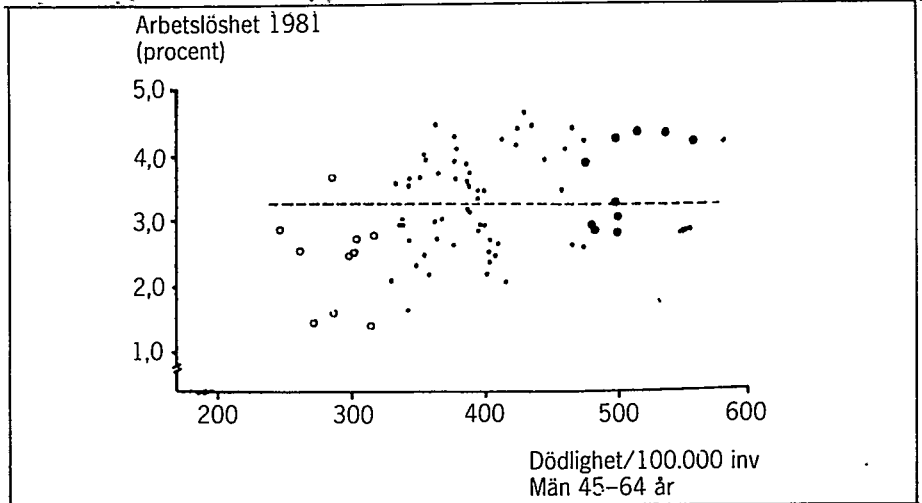
Vid vår studie av kommunerna har i samhällsprofilen medelinkomst och arbetslöshet ingått som variabler. Vi finner här, att kommuner med hög mortalitet i ischemisk hjärtsjukdom återfinns bland de som har hög arbetslöshet och låg medelinkomst (figur 6). Det är dock viktigt att betona att dödligheten vi studerat inträffat under perioden 1969–1983.

Det betyder att den betydelsefulla premorbida fasen ägt rum någon gång under decenniet tidigare. Det som utmärker riskfaktorerna är att de bidrar till utvecklingen av sjukdomen och alltså föregår. Här är det tvärtom då de psykosociala data som redovisas gäller för tiden 1980–1981. Man bör därför vara något försiktig i bedömningen av samband. Det är viktigt att betona att vi använder oss av aggregerade data och endast studier av stickprov och populationer kan ge oss en mer detaljerad information.

Postenkät

För att kartlägga riskfaktorernas utbredning och eventuella skillnader i livsstilsmönstret i de olika kommunerna i regionen genomfördes under vintern 1985–1986 en postenkätstudie i 40 av regionens kommuner.

400 män, slumpmässigt utvalda i vardera av samtliga kommuner i Västmanlands, Södermanlands, Uppsala och Värmlands län fick delta i under-



Figur 6.

Samband mellan dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom och arbetslöshet i de 76 kommunerna. Stor fylld cirkel är kommun med hög dödlighet, stor ofylld cirkel är kommun med låg dödlighet, liten fylld cirkel är annan undersökningskommun.

sökningen. Enkäten innehöll frågor angående hushållsstorlek, utbildning, förvärvsintensitet, anamnes på hjärt-kärlsjukdomar och diabetes, motion, rökning samt kost. Enkäten fick ett mycket positivt gensvar och svarsfrekvensen varierar mellan 82 och 89 procent i de olika kommunerna. De analyser som hittills utförts av enkätsvaren tyder inte på någon regional skillnad i riskfaktorer eller livsstil.

Intervjuundersökning

I två högmortalitetskommuner och två lågmortalitetskommuner kommer under hösten 1986 att genomföras en intervjuundersökning av 60 män slumpmässigt utvalda i vardera av de 4 kommunerna. Vid intervjun kommer fördjupande frågor angående livssituation och livsstil att kompletteras med blodprovstagning avseende blodlipider och selen, samt mätning av blodtryck. Syftet med denna undersökning är att skapa ytterligare förutsättningar att analysera bakgrundsfaktorer och riskfaktorer vid utvecklande av hjärtinfarkt.

Litteratur:

1. Karvonen MJ, Blomqvist G, Kallio V et al. Men in rural East and West Finland. In: Keys A, Aravanis C, Blackburn HW et al, eds. Epidemiological studies related to coronary heart disease; characteristics of men aged 40–59 in seven countries. Acta Med Scand 1966: 169–90.
2. Pyörälä K, Valkonen T. The high ischaemic heart disease mortality in Finland. International comparisons, regional differences, trends and possible causes. In: Boström H, Ljungstedt N, eds. Medical aspect of mortality statistics. Skandia International Symposia. Stockholm: Almqvist & Wiksell International. 1981:37–57.
3. Tibblin G. High blood pressure in men aged 50. A population study of men born in 1913. Acta Med Scand 1967; suppl 470.
4. Hedstrand H. A study of middle-aged men with particular reference to risk factors for cardiovascular disease. Ups J Med Sci 1975; 19 (suppl).
5. Böttiger LE, Carlsson LA. Risk factors for ischemic vascular death for men in the Stockholm Prospective Study. Arteriosclerosis 1980;36: 389–408.

6. Sharett Ra, Feinleib M. Water constituents and trace elements in relation to cardiovascular disease. Prev Med 1975;4: 20–36.

7. Luoma H, Aromaa A, Helminen S et al. Risk of myocardial infarction in Finnish men in relation to fluoride, magnesium and calcium concentrations in drinking water. Acta Med Scand 1983;213: 171–6.

8. Crawford MD, Clayton DG, Stanley F, Shaper AG. An epidemiological study of sudden death in hard and soft water areas. J Chronic Dis 1977;30: 69–80.

9. Holme I, Helgeland A, Hjermann I, Leren P, Lund-Larsen PG. Coronary riskfactors and socioeconomic status. Lancet 1976;2: 1396–8.

10. Nerbrand C, Åberg H, Rosén M, Tibblin G. Regionala skillnader i mortalitet i mellan-Sverige. Läkartidningen 1985;46: 4004–4008.

11. 76 kommuner. En studie av samhällsprofil-sjukdomsprofil och vårdprofil i Uppsala – Örebro-regionens kommuner. Institutionen för AllmänMedicin, Uppsala, 1985.

Författarpresentation:

Christina Nerbrand, distriktsläkare vid Vårdcentralen Gripen, Karlstad och forskningsassistent vid Institutionen för Allmän Medicin i Uppsala.

Postadress: Vårdcentralen Gripen, Box 547, 651 09 Karlstad

Kommunvis redovisning av läkemedelsförsäljningen i Värmland

CHRISTINA NERBRAND · INGRID NORDENSTAM

Inom Värmlands län föreligger en hög försäljning av läkemedel. En kartläggning av den kommunvisa försäljningen visar på stora lokala variationer inom flera läkemedelsgrupper.

Nyckelord: Läkemedel, samhällsdiagnos, epidemiologi.

Bakgrund

I publikationen Svensk läkemedelsstatistik redovisar Apoteksbolaget årligen läkemedelsförsäljningen totalt för riket och för respektive län uppdelad på farmakologiska grupper. Läkemedelsförskrivningen per farmakologisk grupp redovisas efter patientens ålder och kön. Försäljningen mäts i definierade dygnsdoser (DDD) per 1.000 invånare per dag. DDD är en teknisk enhet som används som jämförelsetal i statistik över läkemedel.

Försäljningen av läkemedel uppvisar stora regionala skillnader, vilka kan avspegla olikheter till exempel sjukdomspanorama, förskrivningsmönster och i sjukvårdens utbyggnad och bemanning.

Läkemedelsförsäljningen i riket

Den totala läkemedelsförsäljningen i Sverige uppgick 1984 till 5,6 miljarder kronor, varav förskrivningen i den öppna vården utgjorde 3,8 miljarder. Inom den slutna vården uppgick läkemedelskostnaderna till omkring 900 miljoner kronor. Preparaten som används vid hjärt-kärlsjukdomar svarade för den största kostnaden; 22 procent av totalkostnaden för receptförskrivna läkemedel. Analgetika svarade för 10 procent, läkemedel vid digestionskanalens sjukdomar för 9,6, psykofarmaka för 9,4 och antibiotika för 7,4 procent av samma totalkostnad.

Värmlands län

Värmlands län har hög medelålder hos befolkningen; 19 procent av de cirka 280.000 invånarna är 65 år eller äldre. Motsvarande procenttal för riket är 17,1. Endast tre län i Sverige har procentuellt fler åldringar i Värmland, nämligen Kalmar, Kopparberg och Jämtland.

I Värmland gjordes 1984 2.466 läkarbesök per 1.000 invånare, vilket var färre än riksgenomsnittets 2.757 be-

sök. Antal reciper per 1.000 invånare var högre i Värmland än i riket - 4.721 respektive 4.616. Antala reciper per läkarbesök var 1,91 i Värmland och 1,67 i riket. Läkemedelsförsäljningen i Värmland jämförd med läkemedelsförsäljningen i rikets övriga län är hög. Länet återfinns bland de län som har den högsta försäljningen. Sjukdomspanorama i Värmland skiljer sig från panoramat i andra län och präglas av hög sjuklighet i hjärt-kärlsjukdomar och diabetes samt en hög frekvens förslitningsskador i rörelseapparaten.

Värmlands kommuner

Inom länets 16 kommuner finns stora variationer i social struktur, åldersfördelning, läkartäthet och sjukdomspanorama. Statistiken över läkemedelsleveranserna till apoteken har därför analyserats på kommunnivå för läkemedelsgrupper, i vilka länssiffrorna starkt avviker från rikstotalen.

För länets kommuner har observerat antal DDD per invånare per dag jämförts med förväntat, det vill säga åldersstandardiserat, antal. Försäljningen av läkemedlen i gruppen hjärt-kärlsjukdomar ligger i flertalet av länets kommuner högre än rikstotalen. Skillnaden är framför allt märkbar för hjärtglykosider och diuretika.

Vid jämförelser mellan den höga försäljningen i de båda grupperna och mortalitets- och morbiditetsstatistik finner man god överensstämmelse i de kommuner, där hjärt-kärlsjukdomar är frekventa.

Försäljningen av analgetika av morfintyp låg på samma nivå i riket och länets kommuner exklusive Munkfors kommun, där försäljningen var 2,5 gånger större.

I flertalet kommuner var försäljningen av antipyretiska analgetika större än rikstotalen.

Försäljningen av psykofarmaka var drygt fem procent högre i Värmland än i riket. Fördelad på de olika undergrupperna låg försäljningen av hypnotika och sedativa åtta procent under rikstotalen, den av neuroleptika 13 procent under medan försäljningen av antidepressiva låg 26 procent över rikstotalen. Försäljningen av bensodiazepiner var lägre i länet än i riket. Variationerna mellan länets kommuner var emellertid stora. Flera kommuner låg på 50

procent av länstotalen, tre kommuner låg högt över den.

Försäljningen av antibiotika var låg i länet - för de flesta kommuner låg den under rikstotalen. Penicillin Vs andel av den totala antibiotikaförsäljningen i respektive kommun varierade. I Säffle var den ungefär 80 procent medan den i Torsby var 30 procent.

Sammanfattning

Förklaringarna till de lokala variationerna i läkemedelsförsäljningen är naturligtvis många. Karlstad med kranskommuner har till exempel hög in/utdelning, vilken kan påverka den lokala försäljningen. Det tycks emellertid som om köptröheten till de lokala apoteken är stor. I Karlstad och Kristinehamn är försäljningen från sjukhusapoteken exkluderad ur statistiken medan sjukhusleveranserna från apoteken i Arvika, Säffle och Torsby är inkluderad, vilket i viss mån kan påverka jämförelsesiffrorna. Andra påverkande faktorer kan vara sjukvårdens organisation, tillgången till läkare, lokalt förskrivningsmönster och sjukdomspanoramata.

Referenser:

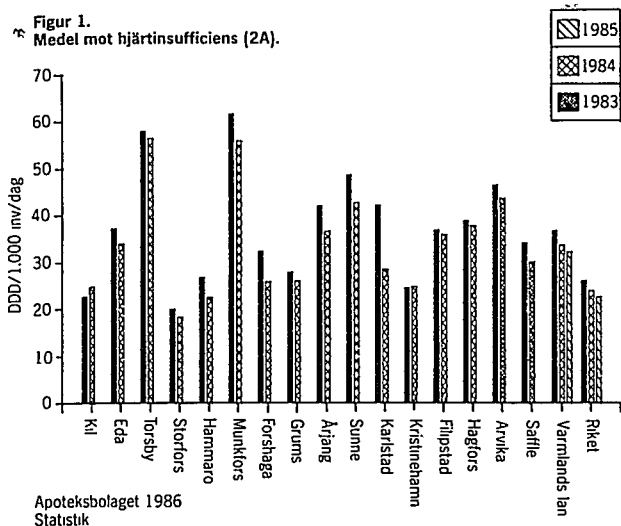
Svensk läkemedelsstatistik 1983, 1984 och 1985, Apoteksbolaget Stockholm.

Författarpresentation:

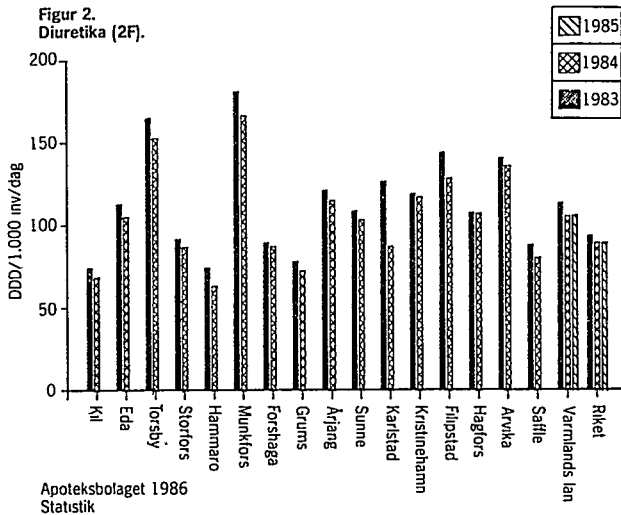
Christina Nerbrand, distriktsläkare vid Vårdcentralen Gripen, Karlstad, och forskningsassistent vid Institutionen för Allmän Medicin, Uppsala, Ingrid Nordenstam, forskningsassistent Apoteksbolaget, Stockholm

Postadress: Vårdcentralen Gripen, Box 547, 651 09 Karlstad

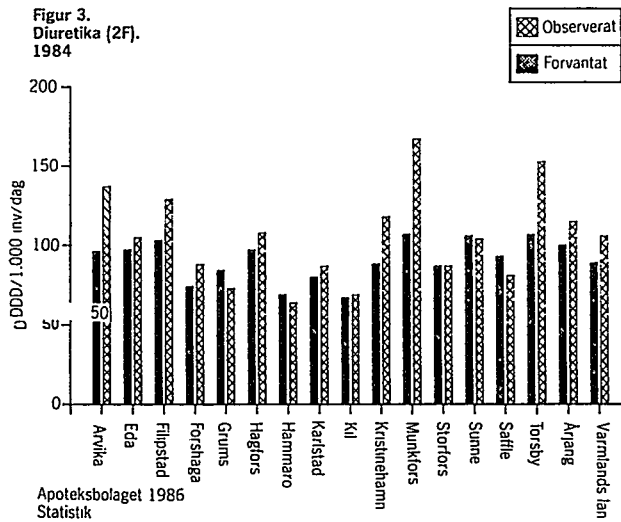
Figur 1. Medel mot hjärtsufficiens (2A).



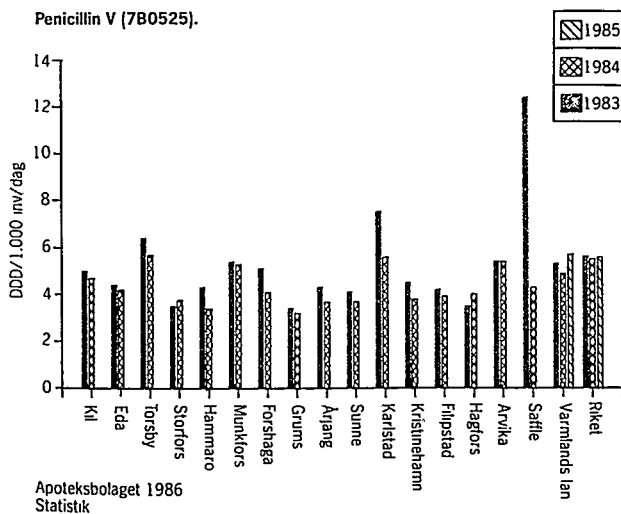
Figur 2. Diuretika (2F).



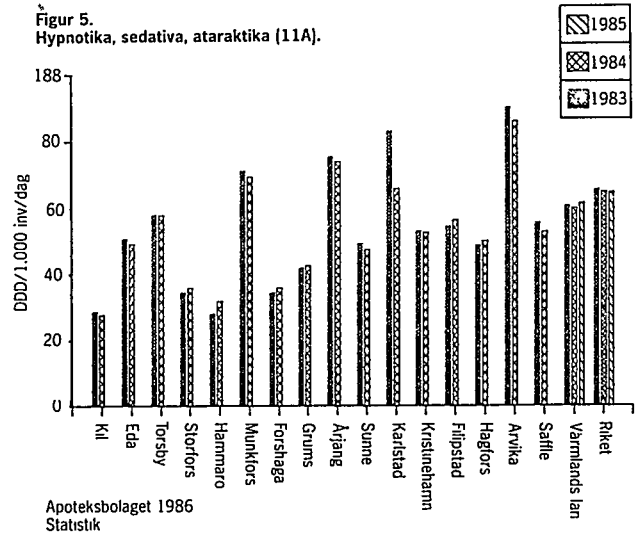
Figur 3. Diuretika (2F). 1984



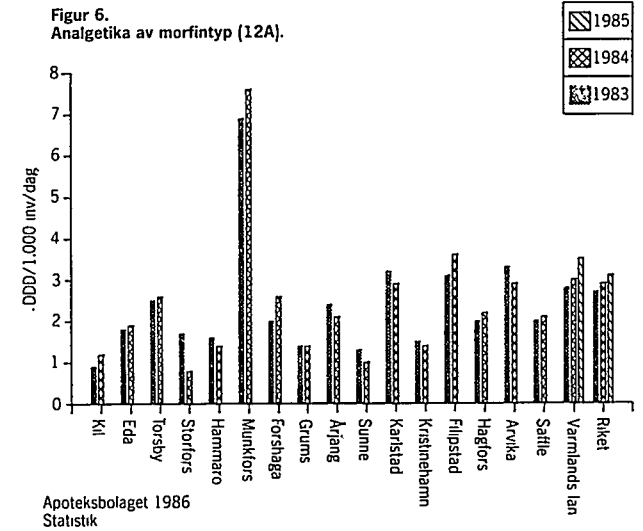
Penicillin V (7B0525).



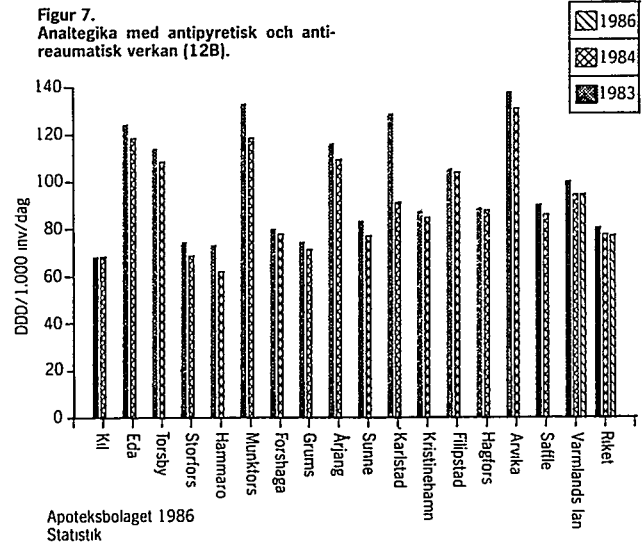
Figur 5. Hypnotika, sedativa, ataraktika (11A).

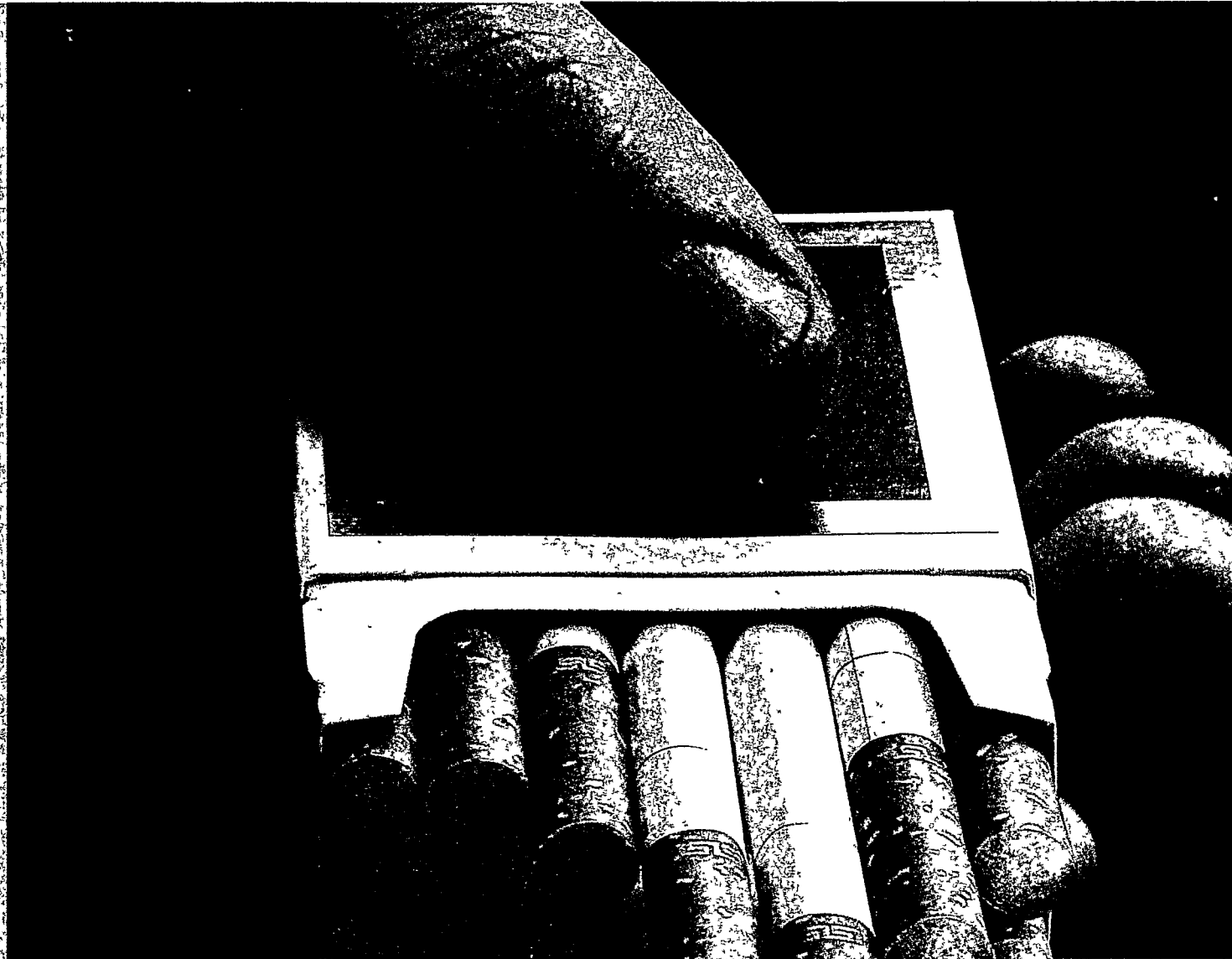


Figur 6. Analgetika av morfintyp (12A).



Figur 7. Analgetika med antipyretisk och anti-reumatisk verkan (12B).





Någon hjälpte
Din patient att börja.



Nu kan Du
hjälpa honom
att sluta!

Leo Lakemedel AB,
Box 941, 251 09 Helsingborg

B12-brist i Koppom: En pilotstudie

ANDERS ÖVERBY

Under 2 år togs 115 prover på B12. I denna undersökning redovisas varför proverna togs och hur ofta värdena var sänkta. Sannolika orsaker till bristtillstånden diskuteras liksom olika aspekter på symptomatologin och diagnostiken. En av slutsatserna är att brist på B12 är vanligare än man tror.

Nyckelord: B12, kobalamin, parestesier, myelopati, yrsel, malabsorption, celiaki, glossit.

Inledning

Under senare år har intresset kring vitamin B12 och folsyra ökat. Orsakerna till detta är flerfaldiga. Med isotopteknik är det nu möjligt att relativt snabbt få svar på blodnivån av både B12 och folat. En del av de patienter som för länge sedan bedömts lida av pernicios anemi har visat sig ha en malabsorption betingad av glutenintolerans. Bakteriell överväxt i tunntarmen har också upptäckts kunna ge B12-brist liksom vissa läkemedel, till exempel metformin. Brist på kobalamin kan också ge symptom härrörande inom många olika specialiteter: munsveda, yrsel, psykiska symptom, anemi, diarré med mera. Mot ovan skisserade bakgrund har följande utredning genomförts.

Patientmaterial och metodik

Upptagningsområdet för läkarstationen i Koppom är tre församlingar i den väst-värmländska skogsbygden längs riksgården. Befolkningen är stabil sedan lång tid och många är släkt med varandra vilket bland annat belyses av att det finns familjär förekomst av trillingar och tvillingar, leukoser, choreo-atos, B12-brist, hematuri med mera.

Samtliga journaler på läkarstationen gick igenom på de patienter som under 1982-83 fått B12 och folsyra taget på ordination av artikelförfattaren. Undersökningen är av retrospektiv karaktär. När provtagning avseende B12 och folat ordinerades var intresset hos författaren fokuserat på B12-värden och de symptom som är förknippade med B12-brist. Undersökningen är därför inte helt rättvisande för förekomst av folsyre-brist varför resultaten avseende folsyra ej redovisas här. Kemiska centrallaboratoriet i Karlstad utför dock automatiskt analys av både B12 och folat även om bara det ena begäres.

Tabell I.

Orsaken till varför B12-prov togs och hur värdena fördelade sig. Kraftigt sänkt = under 105 pmol/l, måttligt sänkt 105-135, lätt sänkt 135-160 pmol/l.

Orsak till att B12 togs.	Antal patienter	Antal prover	B12-värde:			Normalt
			Kraftigt sänkt	Måttligt sänkt	Lätt sänkt	
Anemi	21	25	2	3	5	15
Parestesier/patologiska reflexer i extremiteter el yrsel	49	60	11	5	5	39
Diarré eller andra bukbesvär	11	16	1	2	0	13
Slemhinnebesvär i mun/hals	4	4	0	1	0	3
Övrigt	7	9	0	0	1	8
Summa	92	114	14	11	11	78

36 sänkta värden på 28 patienter

Patologiskt högt: 1.

Tabell II:

Möjlig orsak till sänkt B12-värde hos 28 patienter med minst 1 lågt B12-värde.

Akyli/slemhinneatrofi i ventrikeln	4
Glutenintolerans	2(-3)
Opererad för magsår	3
Oklar	19

Patientmaterialet utgörs av 92 personer på vilka 115 prover avseende B12 togs. Av dessa var 55 kvinnor. Åldersfördelning: Under 40 år; sju personer, 40-65 år; 36 personer, över 65 år; 49 personer.

Proverna analyserades på central-sjukhuset i Karlstad. Under den aktuella tidsperioden var nedre normalvärdesgränsen för B12 160 pmol/l. Idag (1985) är denna gräns 120 pmol/l men analysmetoden var då också anorlunda 1982-83. De numeriska värdena passar därför inte in i dagens referensramar, men gränsen var signifikant med den metod som användes 1982-83.

Schillingtest gick inte att få utförd under studieperioden. Gastroduodenoskopi med biopsi var under införande på normallasarettet i Arvika under den tid undersökningen avser. Enkel poliklinisk kapselbiopsi från tunntarmen fanns ej tillgänglig.

Undersökningens resultat presenteras i tabell I. Låga B12-värden fanns hos 28 patienter. 1 person var under 40 år och hon har troligen en glutenintolerans och finns beskriven på annat håll (1). Nio personer var mellan 40 och 65 år, resterande 18 var över 65 år.

På yngre patienter med sänkt B12-värde gjordes en intensivare utredning

med bland annat sternalpunktat, gastroskopi, peptavlonstest, malabsorptionsutredning på sjukhus. På patienter i hög ålder gjordes ingen utredning om de inte hade kraftiga symptom talande för till exempel malabsorption.

När man undersöker möjlig orsak till B12-bristen hos dessa 28 patienter blir resultatet som i tabell II. Akyli i ventrikeln har verifierats genom salt-syresekretionstest, slemhinneatrofi har konstaterats vid gastroskopi - allt utfört vid lasarettet i Arvika. Diagnosen glutenintolerans har ställts genom dels tunntarmsbiopsi, dels genom elimination/provokation hos 1 patient som avböjde biopsi.

När slutsatser dras ur ovanstående utfall måste man reservera sig för att hos majoriteten av patienterna togs bara ett B12-värde. Att ett enda sänkt B12-prov dock kan ha en viss klinisk signifikans kan man sluta sig till av följande: på sju personer med minst ett sänkt B12-värde fanns sammanlagt två eller tre analyser utförda. Hos endast en av dessa patienter är undersökningen motsägande med ett lågt och ett normalt värde. Hos övriga talar resultatet för att patienten verkligen hade en låg B12-nivå.

Man skall också ha i minnet att den nedre normalvärdesgränsen för B12

inte är en absolut gräns, här finns en grå-zon inom gruppen med lätt sänkta värden där den kliniska innebörden av B12-nivån kan vara tveksam.

Utöver dessa patienter finns en äldre kvinna med, under en kort tidsperiod, först ett mycket lågt B12-värde, sedan ett normalt och kort därefter ett patologiskt förhöjt prov. Hon skall bli föremål för utökade undersökningar.

Kommentar

Neurologi. Den klassiska orsaken till att man misstänker B12-brist är anemi. I det nu presenterade materialet var den vanligaste (= 53 procent) orsaken till att B12-prov togs av neurologisk karaktär: förekomst av parestesier i benen och i viss mån i armarna, abnorma senreflexer, nedsatt vibrationssinne eller yrsel. Förvånansvärt ofta hade dessa patienter värden nedanför normalvärdesgränsen.

Med abnorma senreflexer menas aningen stegrade eller bortfallna reflexer. Som led i ett normalt åldrande får man dock ofta bortfall av akilles- och eventuellt också av patellarreflexen. Enbart bortfall av till exempel akillesreflexen var i denna studie ingen orsak till att analysera B12, men om patienten dessutom hade parestesier i benen och kanske yrsel så togs B12-prov. Även nedsättning av vibrationsinnet i benen är vanligt hos äldre människor och orsakade i sig ingen utredning utom om symptomet var kombinerat med andra symptom förenliga med B12-brist.

Brist på vitamin B12 ger degenerativa förändringar i perifera nerver, i ryggmärg och hjärna (2). Detta kan i början upplevas som bara parestesier med åtföljande nedsättning av vibrationssinnet (stämgaffel!) i fötterna, eventuellt åtföljt av bortfall eller ibland stegring av patellar- och akillesreflexerna. Den minskade förmågan att positionsbestämma fötternas läge upplevs som yrsel, särskilt i mörker. (En vanlig orsak till parestesier i armar/händer är carpal tunnel syndrom, en sjukdom som är överraskande frekvent om man letar efter den.)

Mindre känt är att B12-brist kan ge psykiska symptom: depression, apati och psykoser (3, 4, 5). De mentala symptomen kan vara lätta och komma månader eller år före det att anemi eller skada på perifera nerver uppträder. Författaren har i början på 1970-talet upplevt att en före detta dragon-officer och konstnär under flera år hade en psykos innan han intogs för somatisk vård och befanns ha en allvarlig B12-brist med symptom från centrala nervsystemet med fatal utgång. Att demens kan bero på lågt halt av B12 är välkänt.

Följande fallbeskrivning belyser en mer lyckad utgång hos en patient med lågt B12-värde och samtidigt neurologiska och psykiska symptom men ingen anemi: En 58-årig snickare besvärades 1974 av yrsel. Undersöktes på sjukhus för detta och man misstänkte att

yrseln kunde vara utlöst från nacken, alternativt en basilarisinsufficiens eller vestibularisneuroni. Året därpå debut av hypertoni. 1976 saknades vänster akillesreflex och han hade antydd fotklonus på höger sida samt vänstersidig dys-diadokokineses. EEG normalt. Ansågs nervös och fick remiss till psykiatriker. Sjukpensionerades. Undersöktes första gången på läkarstationen i Koppom 1983 och hade då stegrade patellarreflexer, bortfall respektive stegring av akilles-reflexer samt klonus i höger fot. Inget vibrationssinne i fötterna. B12-värdet sänkt, ingen anemi. Erhöll B12-substitution. Av denna avtog hans ryckningar i benen avsevärt, yrselbesvären med svårighet att gå i mörker minskade.

Slutsatser: Ovanstående patient hade flera symptom förenliga med lågt B12-nivå: yrsel, nervösa besvär, stegrade och minskade senreflexer, inslag av spasticitet samt framför allt bortfall av vibrationssinnet.

Malabsorption. I detta material hittades ett par fall av glutenintolerans med sänkt B12-värde. Bägge patienterna hade lös avföring. Det klassiska sättet att studera malabsorption är att göra Schillingtest utan och med intrinsic factor. Men – nyligen har man visat att en del vitamin B12 normalt tas upp ur tarmen i proteinbunden form (6). Med ökande ålder minskar denna förmåga vilket kan ge klinisk B12-brist. Malabsorption av proteinbundet B12 avslöjas ej med Schillingtest.

I detta patientmaterial finns flera diabetiker med låga B12-värden. Behandling med metformin (Glucophage) kan ge malabsorption av B12 – dock ingen i denna studie. Diabetes-sjukdom kan också kompliceras av ett malabsorptionssyndrom, kanske av autonom neuropati (7).

Slemhinnebesvär i mun/hals. Den enda patienten med lågt B12 och klumpkänsla i halsen hade glutenintolerans. Hon utvecklade senare diarre.

Anemi. Av de med anemi och sänkt B12 fanns en med glutenintolerans och två som opererats för magsår.

Höga B12-värden. En patient i denna undersökning hade av oklara skäl ett högt B12-värde. Det är känt att höga B12-nivåer kan finnas vid tumörsjukdom i levern, kronisk myeloisk leukämi med mera (8).

Falskt låga B12-värden? Vitamin B12, kobalamin, är i plasma bundet till två äggviteämnen, transkobalamin I (= R-protein, kobalofilin) och transkobalamin II (9). Större delen är bundet till R-proteinet men det egentliga transport-proteinet anses vara transkobalamin II. I USA har forskare i början av 1980-talet observerat att brist på R-proteinet kan ge låga B12-värden utan att det har några metaboliska följder för patienten (10, 11). Man anser att detta inte är så ovanligt som man först trodde. Brist på transkobalamin II är däremot ett allvarligt tillstånd.

Kobalaminhalten i plasma varierar

under dygnet, en minskning sker under natten (12). Detta anses bero på ökningen av plasmavolymen i liggande kroppsställning. B12-värden från personer med rubbningar i blodets äggviteämnen kan vara mer känsliga för ändrad kroppsställning.

Slutsatser

Det finns inom allmänmedicinen ofta anledning att fundera över om en patient har lågt nivå av B12. I denna undersökning har intresset särskilt riktats mot förekomst av låga B12 vid parestesier respektive yrsel med perifer genes. I studien togs mestadels 1 prov, vid konstaterad brist bör ytterligare prov tas. Lätt sänkta B12-värden är inte alltid av klinisk signifikans. Senare erfarenheter har emellertid verifierat pilotstudiens resultat: låga B12 är vanliga.

Vid säkert konstaterad B12-brist är pentagastrintest av magsäckens saltsyreproduktion motiverat för att utesluta akylia som orsak. Vid misstanke på tunntarmsmalabsorption bör gastroduodenoskopi med biopsi eller kapselbiopsi i tunntarmen övervägas.

Litteratur:

1. Överby A: Energisk utredning bör gå före psykoterapi vid oklara hudbesvär. Läkartidningen. 1985;82: 944.
2. White HH, Merritt HH: Metabolic diseases. In: Merritt HH (ed): A textbook of neurology. 6th ed. Philadelphia: Lea & Febiger. 1979: 643-766.
3. Holmes JM: Cerebral manifestations of vitamin-B12 deficiency. Br Med J. 1956;II: 1394-1398.
4. Fraser TN: Cerebral Manifestations of addisonian pernicious anaemia. Lancet. 1960;II: 458-459.
5. Evans DL, Edelson GA, Golden RN: Organic psychosis without anemia or spinal cord symptoms in patients with vitamin-B12 deficiency. AM J Psych. 1983;140: 218-221.
6. Dawson DW, Sawers AH, Sharma RK: Malabsorption of protein bound vitamin B12. Br Med J. 1984;288: 675-678.
7. Greenberger NJ, Isselbacher KJ: Disorders of absorption. In: Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD: Harrison's principles of internal medicine. 9th ed. Tokyo: McGraw-Hill. 1980:1392-1409.
8. Carmel R, Eisenberg L: Serum vitamin B12 and transcobalamin abnormalities in patients with cancer. Cancer. 1977;40: 1348-1353.
9. Laurell CB, Lundh B, Nosslin B: Klinisk kemi i praktisk medicin. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur. 1980.
10. Carmel R: A new case of deficiency of the R binder for cobalamin, with observations on minor cobalamin-binding proteins in serum and saliva. Blood. 1982;59: 152-156.
11. Carmel R: R-binder deficiency. JAMA. 1983;250: 1886-1890.
12. Brynskov J, Gimsing P: Diurnal variations in cobalamin binding plasma proteins. Scand J Haematol. 1982;28: 141-144.

Författarpresentation:

Anders Överby, distriktsläkare i Sköneruds läkardistrikt.

Postadress: Läkarstationen, 67041 Koppom
Telefon 0571/10540

Rökavvänjning inom Värmlands primärvård LB06201

RUTH BERG · BENGT HANSON

I Värmland sköts de övergripande rökavvänjningsaktiviteterna via primärvården. Rökavvänjningsmottagningen vid vårdcentralen Gripen i Karlstad är en länsresurs och arbetar för så kallad integrerad rökavvänjning inom Värmlands sjukvård – främst primärvård. Mottagningen fungerar som en kunskapsbank inom rökavvänjningen, initierar olika rökavvänjningsaktiviteter, utbildar resurspersoner och rökavvänjer patienter. Efter ett år är 38 procent av patienterna rökfria. Vi vill beskriva rökavvänjningsmottagningens arbetsmetoder.

Nyckelord: Rökning, rökavvänjning, primärvård.

Rökavvänjningsmottagningen

Allmänmedicinen arbetar alltmera preventivt, och då kommer naturligtvis också rökningen in i bilden. 1980 beslöt Värmlands läns landsting att inreda en rökavvänjningsenhet. Denna inrymdes vid Vårdcentralen Gripen i Karlstad, vilket vi tycker är helt naturligt, eftersom den preventiva medicinen självklart ingår i primärvården. För denna ettåriga försöksverksamhet budgeterades endast en halv skötesketjänst samt 15.000 kronor för materialkostnader första året. Läkare- och sekreterarinsatserna togs från redan befintliga resurser på Gripen. Verksamheten kallar vi Rökavvänjningsmottagning – till skillnad från sjukhusanknutna avvänjningskliniker i andra delar av landet. Med detta vill vi poängtera det väsentliga i att mottagningen är direkt anknuten till primärvården, där man möter patienter tidigare i sjukdomsförloppet än inom den slutna vården.

Mottagningen öppnades i maj 1981. Verksamheten utvärderades och permanentades 1982. Mottagningen var en del i det åtgärdsprogram mot tobaksbruket, som Värmlands läns landsting antog 1982 (1). Ungefär samtidigt kom den statliga tobaksutredningen (2), som rekommenderade att varje landsting inrättade en rökavvänjningsenhet som länsresurs.

På mottagningen arbetar idag en sjuksköterska (0,75 procent), en läkar-sekreterare (0,25 procent) och hand-

Tabell I.
Rökavvänjningsresultat under tiden från maj 1981–31 december 1985 vid rökavvänjningsmottagningen Gripen.

Tidpunkt efter sista besöket	3 mån		6 mån		1 år		2 år		3 år	
	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna
Antal rökfria	65	100	56	75	40	53	26	27	14	14
Antal EJ rökfria	44	61	46	74	50	72	21	31	4	11
Antal som ej svarat	5	5	7	8	13	15	20	22	13	15
Summa antal uppföljda patienter	114	166	109	157	103	140	67	80	31	40
Procent rökfria	57	60	51	48	39	38	39	34	45	35
Summa procent rökfria	59		49		38		36		39	

ledning ges av en psykolog 0,5 veckotimmar. Läkararbetstiden utgör två veckotimmar, vilka tages från distriktsläkarmottagningen vid Vårdcentralen Vålberg (2 mil väster om Karlstad).

Hälften av patienterna, som kommer till rökavvänjningsmottagningen, kommer på remiss – de övriga kommer på eget initiativ. Rökavvänjningsarbetet bedrivs av sköterskan på traditionellt sätt med främst individuella kontakter som i första hand går ut på att informera och ge psykologiskt stöd. De första veckorna får patienterna relativt täta återbesök för att få hjälp med att bryta vanan och att minska abstinensen – eventuellt med hjälp av läkemedel. Besöken kostar 15 kronor gången.

Vi har minst en rökavvänjningsgrupp i gång ständigt. Det arbetet är mer påfrestande för terapeuten, men man vinner gruppstödet och grupptricket. Gruppmetoden är dessutom tidsbesparande och man hinner med fler patienter. Patienten betalar 105 kronor som engångsavgift vid första besöket, vilket ökar närvarofrekvensen i gruppmötena. Vi följer upp patienten genom att brevledes efterfråga rökstatus efter tre månader, sex månader, ett år, två år och tre år.

Vi sammanställer resultatet årligen. Efter två år upptäckte vi att en stor del av patienterna hade återfallet under perioden sex till tolv månader. Därför började vi kontakta patienten efter nio månader för att vidmakthålla rökfriheten.

Nedanstående tabell visar resultatet från starten i maj 1981 till och med 31 december 1985.

Resultat

Siffrorna antyder att de som är rökfria under ett år, lyckas förbli rökfria några år till. Vi tänker försöka följa patienterna brevledes i fem år. Dock blir det allt svårare att få svar, eftersom många flyttar inom en fem-årsperiod. Vi skickar två påminnelsebrev och försöker

sedan nå patienten per telefon. Vid två-respektive treårsuppföljningen är det en fjärdedel – en tredjedel av alla patienter, som vi inte får svar ifrån.

Man kan naturligtvis ifrågasätta sanningshalten i brevsvaret, men samtidigt räknar vi alla som inte svarar som rökare i statistiken. Sannolikt är några av dessa egentligen rökfria.

Vi använder också brevuppföljningen som ett slags hot innan vi släpper den personliga kontakten med patienten för att vidmakthålla rökfriheten.

– ”Vi kommer att ta kontakt med Dig om några månader!”

Vi lyckas också fånga upp en del återfall, som vi kan ta tillbaka och stötta till ett nytt rökstopp.

Våra resultat (knappt 40 procent rökfria efter ett år) ansluter sig väl till liknande undersökningar som gjorts i Sverige och i andra länder.

Arbetsätt

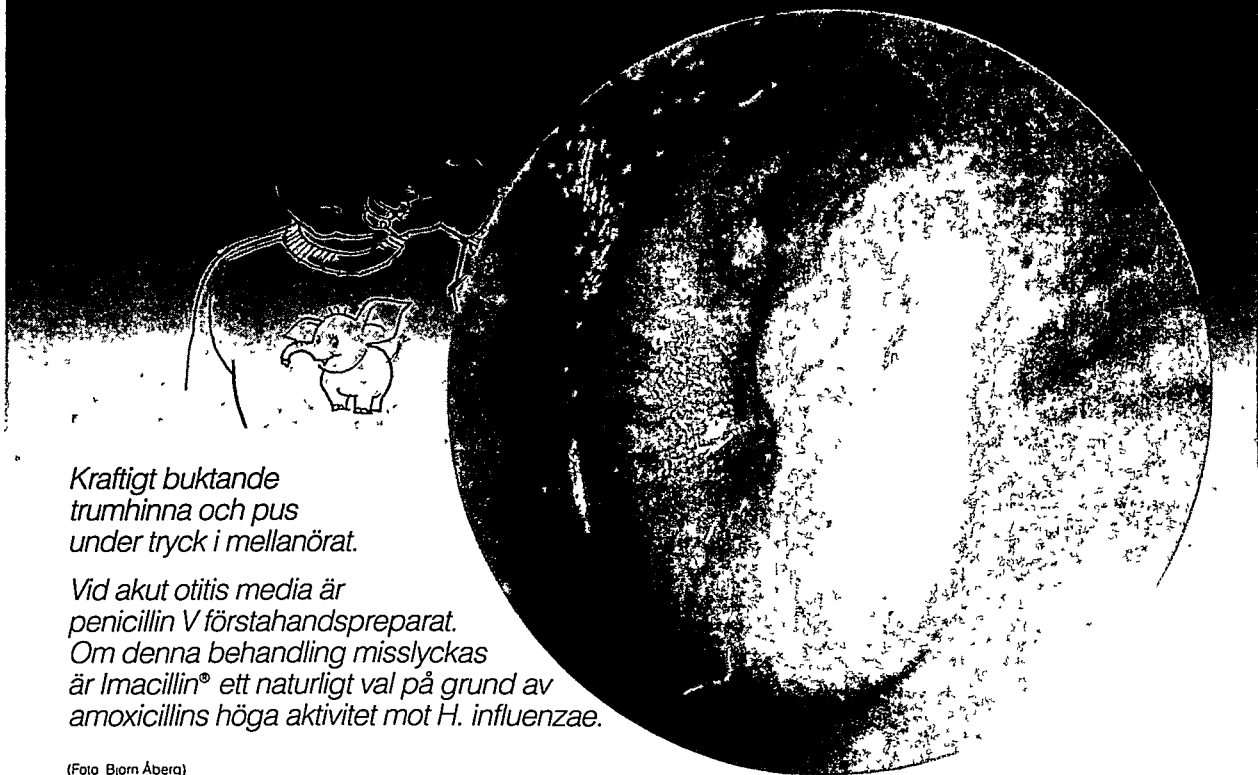
De sista tre åren har verksamheten radikalt förändrats vid rökavvänjningsmottagningen och har blivit alltmera utåtriktad. Numera är det sköterskans cirka halva arbetstid som består av rent patientarbete. Större delen av den resterande tiden består i att hjälpa resurspersoner i länet att starta rökavvänjningsaktiviteter, handleda dem och stötta dem i det fortsatta arbetet.

Förutom sedvanliga studiebesök av läkare under utbildning, distriktsläkare, vårdskolans elever, skolsköterskor, distriktsköterskor, sköterskor vid BVC och MVC, så har vi regelbundna kontakter med massmedia – både lokalradion och pressen.

Vi har kontakt med en del av väst-sveriges övriga rökavvänjningsenheter genom regelbundna träffar i Göteborg cirka 2 gånger per år. Då förmedlas nya kunskaper och nya idéer diskuteras.

Tillsammans med Vårdskolan i Karlstad diskuteras för närvarande ett projekt med integrerad tobaksundervis-

Enkel dosering vid krånglig otit



*Kraftigt buktande
trumhinna och pus
under tryck i mellanörat.*

*Vid akut otitis media är
penicillin V förstahandspreparat.
Om denna behandling misslyckas
är Imacillin® ett naturligt val på grund av
amoxicillins höga aktivitet mot *H. influenzae*.*

(Foto Björn Åberg)

Imacillin® x 2

(amoxicillin)

Imacillin® (amoxicillin) är ett antibiotikum som används för behandling av exempelvis luftvägsinfektioner orsakade av amoxicillin känsliga bakterier.

Kontraindikation: Penicillinallergi.

Försiktighet: Känd cefalosporinallergi. Vid gravt nedsatt njurfunktion erhålls med normal dygnsdosering en förlängd halveringstid i serum varför antalet doseringstillfällen per dygn bör reduceras. Imacillin kan tas oberoende av födointag.

Dosering barn: Mixtur 50 mg/ml: 25 mg/kg kroppsvikt och dygn fördelat på två doser. Vid svårare infektionstillstånd, sinuiter och nedre luftvägsinfektioner rekommenderas dubbel dos.

Dosering vuxna: Normaldosering: 1 tablett 375 mg x 2. Vid svårare infektioner, sinuiter och nedre luftvägsinfektioner: 1 tablett 750 mg x 2.

För vidare information: Se FASS.

Obs! Nya förpackningar för dosering x 2

- **Mixtur 50 mg/ml:** 50, 100 och 200 ml
- **Tabletter 375 och 750 mg:** 14, 20 och 100 st
- **Dosgranulat 125 mg:** 20 st

 **Astra Läkemedel** 151 85 SÖDERTALJE

ning, vilket måste föregås av utbildning av lärarna. Blivande sjukvårdspersonal är en viktig målgrupp. Sedvanlig rökinformation bör de naturligtvis få i sin utbildning och de bör även kunna erbjudas rökavvänjning. De rökfria skall vi försöka stötta i sin rökfrihet. Dessutom skall vi försöka förbereda dem på arbetsplatsituationen på deras blivande arbetsplats. Det är mycket vanligt att många börjar röka tillsammans med äldre arbetskamrater under pauser i avdelningsarbetet.

Tillsammans med skolhälsoöverläkaren planeras en utbildning i rökavvänjningsmetodik för i första hand gymnasieskolans personal (läkare eller sköterskor och lärare).

Inom norra distriktet startade för två år sedan ett MVC-projekt som vi deltar i och som lett till ett rökfritt BB vid sjukhuset i Torsby. Projektet skall nu vidareutvecklas, så hela sjukhuset blir rökfritt.

Integrerad rökavvänjning

En rökavvänjningsmottagning i Karlstad kan dock inte rökavvänja hela Värmland på grund av avståndsproblem och mängdproblem. Dessutom skulle det då bli en ytterligare specialisering av sjukvården med ytterligare remittering och bollandande av patienter. Inom primärvården träffar man under två till tre år upp till 90 procent av befolkningen och har därmed en naturlig kontaktyta för att påverka i rökfrågan – och alla andra hälsofrågor. Man lär känna familjerna både vid BVC, MVC och skolhälsovården – förutom naturligtvis i det dagliga arbetet vid Vårdcentralen, då patienten söker för olika sjukdomar som kan vara rökrelaterade.

Dessutom kan vi spåra riskpatienter och stötta dem till rökfrihet. Inom primärvården träffar man på patienterna i ett tidigt skede, innan de får sin hjärtinfarkt, innan de behöver opereras för sina kärlskador, innan de blir inlagda på sjukhus med astmadropp och innan modern föder sitt rökskadade barn.

Vi har därför arbetat med att få en integrerad rökavvänjning till stånd inom Värmlands primärvård, genom att varje läkare och sköterska skall kunna ta ansvar för sin patient och själv kunna ge hjälp till rökstopp. I varje fall borde det inom varje vårdcentralas upptagningsområde finnas resurspersoner och en fungerande organiserad modell, för att hjälpa patienter, boende i området, till rökfrihet.

För fyra år sedan bildade vi en "expertgrupp i tobaksfrågor" tillsammans med representanter från Värmlands läns landstings sektion för samhällsmedicin. Vi har genomfört tre stycken två-dagars internatkurser i rökavvänjningsmetodik för läkare och sjuksköterskor i primärvården.

Inbjudan till kursen har varit kopladd till ett krav på verklig aktivitet, när man efter kursen återvänder till sitt distrikt. Vi har i Värmland fem distrikt

och varje gång har det varit fem kursdeltagare från varje distrikt.

Under 1985 startade vi med uppföljning. Vi åker ut en eftermiddag till respektive distrikt och samlar de utbildade resurspersonerna till vidareutbildning och för att diskutera vad som hänt sedan kursen och hur man ska gå vidare. Vi utnyttjar den lokala fortbildningsorganisationen som sammankallande och organisatör av träffen. Vi planerar också att en gång per år samla alla resurspersonerna i Värmland för en studiedag (den första kommer att ske i Karlstad november 1986).

Rökfria sjukvårdslokaler?

I början av 1986 deltog vi i bildandet av en rökgrupp vid Centralsjukhuset i Karlstad bestående av representanter från sjukhusledning, fackföreningar, Företagshälsovård, skyddsombud och rökavvänjningsmottagningen. Vi har arbetat fram ett förslag som berör patienters och personals rökning inom Landstingets lokaler inom centrala distriktet i Värmland. Vår målsättning var att försvåra, inte förbjuda rökning i Landstingets lokaler.

Vi föreslog kortfattat:

- 1) Rökförbud för personal på alla avdelningar – separata röktrum centralt för varje huskropp skall ordnas.
- 2) Rökförbud i arbetskläder.
- 3) Rökstillstånd för patienter på vissa avdelningar (exempelvis långvård).
- 4) Enkäter till personal och dessutom erbjuds de rökavvänjning på arbetstid.

Förslaget är nu MBL-förhandlat och taget i sjukhusledningen och arbetet med att skapa bättre miljö i sjukvårdslokalerna skall börja i höst.

Som ett led i denna verksamhet kommer vi i höst att inbjuda representanter för Värmlands läns landstings företagshälsovård till en tvådagars internatkurs i rökavvänjningsmetodik.

Passiv rökning – arbetsmiljöfråga

För att hjälpa och motivera människor till rökstopp har vi god hjälp av våra nya kunskaper om passiv rökning. Människan har en tendens att ta större hänsyn till till exempel sina barn än sin egen kropp.

De senaste åren har forskningen visat att den passiva rökningen spelar en större roll än vi trott – vad det gäller sjukdomsutveckling hos icke rökare. Tobaksbolagets senaste undersökning, som bagatelliserade den passiva rökningen förefaller inte vara konklusiv.

Man har endast mätt nikotinhalten av, inte tagit hänsyn till gaserna, som är de avgörande faktorerna i sjukdomsutvecklingen. Cigaretterns sidoström innehåller farligare cancerogener än huvudströmmen. Det gäller fostret hos gravida kvinnor, barn i rökig hemmiljö och även vuxna som tvingas vistas i rökig miljö.

Av tobaksrökens cancerogener finns två ämnen, som är upptagna på Arbetskyddsstyrelsens stora A-lista. Detta innebär att de anses så farliga, att om någon skulle uppmäta minsta mängd

av något av dessa två ämnen, skulle arbetsplatsen omedelbart stängas av skyddsombudet, tills man kunde åtgärda situationen. Dessa två ämnen finns naturligtvis i alla lokaler där det röks.

Ett dramatiskt exempel på detta är Försäkringsöverdomstolens beslut i december 1985, att ge arbetsskadeersättning till en 55-årig kvinna som avled i en typ av lungcancer som är typisk för rökare. Hon hade aldrig själv rökt, men däremot arbetat fjorton år i ett kollektivt ritkontor, där tobaksrökning var tillåten.

Därmed har tobaksfrågan på arbetsplatserna blivit en arbetsmiljöfråga! Det är alltså plats för aktiviteter för både fackliga ombud och skyddsombud!

När man arbetar med denna fråga kan man ha hjälp av Arbetskyddsstyrelsens och Socialstyrelsens gula skrift, som utgavs 1983 (3). Om man arbetar på privata arbetsplatser kan man i dessa diskussioner stötta sig med arbetsmiljöavtalet mellan SAF, LO och PTK (4).

På sidan 4 anges att arbetsgivaren är skyldig att vidta förebyggande åtgärder så att inte arbetstagarna drabbas av ohälsa eller olycksfall i arbetet. På sidan 54 anges att Företagshälsovården är skyldig att medverka till att arbetstagarens hälsa skyddas.

Konklusion

Hälsofrågor är svåra att driva integrerat i det dagliga sjukvårdsarbetet. Det får oftast stå tillbaka för det mera påtagliga direkta patientarbetet. Det behövs en funktion i varje län, som entusiasmerar, vidarebefordrar kunskap, stöttar och ser till att engagemanget fortsätter hos de resurserpersoner som utbildats. Därför behövs en rökavvänjningsenhet i varje län, men som arbetar för integrerad rökavvänjning i det praktiska sjukvårdsarbetet, framför allt inom primärvården.

Tobaksrökningen inom sjukvårdens arbetsplatser är en facklig- och arbetsmiljöfråga, men också en trovärdighetsfråga gentemot patienten. Det är viktigt för alla som är engagerade i rökfrågan att fortsätta arbeta med rökavvänjning, att entusiasmera kollegor och inte minst påverka beslutsfattare.

Referenser:

1. Värmlands läns landstings åtgärdsprogram mot tobaksbruket 1982.
2. Statens tobaksutredning SOU 1981:18.
3. Allmänna råd om begränsning av tobaksrökning i lokaler av gemensamhetskaraktär – Arbetskyddsstyrelsen och Socialstyrelsen 1983.
4. Arbetsmiljöavtalet mellan SAF-LO och PTK 1983.

Författarpresentation:

Ruth Berg, sjuksköterska vid Rökavvänjningsmottagningen, Vårdcentralen Gripen i Karlstad.

Bengt Hanson, distriktsläkare vid Vårdcentralen i Vålberg och läkare vid Rökavvänjningsmottagningen, Vårdcentralen Gripen i Karlstad.

Postadress: Vårdcentralen Gripen, Box 547, 651 09 Karlstad

Tidig upptäckt av glukosintolerans samt diabetes mellitus med hjälp av blodglukoscreening och förenklad peroral glukosbelastning på vårdcentral

CHRISTER FORSBERG · MATS FLYGARE · INGER JOHANSSON

Genom blodglukoscreening har vi kunnat fånga upp ett antal personer med lätt förhöjd blodglukos och via peroral glukosbelastning konstaterat, att många av dessa hade glukosintolerans eller diabetes mellitus. Det är vår övertygelse att man genom tidig upptäckt kan fördröja och mildra senkomplikationerna genom att ge precisa dietråd, uppmuntra till vikt-reduktion samt ökad motion i förekommande fall. Blodglukoscreening, samt vår förenklade modell av peroral glukosbelastning, kräver inga extra resurser på vårdcentralen.

Nyckelord: Diabetes mellitus; primärvård; screening; metoder.

Målsättningen med screeningundersökningen var tidig upptäckt av glukosintolerans samt diabetes mellitus för att kunna gå in med individuell rådgivning angående kost och motion i så tidigt skede av sjukdomen som möjligt (1).

Material och metoder: Alla patienter över 40 år, som söker mottagningen, oavsett orsak, kontrolleras med blodglukos. Studien genomfördes under tidsperioden November 1984 till och med 14 januari 1986. Testresor BM-test BG (Boehringer Mannheim) från LIC, apparat Glucocheck II (Orion Diagnostica AB) mätområde 0,5–22 mmol/l, Glucosum momohydricum Nord, samt portionspåsar 75 g användes (Apoteket).

På alla patienter, som hade ett fastevärde på 6 mmol/l eller däröver, samt icke fastevärde 8,0 mmol/l eller däröver, planerades för peroral glukosbelastning. Patienten återkom för provtagning fastebloodsocker, och om fastebloodsocker var >8 mmol/l återkom patienten för ny provtagning. Vid upprepade fastebloodsockervärden >8 mmol/l ställdes diagnosen diabetes mellitus. Den perorala glukosbelastningen utfördes på mottagningen ge-

nom att patienten kom fastande på morgonen och då togs det bloodsocker samt uringlukosbestämning. Patienten fick därefter dricka 75 g glukos blandat med 300 ml vatten och återkomma efter två timmar för ny bestämning av bloodsockervärdet samt bestämning av uringlukos. Om patientens tvåtimmarsvärde låg mellan 8–11 mmol/l betraktades det hela som en glukosintolerans. Tvåtimmarsvärden >11,0 mmol/l betraktades som en säkerställd diabetes mellitus.

Ett år innan vi började vår screeningmetod på vår vårdcentral, gjorde vi en undersökning enligt Bitzén och Schersténs anvisningar (2), men då ingick inte peroral glukosbelastning i vår rutin. Det visade sig att i vårt motagningsmaterial låg ganska många patienter mellan 7 och 8 mmol. Materialet blev oerhört svårhanterligt, när man satte gränsen >7 mmol för diabetes. Vårt val av gränsen >8 mmol har visat sig praktiskt värdefull och enkel att hantera. Den övre gränsen 11,0 mmol enligt WHO's riktlinjer (3).

Resultat

Inom vårt upptagningsområde bor cirka 4.135 personer, varav cirka 700 är 70 år och äldre. Cirka 90 diabetiker kontrolleras på mottagningen regelbundet. Vi känner till tre barndiabetiker, varav två kontrolleras på barnklinik, medan en kontrolleras hos oss. Det finns ytterligare tre barn, som går på barnklinik. I övrigt kan man säga att mellan 20 och 30 diabetiker kontrolleras på medicinkliniker. Således ligger totalsiffran på diabetiker i området runt 120 st. Uppgifterna om hur många diabetiker som kontrolleras på barn- respektive medicinkliniken är skattade och ej kontrollerande. På grund av vår lokalkännedom med personal som känner bygden väl, menar vi att skattningen är relativt säker.

På våra diabetiker tas i genomsnitt tre blodglukosbestämningar per år. Totala antalet patientbesök per år på vår mottagning är 5.000. Under hela 1985 utfördes 1.125 blodglukosbestämningar och då ingår kontroller av kända

diabetiker. Under perioden november 1984–14 januari 1986 upptäcktes en person med diabetes på sedvanligt sätt med typiska symtom. Utredning av denne visade positivt uringlukos samt förhöjt bloodsocker. Ingen glukosbelastning gjordes. En 21-årig man sökte för törst och noterades ha lätt förhöjt bloodsocker. Han hade även positivt uringlukos. Peroral glukosbelastning bekräftade diagnosen diabetes. En annan patient hade spår av glukos i urinen och sökte för sår som inte ville läka. Peroral glukosbelastning bekräftade diagnosen diabetes. Nio personer med uringlukos 0, men med lätt förhöjt blodglukosvärde, konstaterades genom peroral glukosbelastning, ha diabetes mellitus. Tolv patienter bedömdes likaledes ha glukosintolerans. Alla dessa hade uringlukos 0 vid det ursprungliga läkarbesöket, som föranledde den perorala glukosbelastning visade den perorala glukosbelastning. Normalt utfall av glukosbelastning vid elva fall. En patient kom aldrig till peroral glukosbelastning.

Sammanlagt gav blodglukosmätning upphov till utredning i 36 fall, varav tolv patienter med diabetes mellitus, tolv med glukosintolerans, elva friska och en okänd.

Diskussion

Patienterna var mycket positiva till denna undersökning. De var väl medvetna om diabetessjukdomens yttringar och var mycket positiva till diet och motion, då man påvisat glukosintolerans eller diabetes mellitus. Det kompakta motstånd mot dietföreskrifter och ökad motion, som man möter om man går ut med mer generella kostråd till patienter i allmänhet, har vi inte upplevt i dessa fall. När vi med konkreta siffror kan visa patienter hur de reagerar på snabbverkande kollydrater, är det mycket enkelt att motivera dieten. Resultatet av den perorala glukosbelastningen har haft en positiv pedagogisk effekt.

Ovanstående metod för förebyggande hälsovård bland patienter med glukosintolerans och diabetes mellitus

Har ej krävt någon resursförstärkning. Blodglukosbestämningar tar någon minut extra, men obetydlig extrabelastning när man ändå tar Hb. Peroral glukosbelastning tar ju lite extra tid, men detta har ändå kunnat utföras utan extra resurser, tack vare vår för- enkla modell av peroral glukosbe- lastning.

Litteratur:

1. Luft R. Diabetes - Underlag till vårdprogram för primärvården. Socialstyrelsens Utbildningsproduktion AB, Malmö 1982.
2. Bitzén P-O, Sherstén B. Diabetes i primärvård. SFAM-nytt 1982;3: 6-9.
3. WHO Expert Committee on Diabetes Mellitus. Second report. World Health Organization Technical Report Series 646, 1980.

Författarpresentation:

Christer Forsberg, distriktsläkare

Mats Flygare, distriktsläkare

Inger Johansson, lab assistent

Postadress: Vårdcentralen,
Pack 62, 680 50 Ekshärad

DIABETES I ÖPPENVÅRD

MATS BERGSTRÖM

Ett försök att värdera införandet av en speciell diabetesmottagning skött av distriktssköterskor. Har med all önskvärd tydlighet visat att diabetesvården förbättrats.

Nyckelord: Diabetes Mellitus, primärvård, kvalitet, metoder.

Plats

Vårdcentralen Molkom Värmland.

Syfte

Att med mycket enkla mätmetoder belysa vad som hände när en ny typ av diabetesmottagning infördes i distriktet.

Bakgrund

Vårdcentralen har ett upptagningsområde på 5.600 människor. Sedan 10 år tillbaka sköts samtliga diabetiker i vuxen ålder både av typ I och II på Vårdcentralen i Molkom. Undantaget i materialet är således 3-4 barndiabetiker. Detta gav oss när vi införde ett enkelt diagnosregister för öppenvård 1981 en möjlighet att studera prevalensen av diabetes och dessutom få en bild hur diabetikerna mädde i distriktet. Bakgrunden var också den att 1981 utbildades två av de ordinarie distriktssköterskorna på en intensivkurs om skötsel av diabetes med överläkare Hans Hedstrand, Medicinkliniken i Karlstad som huvudlärare.

Metod

En gång om året har vi gått in i diagnosregistret och letat upp samtliga journa-

ler och sedan delat upp diabetikerna i tre grupper: Enbart kost - Tablettbehandling - Insulin.

Resultat

Vad gäller prevalensen så har det skett en långsam ökning vilket har sin förklaring i att vi fått överta allt fler diabetiker så att vi med 1985 års siffra nog kan påstå att prevalensen är ganska normal och att 182 diabetiker innefattar samtliga diabetiker i distriktet fortfarande undantaget 3-4 barndiabetiker.

Under de första två åren kunde vi dessutom se att andelen enbart kostbehandlade steg i samma takt som tablettbehandlade patienter sjönk. Frekvensen Insulinbehandlade patienter ligger på samma nivå hela tiden. I och med 1985 års siffror ser det ut som om det hela har intagit ett "steady state".

Diskussion

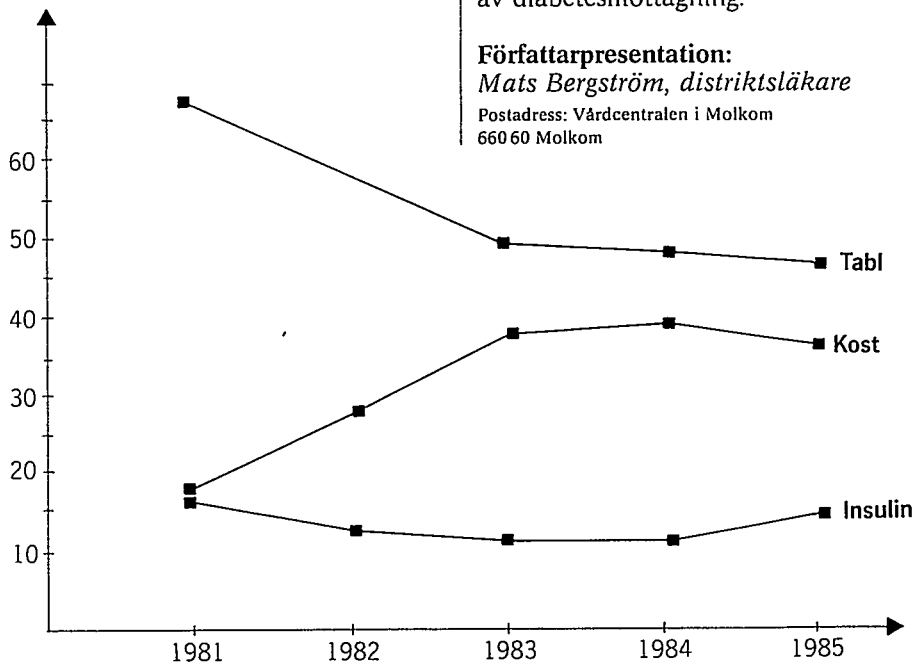
Vi har i Molkom dragit den slutsatsen att om man överför den huvudsakliga skötseln av diabetiker på diabetessköterskor så sköts diabetikerna bättre än med den tidigare traditonella läkarmodellen. Diabetessköterskorna lägger ner mer tid på varje patient och ger enligt vårt sätt att se det en bättre information om kosten. Distriktssköteskan har också genom sina hembesök en bättre chans att uppleva vad som verkligen står i kylskåpet och skafferiet.

Den här enkla undersökningen tycker jag har varit en bra plattform att stå på när det gäller att övertyga andra distriktsläkarkollegor till den här typen av diabetesmottagning.

Författarpresentation:

Mats Bergström, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen i Molkom
660 60 Molkom



Tabell I. Andel med tablett-, kost- och insulinbehandling bland diabetespatienter vid vårdcentralen i Molkom, 1981-85.

Forskning och etik – reflektioner kring en konferens

INGALILL ERIKSSON

Nyckelord: Etik.

Vilhelminakonferens

Forskningsnheten i Vilhelmina anordnade en konferens i form av två forskningsdagar den 26–27 maj. Forskningsdagarna hör till de årligen återkommande arrangemangen i Vilhelmina. Bland de cirka 130 inbjudna deltagarna återfanns en rad kända föreläsare och debattörer. Nils Christie, Per Holmberg, CH Hermansson, Bengt Hedlén, Svante Nycander, Lars Grönvall och Bengt Börjesson, för att nämna några. Förra året var temat för forskningsdagarna formulerade i termer av forskning och utvecklingsarbete, insatser inom socialtjänst och primärvård och utbildning för offensivt hälsoarbete. I år var ämnet *Etik*. För att vara exakt: Etiken och verkligheten. Om vård-Sveriges vårdor och möjligheter.

Det kändes som något delvis nytt att höra etik diskuteras på en forskningskonferens. Varför just detta ämne, frågade jag mig. Är det inte så att socialforskarna och vårdforskarna följer en *trend*, innebärande en renässans för moralfilosofi och etiska frågor? Det är lätt att ge exempel från vitt skilda verksamhetsgrenar i samhället och olika akademiska discipliner på etiska frågor uppmärksammas allt mer.

Trender

Medicinsk etik kommer efter en tids tynande tillvaro tillbaka som ämne i sjuksköterskornas utbildning. Serviceutbildning inom sjukvården innehåller etiska frågor. Läkare, sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden genomgår kursen i omvårdnad och medmänsklighet. Medicinsk etik handlar också om svåra val och prioriteringar av sängplatser i ett ekonomiskt kärvt läge.

När Nordplan, Nordiska institutet för samhällsplanering, skulle bjuda in en gästföreläsare och gästforskare våren 1986 föll valet på Agnes Heller. Hon är ungersk *filosof* med anknytning till marxism och hon talade om behov, sociala rättigheter och social rättvisa.

Massmedia har den senaste tiden haft artiklar om plågsam miljö för husdjuren på våra slakterier. Det är inte bara köttkvaliteten som uppmärksammas i detta sammanhang. Slakterimiljön har satts under moralisk lupp. Är det etiskt riktigt att behandla grisarna så illa?

Företagsekonomi är det ämne där det är intressant att studera trender. Management och ledarskap ges hela tiden nya infallsvinklar. Den mer terapeutiska vägen tycks nu ha efterträts av en filosofisk inriktning. Framtidens ledare skall vara något av en präst och kunna svara på frågor om livets mening och om vad som är rätt eller fel. Jag har sett kursplaner på utbildningar i ämnet "Etik och kreativitet" för blivande företagare.

Politiker, administratörer, sociologer, psykologer och vårdforskare har nu alltså samlats i två dagar i Vilhelmina för att diskutera etik och vård-Sveriges vårdor och möjligheter. Vilka var då konferensens budskap?

Några inlägg

Bengt Börjesson, professor i socialt arbete i Umeå, uttryckte några självbekännelser om tidigare naiva förhoppningar på såväl klienter som socialtjänstlagen. Det måste vara fullt förenligt med socialarbetareetik att inte lita på klienterna i alla lägen. Har klienten kommit in på en självdestruktiv livsbana, så förstår han eller hon inte sitt eget bästa. Socialarbetare måste våga gå emot dessa klienter för att kunna hjälpa dem. Klienterna är inte alltid experter på sina egna problem, menade Bengt Börjesson. Dessutom är det så att socialarbetaren har egna behov att tillfredsställa i mötet med klienterna.

Vilken etik råder inom psykiatrin? Frågan om den är gammal eller ny, etiken respektive psykiatrin, behandlades av Lars Grönvall och Lars Jakobsson. Den förstnämnde jurist och den andre professor i psykiatri.

Utvecklingen går långsamt vad gäller avvecklingen av den gamla psykiatrin, menade Lars Grönvall, som beskrev denna mentalsjukhusens psykiatri som patriarkalisk och präglad av patienternas rättslöshet. Sverige ligger högt vad gäller antalet tvångsomhändertaganden och antalet platser inom institutionsvården. Patienter kränks och lagarna är klasslagar.

Lars Jakobsson beskrev psykiatrin mer i termer av en positiv förändring. Demokratiska värden kommer in allt mer, inte minst genom att arbetet blir ett team-arbete. Det biologiska tänkandet är på tillbakagång och ersätts av ett psykodynamiskt tänkande, vilket gynnar patienterna.

Skall socialarbetarna idealt sett brinna av eld och engagemang? Är det

med andra ord fult att vara *utbränd* eller är det fult att kalla andra för *utbrända*? Många hade svårt att se kopplingen mellan etiska aspekter och forskningsresultat, då Håkan Larsson, lärare och forskare vid Institutionen för socialt arbete i Umeå, berättade om sin alternativforskning till utbrändhetsforskningen. Håkan Larsson menade att det är organisationernas fel, bland annat dålig kommunikation mellan chefer och socialsekreterare, när resultaten uteblir av arbetet på socialbyrå, Talet om utbrändhet är enligt honom allt för individualistiskt.

Föreläsningen om AIDS av Per-Olof Persson, läkare från Stockholm, grep alla. Per-Olof Perssons poäng var att sjukdomen AIDS väcker en rad frågor, som hittills fått stå obesvarade. Moraliska ställningstaganden undviks. Numa råder en massmedial tystnad och vår ångest inför problemen gör att vi skjuter frågorna åt sidan. Hur långt kan vi gå i begränsningen av de smittades frihet för att rädda liv, egna och andras?

Symptomatiskt på konferensen var att AIDS-frågan inte alls kom upp till debatt under dag 2, som just skulle vara en debattdag.

Såväl generaldebatt som den av socialisatorn Per Holmberg skickligt dirigerade debatten, kom att kretsa kring helt andra ämnen. Ett av de mer intressanta ämnena togs upp av Lars Lorentzon, föreståndare på barnbyn Skå. Han anknöt till en mycket vardaglig situation för socialarbetare och frågade sig om dessa fick bli *arga* på klienterna. Socialarbetarna måste enligt Lars Lorentzon inse att klienterna inte är några "kvaddade änglar". Alla, såväl klienter som socialarbetare, har också en liten djävul inuti sig. Det är borgerlighetens pedagogik att alltid vara snäll och förstående. I stället bör vi ha mer av vredens pedagogik och ta fasta på att alla är såväl goda som onda. En intressant iakttagelse, som Lars Lorentzon sade sig ha gjort, var att de socialarbetare som inte vågar gräla är de som föreslår tvångsvård och tvångslagar. De arga blir inte heller utbrända i samma utsträckning som de som hela tiden tvingar sig att vara snälla, menade han.

Svante Nycander, chefredaktör på DN, talade om nytto-etik. Onyttig behandling av exempelvis alkoholister är ett mycket svårt etiskt problem, menade han och pekade på undersökningar som bevisar att vård utan tvång oftast

är verkningslös. Se så! Tvångsvård kan bli etisk vård.

Vid kvällsarrangemanget förväntades den norska sociologiprofessorn Nils Christie föreläsa på ett spirituellt och tankeväckande sätt. Han infriade förväntningarna. Enligt min mening var han den ende som tog tag i frågan om forskning och etik. *Det finns ingen kunskapsmassa om det goda sociala arbetet.* Nej, inget forsknings svar finns på spørsmålet om vad som är riktigt och rätt. Man kan inte heller vänta sig någon *enighet* om vad som är etiskt socialt arbete. Det är kulturkamp att ge svaren och socialarbetare kan inte ställa sig utanför denna kulturkamp. Man kommer alltså aldrig ifrån moraliska dilemman och moraliskt ansvar.

Varför etik?

Kanske ger sig nu svaret på varför Vilhelminakonferensen 1986 hade temat Etik. Felaktiga och överdrivna förväntningar har ställts på forskningen som lösare av etiska dilemman. Nu är tid inne att diskutera etiken och moralen direkt. Det är inte bara socialarbetarprofessionen som ifrågasätts, utan även forskningsprofessionen.

Vi kan också formulera en *eländeshypotes*. Etiska problem blir åter aktuella på grund av att människor handlar allt mer oetiskt. Grisarna har tidigare aldrig plågats, som de gör idag på slakterierna och i djurfabrikerna. Den så kallade Alby-katastrofen, där socialarbetare i Alby behandlat klienterna mycket kränkande, skulle enligt detta vara något historiskt nytt.

Men eländeshypotesen håller inte som förklaring till moralfilosofins renässans inom sjukvård och trenderna i ledarskapsdebatten. Är det inte i stället så att man *fått syn på människan* och skaffat sig en människosyn att debattera. En av läkarna på konferensen uttryckte det så. En mer positiv och optimistisk förklaring ger hopp inför framtiden och forskning och etisk debatt kan befrukta varandra.

När konferensen var slut och jag vände hemåt med Inlandsbanan, körde rälsbussen över två renar. Lokföraren backade, klev ur med yxan i hand och kontrollerade att renarna inte pinades till döds. Djuren var redan döda och SJ:s man lade två öron i en plastpåse, som stinsen i Dorotea tog hand om. Det behövdes ingen närmare efterforskning kring olyckan. Lokföraren handlade enligt etiska regler. Men Nils Christie skulle ha påstått att en forskare på ett sådant tåg måste ställa frågor om krockar mellan samernas renar och kultur och tågteknologi. Det handlar då om forskningsetik, kanske ett ämne för nästa års forskningsdagar i Vilhelmina?

Författarpresentation:

Ingalill Eriksson, fil dr i sociologi

Postadress: Högskolan i Sundsvall/Härnösand
Box 860, 851 24 Sundsvall
telefon 060-15 42 60

LB06205

Socialstyrelsen:

Kost, munhygien och fluor tre viktiga faktorer mot tandlossning och karies

Den 1 januari 1986 träder en ny tandvårdslag i kraft. Enligt denna är målet för tandvården en god tandhälsa samt att den bedrivs på lika villkor för hela befolkningen. Tandvården ska vara av god kvalitet med särskild vikt vid förebyggande åtgärder. Lagen säger också att tandvården ska vara lättillgänglig och främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Socialstyrelsens bok "Tandhälsovård inom mödra och barnhälsovården" (Allmänna råd från socialstyrelsen 1985:6), som utgör en reviderad utgåva av socialstyrelsens tidigare skrift "Odontologisk rådgivning vid barnavårdscentral", ligger väl i linje med den nya tandvårdslagens anda.

Boken, som framför allt är koncentrerad på förebyggande åtgärder inom tandvården, beskriver såväl normal tandutveckling och tandframbrott som störningar i dessa skeenden. Vidare behandlar den tandsjukdomarnas uppkomst och tandskador vid olycksfall. Tre viktiga faktorer vid förebyggande av de två stora tandsjukdomar karies och parodontit är munhygien, kost och tillförsel av fluor.

I ett kapitel som tar upp barnfamiljer med behov av intensifierad odontologisk rådgivning redogörs bland annat för kroniska sjukdomstillstånd hos barn som kan medföra risk för försämrade tandhälsa och där dåliga tänder kan komplicera grundsjukdomen. Till sådana sjukdomar räknas bland annat blödningssjukdomar, diabetes, cystisk fibros och mental utvecklingsstörning. Speciell uppmärksamhet bör ägnas dessa barn i fråga om tandhälsovårdsinsatser.

Även invandrarbarn kan ur tandhälsosynpunkt vara riskpatienter. Att komma från länder där konsumtionen av sötsaker ligger avsevärt lägre än i Sverige kan ha negativa följder för tandhälsan. Därför bör särskild omsorg ägnas åt information till invandrande barnfamiljer som kan ha svårt att värja sig mot det svenska sötsaksutbudet och reklamen.

"Tandhälsovård inom mödra- och barnhälsovården" är avsedd att hjälpa såväl tandvårdspersonal som annan hälso- och sjukvårdspersonal att infor-

mera blivande mödrar och nyblivna föräldrar om tandhälsovården. Därigenom befrämjas goda kontakter både med föräldrar och barnen.

"Tandhälsovård inom mödra- och barnhälsovården". Allmänna råd från Socialstyrelsen 1985:6. Pris 19 kronor.

Information: Övertandläkare Erling Böhlin, telefon 08/783 34 25, byrån för tandvård.

Bättre tänder hos barn ger plats åt fler vuxna i folktandvården.

I dag har mindre än var femte treåring karies i sina mjölkttänder vid sitt första besök hos folktandvården. För tio år sedan hade över hälften av alla treåringar karies. Det framgår av en ny rapport från socialstyrelsen med statistik över landets folktandvård, "Distrikttandvården 1985" (PM 141/86). De 7-åringar som inte har några hål i sina permanenta tänder har snabbt blivit alltfler under 1980-talet. Från 1982 fram till 1985 har den gruppen ökat från 38 till 60 procent.

Den starkt förbättrade tandhälsan har medfört att barn och ungdomar inte behöver kallas till vård så ofta som tidigare, vilket innebär att fler vuxna får plats inom folktandvårdssystemet. 1985 behandlades cirka 1,4 miljoner vuxna i folktandvården. Det är en ökning med 55 procent sedan 1980. Totalt utfördes 5,5 miljoner tandläkartimmar i folktandvården under 1985, i stort sett detsamma som under 1984.

Förutom barn och ungdomars allt bättre tandhälsa så har även den allt rationellare tandvården medfört att man kan ta emot fler patienter. I dag går behandlingen allt snabbare. Medelbehandlingstiden för 3-19-åringar är nu nere i 88 minuter per barn. För tio år sedan behövde tandläkare i genomsnitt ytterligare 20 minuter för att färdigbehandla en patient ur den åldersgruppen.

Den förebyggande tandvården och användningen av floursköljningen och fluortandkräm är några förklaringar till de förbättrade resultaten inom barn- och ungdomstandvården.

Information: Övertandläkare Jan Malmqvist, telefon 08/783 34 23 eller byrådirektör Carl-Lennart Carlsson, telefon 783 34 33, socialstyrelsens tandvårdsbyrå.

Cancer 1982:

Malignt melanom den cancerform som ökar mest

1982 anmäldes 35.567 nya fall av cancer – en ökning med 1,7 procent jämfört med året innan. Detta framgår av den statistisk från socialstyrelsens cancerregister, "Cancer Incidence in Sweden 1982", som nu publicerats.

Cancer drabbar främst äldre människor. 65 procent av alla anmälda cancerfall 1982 avsåg personer över 65 år. Den vanligaste cancerformen hos kvinnor är bröstcancer, som svarade för 24 procent av alla rapporterade fall. Andra vanliga tumörformer hos kvinnor är cancer i tjocktarm, äggstocakar och livmoder. Hos män är prostatacancer vanligast med 22 procent av alla rapporterade fall. Därefter följer cancer i lungor, tjocktarm och urinvägar.

Under perioden 1960–1982 har det totala antalet anmälda cancerfall ökat med i genomsnitt 1,4 procent per år för män och 0,9 procent för kvinnor. Under de senaste tio åren har dock ökningen tenderat att avta. Olika cancerformer uppvisar emellertid en varierande utveckling:

- Bröstcancer ökade fram till 1977 varefter en nedgång skett. Livmoderhalscancer har minskat sedan mitten av 1960-talet. För båda dessa tumörformer pågår omfattande hälsoundersökningar i olika delar av landet.

- Prostatacancer hos män har under hela perioden ökat med i genomsnitt 2,2 procent per år.

- Lungcancer fortsätter att öka hos både män och kvinnor. Ökningen går något snabbare hos kvinnor men sjukdomen är fortfarande mansdominerad (74 procent).

- Cancer i magsäcken har visat en stadig nedgång under hela perioden 1960–1982.

- Urinvägscancer hos män har ökat under hela perioden med i genomsnitt 3,1 procent per år.

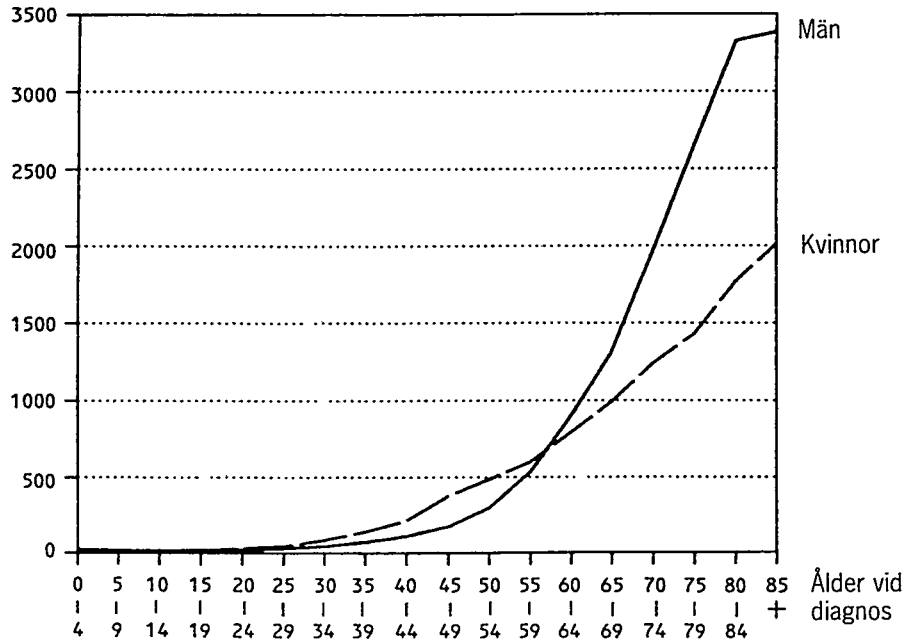
- Malignt melanom (pigmenterad hudtumör) är den cancerform som ökat mest under de senaste 20 åren med drygt 5 procent per år. 1982 fick

987 personer denna sjukdom, vilket motsvarar 12 personer per 100.000 i befolkningen.

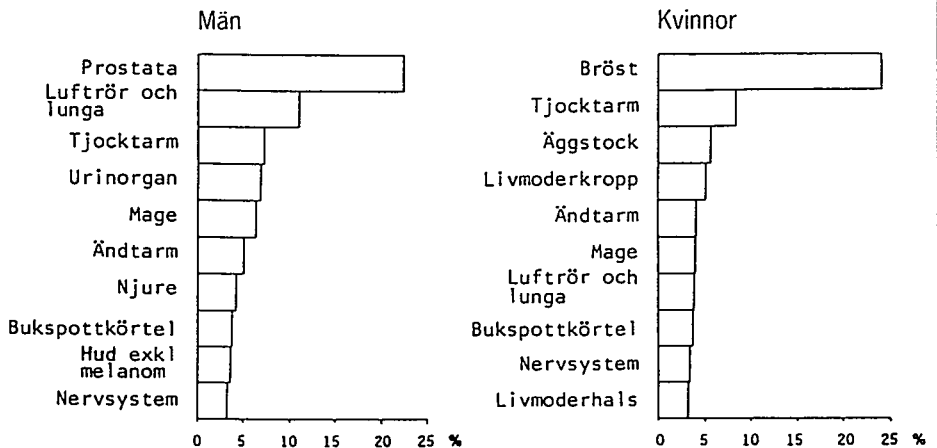
Information: Byrådirektör Thomas

Gunnarson, telefon 08-7833741 eller förste byråsekreterare Lars Rengby, telefon 08-7833740, cancerregistret, byrån för hälsoskydd.

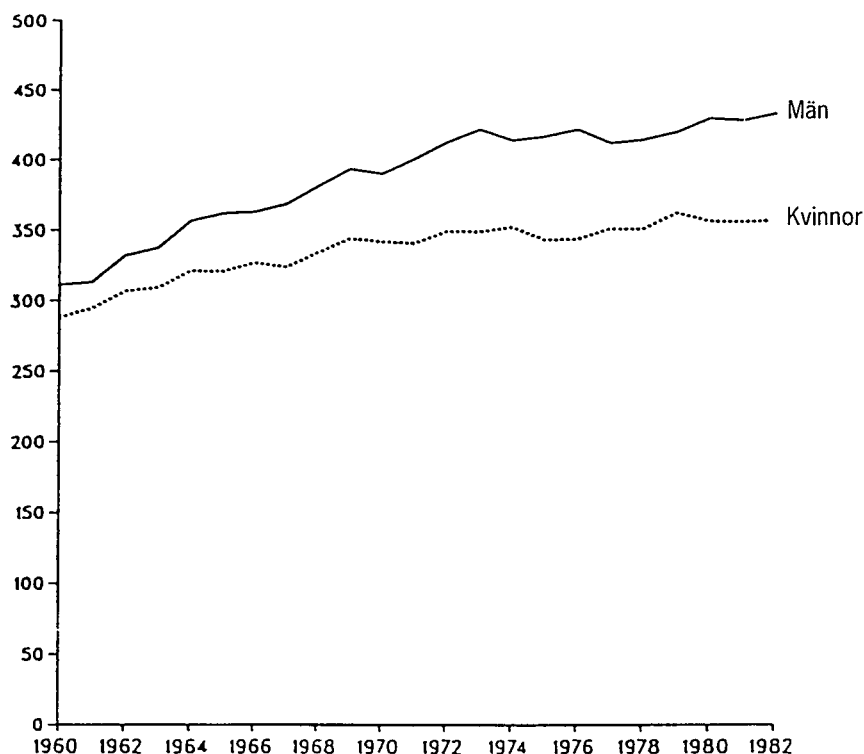
Figur 1. Antal nya cancerfall per 100.000 invånare 1982.



Figur 2. De 10 vanligaste cancerformerna hos män respektive kvinnor 1982.



Figur 3
Antal nya cancerfall per 100.000 invånare 1960–1982.



Ungdomar förebild – medelålders röker mest

Rökningen i Sverige har minskat dramatiskt sedan början av 1970-talet. Idag röker medelålders män och kvinnor mest. Ungdomen däremot, är nu för tiden en förebild för de vuxna. En annan trend är att rökvanorna bland män och kvinnor gradvis kommit att likna varandra. Enligt en undersökning genomförd av Nationalföreningen för upplysning om tobakens skadeverkningar, NTS, rökte 1985 dagligen 27 procent av männen och 29 procent av kvinnorna. Det resultatet kan jämföras med en Gallupundersökning från 1946 där det framgick att 50 procent av männen men bara 9 procent av kvinnorna rökte regelbundet.

Dessutom var försäljningen av tobak räknat per invånare högre 1916–1920 än vid något annat tillfälle mellan perioden 1855–1983. I en ny bok från socialstyrelsen "Tobaksvanor i Sverige. En översikt och analys" (Socialstyrelsen redovisar 1986:9) presenteras en tidigare inte tillgänglig överblick över tobaksvanornas utveckling i Sverige. Rapporten har socialstyrelsen arbetat

fram tillsammans med bland annat NTS och den ska främja en fortsatt utveckling mot ett tobaksfritt samhälle.

Av rapporten framgår vidare att det är andelen rökdebutanter som på lång sikt kommer att vara avgörande för den fortsatta minskningen av rökandet i alla åldersgrupper i den svenska befolkningen. Den långsiktiga betydelsen av olika informationsinsatser och andra åtgärder kommer således att avgöras av hur väl de når fram bland barn och ungdom. Däremot kommer inte belastningen på hälso- och sjukvården att framöver nämnvärt påverkas av om rökandet bland dagens ungdom minskar eller inte. Under de närmaste decennierna kommer vårdbehov hos rökare härröra från de män och kvinnor som röker idag.

"Tobaksvanor i Sverige." Socialstyrelsen redovisar 1986:9. Pris: 34 kronor.

Information: Byrådirektör Margaretha Haglund, telefon 08/783 3297, byrån för hälsoupplýsning.

Socialstyrelsen:

Unik undersökning av äldre och handikappade på institutioner

Socialstyrelsen har genomfört en omfattande enkätundersökning beträffande social miljö och levnadsvillkor vid institutioner för äldre och handikappade. Undersökningen, som är unik i sitt slag, är den första heltäckande kartläggningen av hur livet på en institution gestaltas för dessa grupper.

Undersökningen omfattar samtliga kliniker, centrala sjukhem och lokala sjukhem inom somatisk långtidssjukvård och psykiatrisk vård, samtliga enheter inom omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda och samtliga ålderdomshem. Dessutom omfattar undersökningen även alla privata institutioner inom dessa områden.

De sammanlagt 131.000 personer som ingår i inventeringen, är fördelade på:

- långvård (50.000 personer)
- psykiatri (21.000 personer)
- psykiskt utvecklingsstörda (7.700 personer)
- ålderdomshem (52.000 personer)

Det finns inget bortfall i undersökningen utan alla institutioner har svarat. Uppgifterna har lämnats av dem som är ansvariga för institutionerna, i flertalet fall föreståndare eller motsvarande. I enkäten efterfrågas enbart faktauppgifter. Det finns mycket litet utrymme för egna värderingar och tolkningar hos dem som svarat.

Enkätmaterialen kommer bland annat att utgöra ett värdefullt underlag i socialstyrelsens löpande tillsynsarbete. Vissa översiktliga resultat från undersökningen finns redan idag tillgängliga.

Ur undersökningen framgår bland annat:

- 1/3 av samtliga personer använder rullstol (43.000 personer).
- nästan 90 procent av patienterna inom långvården behöver hjälp med att lägga sig (45.000 personer).
- mer än hälften av patienterna inom långvården hjälptes till sängs före klockan 19.00 (27.000 personer).
- mindre än 5 procent av samtliga personer vid institutionerna kan som regel välja maträtt vid lunch eller middag (5.000 personer).

- omkring 25.000 patienter/boende visats på institutioner där de själva inte kan välja tid för bad eller dusch trots att de kan klara sig själv.

- 60 procent saknar egna möbler (78.000 personer).

- drygt 40.000 personer vistas på institutioner där mindre än hälften eller i vissa fall inga alls får besök av anhöriga eller bekanta.

- 60 procent av alla institutioner är byggda före 1970. Ålderdomshemmen är äldst med drygt 40 procent av byggnaderna uppförda före 1960.

Uppgifterna visar att institutionsvården har stora brister. Det är därför utomordentligt viktigt att främja och påskynda den utveckling mot ökade möjligheter för äldre och handikappade att bo i egna bostäder som påbörjats. Institutioner kommer dock att behövas också i framtiden men i mindre omfattning än idag och med högre standard för den enskilde.

Undersökningen, som är genomförd i samråd med Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och SPRI, kommer att presenteras i sin helhet i rapporten "Socialstyrelsens undersökning av sociala förhållanden och miljö vid vissa institutioner" i december i år.

Information: Avdelningsdirektör Bengt Larsson, telefon 08/7833556, socialstyrelsens byrå för allmän planering med mera, eller avdelningsdirektör Christer Lindmark, telefon 08/7833786, socialstyrelsens byrå för äldreomsorg med mera.

Recension av NLV-kurs i ÖNH-sjukdomar

Härom dagen hittade jag mina anteckningar från en NLV-kurs i ÖNH-sjukdomar. Det återges härmed in extenso: Allergierna ökar i afrikanska städer, men inte på landsbygden."

"Mögelallergi, det är en RIKTIG medicinsk diagnos. Det låter som psyke, men det är det inte."

Nils Lynöe

FV-läkare i allmänmedicin,
Allmänmedicinska Inst,
Umeå universitet

Nytt vårdprogram från socialstyrelsen

Viktigt att läkaren lyssnar på patienten med huvudvärk

Socialstyrelsen har nu kommit med ett vårdprogramunderlag om huvudvärk, som också, kort och gott, bär titeln "Huvudvärk". I underlaget betonas särskilt hur viktigt det är att vårdpersonalen lyssnar på patientens sjukhistoria.

Huvudvärk är en av våra vanligaste åkommor. Praktiskt taget alla människor har någon gång haft huvudvärk. Den svåraste formen av huvudvärk som yttrar sig som migrän eller spänningshuvudvärk beräknas 10-20 procent av Sveriges befolkning lida av. Huvudvärk förekommer i alla åldrar, men drabbar huvudsakligen människor i de produktiva åldersgrupperna värst. Huvudvärk är dubbelt så ofta ett problem hos kvinnor som hos män.

Huvudvärk är inte lika vanligt hos barn som hos vuxna. Den ofta återkommande icke symtomatiska huvudvärken, i huvudsak migrän, är dock betydligt vanligare hos barn än vad många tror.

Huvudvärk är medicinskt sett ett "svårt" område. Anledningen är framför allt att huvudvärk är ett rent subjektivt symptom och att patientens egen sjukdomshistoria därför är helt avgörande för en medicinsk bedömning. Resultatet av till exempel kliniska undersökningar och laboratorieundersökningar är oftast av underordnad betydelse. För att huvudvärk inte ska bli ett diffust begrepp krävs därför att huvudvärkspatientens sjukhistoria analyseras noggrant.

Sjukgymnastik och fysikalisk terapi spelar en stor roll vid behandling av patienter med huvudvärk, framför allt spänningshuvudvärk. Stor vikt har därför lagts vid utarbetandet av de avsnitt av vårdprogramunderlaget som behandlar dessa frågor. Dessutom vill socialstyrelsens vårdprogramunderlag skapa förståelse för de sociala och psykologiska återverkningar som huvudvärksymtomet får, både för den drabbade, den drabbades familj och arbetskamrater.

Vårdprogramunderlaget är i första hand skrivet för läkare som arbetar som allmänläkare, internister eller barnläkare, men har också en del att erbjuda neurologer, ögonläkare och ortopedier.

Vårdprogramunderlaget har utarbetats av en arbetsgrupp under ledning av professor Per Olof Lundberg, Uppsala och socialstyrelsens rådgivande nämnd för utarbetande av vårdprogramunderlag.

Huvudvärk - underlag till vårdprogram. Utbildningsproduktion AB, Box 10645, 20025 Malmö.

Information: Byrådirektör Birgitta Björk, Socialstyrelsen, byrå för läns- och regionsjukvård, telefon 08/7833374

Efterskrift Konflikten i Syd-Jemen

I januari 1986 rasade i 12 dagar ett inbördes krig i Syd-Jemen. Konflikten utlöstes av maktkamp i partitoppen. Den frigjorde militära krafter, delar av försvarsmakten ställde sig på olika sidor i maktkampen. Också stamidentitets-känslor frigjordes och gjorde kampen hård. Givetvis innebär kriget ett avbräck i landets utomordentligt ambitiösa utvecklingsplaner. Den nya regimen har dock klart deklarerat att man skall fortsätta samma politik, utrikes och inrikes. Man fortsätter på en socialistisk utvecklingsväg med fredliga relationer till omgivande, konservativa stater. Rädda Barnen har ombetts snarast återuppta biståndet till mödra- och barnvården. Författaren, som i fem dygn satt inestängd i ett hus i stridslinjen, omgiven av granateld, kul-spruteeld, stridsvagnar med mera - en mycket nyttig upplevelse för en svensk från det stillsamma Sverige - deltar kring 1 maj i en resa till Syd-Jemen för förhandlingar om tidsplanen med mera för det bistånd som redan finns planerat av Rädda Barnen och Hälsoministeriet. En 18 år lång hård kamp för utveckling kan på nytt ta fart.

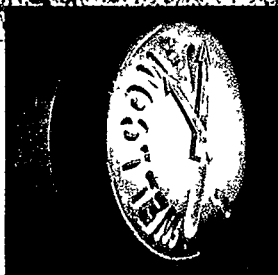
Ingemar Hermansson

WELLCOPRIM

trimetoprim

ÅRET RUNT

Inte kan naturen vara så svekfull!? I samma stund som den inbjuder till friskt uteliv och skön, stärkande avkoppling utsätter den oss för risken för akut cystit.



ORIGINALPREPARATET VID AKUT CYSTIT

Wellcoprim lindrar symtomen och stoppar infektionen vid akut cystit. Ges som endos 300 mg till natten — lätt att komma ihåg och enkel att dosera.



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

PIVAMPICILLIN

PIVMECILLINAM

Miraxid
pivampicillin + pivmecillinam

Penicillinkombinationen med synergistisk effekt

- Hög antibakteriell aktivitet på de flesta grampositiva och gramnegativa bakterier.
- Snabbare baktericid effekt än med enkelkomponenterna var för sig.
- Den ringa påverkan på tarmens normalflora innebär mindre risk för super- och reinfektioner.
- God tolerans jämfört med andra bredspektrumantibiotika.

Miraxid® – när effekt och tolerans får avgöra preparatvalet.

Miraxid: pivampicillin + pivmecillinam

Grupp 7B 4020

Tabletter. En tablett Miraxid innehåller 200 mg pivmecillinam + 250 mg pivampicillin. En tablett Miraxid mite innehåller 100 mg pivmecillinam + 125 mg pivampicillin.

Indikationer: Infektioner orsakade av mikroor-

ganismer känsliga för Miraxid, tex övre urin-
vägsinfektioner och komplicerade nedre urin-
vägsinfektioner.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot penicilliner och cefalosporiner.

Förpackningar: Miraxid, Miraxid mite 30, 100 st.



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