

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

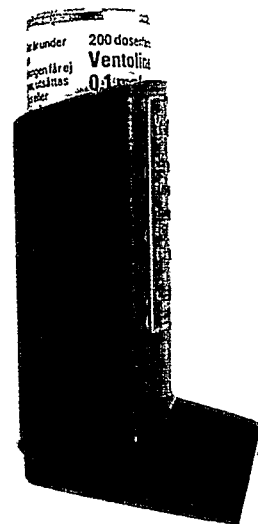


ATT BEHANDLA

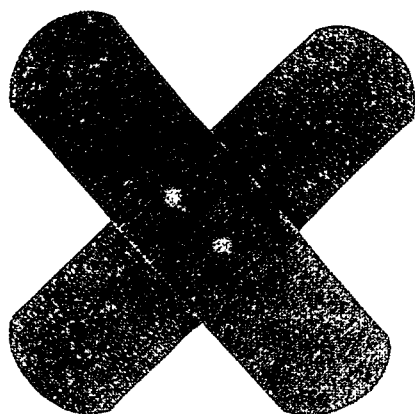
1
1987

BLODTRYCK

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  ökad 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 ΔP

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

Ledare:

Att hålla sig informerad

Bo J A Haglund

✓ 4

6219

Föreningsnytt:

Ny professor i allmänmedicin

— 4

Medlemsförändringar i Svensk förening för allmänmedicin 1982-1986

Bo J A Haglund

✓ 5

20

Viktiga datum

5

Debatt:

Husläkarmodellen är ett reaktionärt förslag

Ulf Nicolausson

✓ 6

21

Läsning för allmänläkare

Anders Överby

✓ 8

22

Infektioner i primärvård:

Giardia lamblia – resultat från en epidemi inom ett primärvårdsområde

Hans Lundgren, Birgit Larsson

✓ 10

23

Hypertoni i primärvården:

Icke-farmakologisk behandling

Birger Gran

✓ 12

24

Kurser och konferenser:

SFAM:s Höstmöte i Borlänge

Ylva Tomson

✓ 22

25

5:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin, Reykjavik 13-17 juni 1987

- 25

Belastningssykdommer i allmänpraxis 30 mars-1 april 1987

- 27

3:e Nordiska Hälsocenterkongressen i Vindeln 27-29 april 1987

- 27

Konferensrapport om den framtida äldreomsorgen

- 27

Program vid Svensk distriktsläkarförenings föreningsmöte

- 28

Course in Health Promotion in the Local Community for general practitioners

✓ 29

26

LEDARE

Att hålla sig informerad

Att arbeta inom sjuk- och hälsovård innebär att man ständigt måste ompröva invanda ståndpunkter. Detta är arbetsamt men samtidigt en stor utmaning. Kunskapstillväxten är så stor att till exempel stora delar av behandlingsrutinerna för olika sjukdomar inom en femårsperiod måste revideras. Primärvårdsorganisationen har i ett tioårsperspektiv dramatiskt ändrats i Sverige. Metoder för förebyggande arbete gentemot individer, grupper, organisationer eller i lokalsamhällen utvecklas ständigt med kunskapsinflöden från bland annat beteendevetenskapliga och samhällsvetenskapliga discipliner.

Samtidigt, förändring inger oro och fasta rutiner är grunden för tryggheten i arbetet. I det här spänningsfältet går vi i AllmänMedicin nu in i vårt åttonde år. Vår ambition i redaktionen är att ge bidrag som speglar förändringen som sker inom olika områden. I årets första nummer ges flera exempel på detta.

I översikten över artiklar från AllmänMedicin 1980–1986, som publiceras som supplement till tidningen, kan den som önskar gräva djupare inom de områden där kunskapsluckor behöver fyllas. Sammanställningen är ordnad efter dels författare och dels efter olika sakområden, baserade på sökord. Vi tror att sammanställningen kan bli ett värdefullt redskap för fortsatt utvecklingsarbete inom svensk primärvård.

Birger Grans översikt över icke-farmakologisk behandling av högt blodtryck är exempel på hur synen på behandlingsrutiner inom bara några år helt förändrats. Den här typen av översikter har vi under åren regelbundet försökt presentera och vi tror att de även i fortsättningen är betydelsefulla i det informationsflöde som vi alla utsätts för.

Anders Överby ger exempel på hur man ständigt håller ordning i ny information som kommer. Han redovisar praktiska rutiner för kontinuerlig tidskriftsläsning. Jag skulle gärna se att jag fick uppleva tillfredsställelsen av ordning och reda i de egna bokhyllorna på samma sätt som Överby.

Bo JA Haglund

Förenings
nytt

Ny professor i allmänmedicin

Den 1 januari 1987 tillträdde HANS ÅBERG tjänsten som professor i allmänmedicin vid Umeå universitet.

Hans Åberg har under de senaste åren varit verksam vid institutionen för allmänmedicin i Uppsala.

Samtidigt med att han tillträdde sin tjänst övertog han också posten som svensk redaktör för tidskriften Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Svensk Förening för Allmänmedicin önskar Hans lycka till!

FV-uppsatserna 1986!

Nio bidrag har inkommit.

Alla FV-läkare, tänk på FV-uppsatsen under 1987.

Red.

AllmänMedicin

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 hinna 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
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.
17283 Sundbyberg. Tel: 08/989100.

Redaktionskommitté:
Carl Edvard Rudebeck,
Ylva Tomson
Malin André

Redaktionsadress:
AllmänMedicin,
Institutionen för socialmedicin,
17283 Sundbyberg. Tel: 08/989100.
(Margareta Lindborg)

Annonser:
YH Annonsförmedling,
Alströmergatan 18, n b, 11247 Stockholm.
Tel: 08/5167 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, 1987

ISSN 0281-3513

Medlemsförändringar i Svensk förening för allmänmedicin 1982-1986

1981 fanns 1.004 medlemmar i SFAM. Detta ökade 1982 till 1.150, 1983 - 1.355, 1984 - 1.542, 1985 - 1.552, och är idag 1.806 stycken. I en analys av utvecklingen för åren 1981-84 framhölls att fortfarande knappt hälften av Sveriges distriktsläkare är medlemmar i SFAM (1). Idag är precis hälften av Sveriges distriktsläkare medlemmar. 1984 fanns den högsta andelen medlemmar bland distriktsläkarna i Norrbotten (65 procent). Idag toppas listan av Kronoberg, där 64 procent av distriktsläkarkåren är medlemmar i SFAM (tabell I).

I tabell II redovisas den totala förändringen. En mycket liten ökning av medlemsantalet ägde rum mellan 1984 och 1985. Däremot har den hittills största ökningen av antalet medlemmar skett under 1986, med ett tillskott på 254 medlemmar. Dessa har huvudsakligen rekryterats från distriktsläkarna.

Bo JA Haglund

Referenser

1. Eriksson M, Haglund BJA. Medlemsförändring i Svensk förening för allmänmedicin 1981-84. AllmänMedicin 1984;5: 237.

Tabell I.

Antal medlemmar i distriktsläkarföreningen (DLF) och Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) samt Sveriges yngre läkares förening (STLF) fördelat efter 1984 och 1986.

Län	Antal medlemmar i SYLF och SFAM 1986	Antal medlemmar i Distriktsläkarföreningen (DLF)		Distriktsläkare också medlemmar i SFAM			
		1984	1986	1984	%	1986	%
Stockholm	48	259	353	107	(41)	162	(46)
Södermanland	8	37	59	16	(43)	34	(58)
Uppland	11	68	69	25	(37)	34	(49)
Malmö	15	22	206	8	(36)	107	(35)
Malmöhus	23	156		57	(36)		
Kristianstad	10	57	83	27	(47)	41	(49)
Halland	7	51	77	18	(35)	36	(47)
Kronoberg	6	63	56	36	(57)	36	(64)
Blekinge	6	19	36	6	(32)	18	(50)
Kalmar	8	45	81	18	(40)	40	(49)
Göteborg	9	86	86	35	(41)	40	(47)
Göteborg o Bohus län	8	85	85	37	(44)	38	(45)
Södra Älvsborgs län	4	32	58	16	(50)	27	(47)
Norra Älvsborgs län	2	42	62	24	(57)	29	(47)
Skaraborg	10	69	86	22	(32)	38	(44)
Östergötland	9	71	97	29	(41)	43	(44)
Jönköping	9	68	89	23	(34)	32	(36)
Kopparberg	12	78	93	36	(46)	53	(57)
Värmland	8	79	84	31	(40)	43	(51)
Norrbotten	13	54	84	33	(65)	51	(61)
Västerbotten	11	61	77	26	(43)	39	(51)
Västernorrland	8	72	89	40	(56)	56	(63)
Jämtland	10	44	62	15	(29)	29	(47)
Gävleborg	15	80	87	49	(61)	52	(60)
Örebro	11	60	76	25	(42)	42	(55)
Västmanland	6	34	65	14	(41)	28	(43)
Gotland	-	14	13	4	(29)	4	(31)
Totalt	287	2313		1152		(49,8)	

Tabell II.

Medlemsförändringar i Svensk förening för allmänmedicin fördelat efter specialistföreningen i Läkarförbundet, 1982, 1984 och 1986.

Medlemsföreningar i läkarförbundet	Medlemmar i SFAM			Ej medlemmar i SFAM			Totalt	
	1982	1984	1986	1982	1984	1986	1984	1986
DFL	631	851	1153	1004	1070 (56%)	1170 (50%)	1921	2323
SPLF	273	212	169	1010	1101	1234	1313	1403
SFLF	246	123	146	- 1050		1198	1173	1344*
SYLF		296	285			11698	11338	11983
Övriga		60	53					
Totalt	1150	1542	1806			15300	17053	

*Inkl adjungerade 143 st.

VIKTIGA DATUM FÖR SVERIGES ALLMÄNLÄKARE 1987

MARS 14-22: Allmänmedicinska forskningsmetoder, Umeå/Sverige.

MARS 30-APRIL 1: Belastningssydommer i almenpraxis, Soria Moria, Oslo

MAJ 5-9: Handledarkurs i Dubroynik

MAJ 15: Svenska distriktsläkarföreningens föreningsmöte, Stockholm

MAJ 18-22: "From chaos to clarity, Gil-teleje Danmark

MAJ 18-19: "Datorer i sjukvården", Bergby gård, Stockholm

AUG 8-13: Xlth Int Congress of Epidemiology, Finland.

OKT 1-3: SFAM:s Höstmöte i Umeå.
OKT 22-24: Balintseminarium i Sundsvall.

APRIL 20-25: Course in Helath Promotion in the Local Community for general practitioners, Arjeplog

APRIL 24: Sydsvenska Allmänläkar-klubbens vårmöte i Helsingborg

APRIL 27-29: Nordiska Hälsocenterkongressen i Vindeln.

JUNI 14-16: Nordisk kongress i Allmänmedicin, Reykjavik/Island.

15-17: Nordisk kongress i Socialmedicin, Linköping/Sverige.

SEPT 3-4: Norrländska allmänläkardagar i Jämtlands län.

DEC 2-4: Riksstämman 1987.

Husläkarmodellen är ett reaktionärt förslag

ULF NICOLAUSSEN

I en ledarartikel i AllmänMedicin nr 4 1986 har Göran Sjönell utvecklat sin syn på allmänläkaryrdens framtid. Den bakgrund som tecknas får väl betraktas som Görans egen bild av primärvårdens utveckling i vårt land allt sedan slutet av 60-talet.

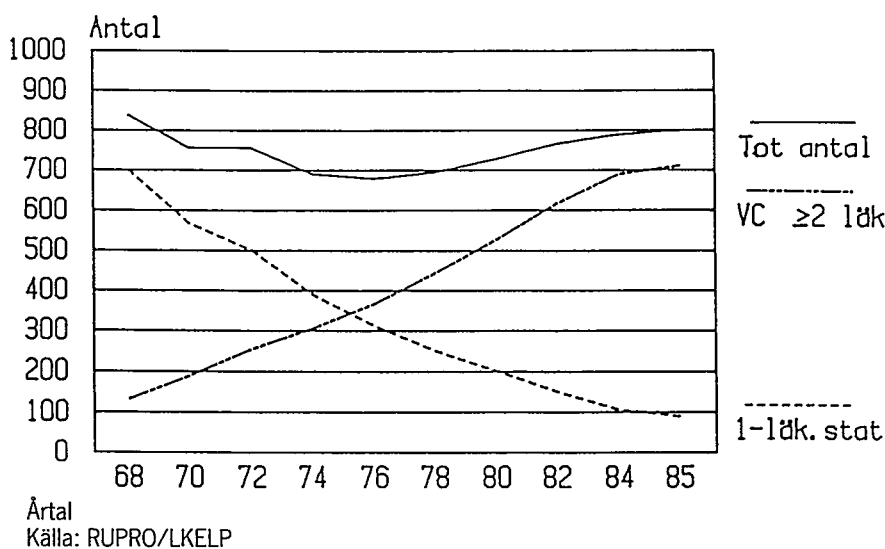
Eftersom Göran – till synes i förbigående – riktar kritik mot undertecknad i egenskap av primärvårdens företrädare i socialstyrelsen och eftersom jag faktiskt varit provinsialläkare i sammanlagt 12 år på 50- och 60-talen må det tillåtas mig att kommentera ledarartikeln.

Bilden av primärvårdens utveckling är tendentiöst vinklad utifrån Görans övertygelse att det endast skall finnas allmänläkare vid vårdcentralerna – övriga specialister skall hålla sig till sjukhusen och där främst syssla med slutenvård.

Några vårdcentraler som ser ut som "ett litet modernt öppenvårdssjukhus" har jag inte träffat på. Jag kan däremot hålla med om att planeringen i början av 70-talet missade närhets- och tillgänglighetskraven när man i vissa städer bestämde sig för att centralisera den icke sjukhusanknutna öppna vården till stora enheter med 15–20 läkarmottagningar. Den trenden har brutits sedan 1978 i och med att man numera bygger mindre vårdcentraler ute i bostadsområdena även i städerna. Diagrammet härintill visar utvecklingen av läkarstationer och vårdcentraler i vårt land från 1968 till 1985. Det totala antalet vårdcentraler minskade alltså stadigt fram till 1978 för att sedan åter öka samtidigt som enläkarstationerna nu uppgår till ett antal under 100, nödvändigt för glesbygdens behov.

I sin iver att plådera för en återgång till det gamla provinsialläkarsystemet kritiserar Göran de olika rationaliseringar som under senare år ökat effektiviteten i primärvården. Vad är det för fel på vårdplanering enligt LERUM-modell, vårdprogram och dispensärmottagningar enligt DALBY-modell? Säkerligen går dessa system att effektivisera ytterligare så att "onödig" pappershantering minskas, men jag tycker inte att vi skall räkna med att avskaffa dem. Varför är Göran kritisk mot vårdlagsarbete, där även andra personalkategorier än läkare ges möjligheter att utveckla sin kompetens inom hälso- och sjukvård och omvårdnad i direkt kontakt med patienten?

Utvecklingen av Läkarstationer och vårdcentraler 1968–1985.



Jag tror personligen inte att vårdlagsorganisationen kan lösa alla problem i primärvården men det kan vara en fruktbar modell att använda inom hemsjukvård och äldreomsorg, vilket redan finns övertygande dokumenterat. Distriktsläkaren kan alltså under en del av sin arbetstid ingå i ett vårdlag och där svara för de mer kvalificerade medicinska bedömningarna tillsammans med distriktssköterskan och undersköterskan. Under sin övriga arbetstid bör allmänläkare dock ha möjlighet att utveckla och fördjupa sin kompetens i det reguljära sjukvårdsarbetet. Jag förordar en modell där läkarna "profilerar sig" och i det dagliga arbetet strävar efter en viss fördelning av uppgifterna efter fallenhet och kompetens, framför "husläkarmodellen", där alla allmänläkare sysslar med allting. Från kvalitetssynpunkt bör det därför vara bättre att distriktsläkaren kan få sitt patientmaterial från vårdcentralens upptagningsområde och inte bara från 1.200–1.500 invånare, uppförda på en lista enligt engelsk modell.

Görans åsikt att allmänläkarna i framtiden skall ta över uppgifter från biträden, undersköterskor och sjuksköterskor delar jag inte alls. Jag tycker att det är ett reaktionärt synsätt som präglas av en nedlåtande syn på dessa personalgruppers kompetens och arbetsvilja. Allmänläkaren – "en högt utbildad individ med djupa och sammanfattande kunskaper inom de medicinska och sociala fälten" – är enligt Göran den ende som kan fullgöra de kompli-

cerade uppgifterna inom primärvården.

Var finns ödmjukheten och viljan till samarbete med till exempel psykologer, kuratorer, socialarbetare, sjukgymnaster och sjuksköterskor? Jag trodde att vi för länge sedan hade upphört att klassificera annan personal inom primärvården som läkarens "hjälpkrafter" eller assistenter. Att Göran inte har någon större tilltro till andra specialister i primärvårdsarbetet såsom barnläkare och kvinnoläkare vet vi redan, men varför kan han inte erkänna att dagens och morgondagens komplexa hälsoproblem kräver en samverkan, präglad av respekt för andras professionella kunskaper och förmåga att lösa sina uppgifter i primärvården?

Socialstyrelsens målsättning har under många år inneburit att få fram differentierade personalresurser i den fullt utbyggda primärvården. Detta mål håller styrelsen fortfarande fast vid eftersom det är den säkraste garantin för mångsidighet och kvalitet i vårdarbetet. När det gäller läkarbehovet anser socialstyrelsen att allmänläkare och andra specialister borde kunna arbeta sida vid sida på vårdcentralerna. Befolkningens rätt att fritt välja läkarkontakt inom primärvården måste också säkerställas, vilket även uttals av sjukvårdsministern i regeringens proposition 1984/85 181 – den så kallade HS 90-propositionen.

Om den Sjönellska modellen innebär att allmänläkarna skall utgöra ett "filter" framför övriga specialister kan

jag inte hålla med honom. På sikt måste konsekvensen bli ett remisstväg, även om Göran inte säger det rent ut i ledarartikeln. Jag tror inte heller att majoriteten av allmänläkarna vill att arbetet skall organiseras på det sättet. Det finns många vårdcentraler där samarbetet mellan läkare inom olika specialiteter fungerar bra. De revirbetonade motsättningarna mellan olika läkargrupper som ofta framförs i debatten om primärvårdens organisation är enligt min mening betydligt överdrivna. Samtidigt måste vi göra klart för oss att revirbevakning är ett mänskligt beteende som inte alltid är förkastligt. När det gäller en viss yrkesgrupps revir finns det fullt legitima behov av trygghet, identitet och status som man inte behöver skämmas för att erkänna. Jag ser det därför som utomordentligt värdefullt att distriktsläkarföreningen genom ett klokt och tålmodigt "förhållningsarbete" lyckats få till stånd principöverenskommelser med barnläkarföreningen och svensk gynekologisk förening rörande arbetsuppgifter i primärvården. Det är beklagligt att SFAM inte velat acceptera den senaste av dessa överenskommelser.

Av intresse för läsarna är kanske Leif Berggrens studier vid Nordiska Hälsovårdshögskolan om revirbevakning i den svenska primärvården (meddelande i Nordisk Hälsobulletin nr 2 okt 1986 NHV).

Det finns för närvarande omkring 1.800 specialister i allmänmedicin i den offentliga vården (källa: Läkarämnan 85, SoS Pm 182/86). I september 1985 arbetade 2.180 distriktsläkare inom allmänläkarvård. AT- och FV-läkare i primärvården utgjorde vid samma tidpunkt tillsammans 651 st. Antalet distriktsläkartjänster inom allmänläkarvård uppgår idag till drygt 2.600, varav 16 procent är vakanta. Detta innebär i genomsnitt 3.200 invånare/tjänst. En fullt utbyggd primärvård enligt Sjönnells modell skulle kräva mellan 5.500 och 6.900 distriktsläkare/husläkare i den offentliga vården. Därtill kommer AT- och FV-läkare, som väl skall sysselsättas och handledas vid vårdcentralerna, men inte ha "patientlistor" på samma sätt som de ordinarie husläkarna. Det framgår inte helt klart hur Göran tänkt sig att dessa läkares arbete kommer att se ut i framtiden.

Allmänmedicin betraktas idag som en specialitet, jämställd med andra specialiteter. Självklart tycker jag att det är viktigt att allmänmedicinen som kunskapsområde får allt tänkbart stöd så att ämnet kan etableras på alla studieorter och kan utveckla forskningsaktiviteter och medverka i läkarutbildningen med mera. Eftersom jag aktivt deltog i det arbete som resulterade i beslutet att etablera specialiteten (AgA-gruppen inom NLV) vill jag understryka betydelsen av att man håller isär begreppen *allmänmedicin* som kunskaps- eller vetenskapsområde och *all-*

mänläkarvård som verksamhetsområde. Lika viktigt för debatten är att vi håller isär de organisatoriska begreppen primärvård och distriktsläkarvård. Det är en grov förenkling att sätta likhetstecken mellan primärvård, allmänläkarvård och allmänmedicin.

Liksom för socialmedicinen är det viktigt att allmänmedicinen arbetar med ett befolkningsperspektiv vid sidan av det klassiska individperspektivet. Mot bakgrund av hittillsvarande erfarenheter av forskning och utvecklingsarbete inom allmänmedicinen tror jag därför att det skulle innebära ett steg tillbaka om framtidens allmänläkare huvudsakligen skulle arbeta som husläkare och ta hand om alla vardagliga "småskavanker" för att använda Görans terminologi. Då är vi ju tillbaka i den gamla motsättningen allmänläkare eller allmänpraktiker kontra specialist! En flexibel arbetsfördelning vid vårdcentralen kan tillåta läkarna att fördjupa sina erfarenheter inom olika områden, vilket måste innebära större möjligheter att öka kunskapsutvecklingen inom allmänmedicinen. Jag tror dessutom att det måste innebära en större tillfredsställelse med arbetet som distriktsläkare om man får tillfälle till fortbildning och forskning inom något eller några av all-

mänmedicinens många områden i stället för ett ytligt uppsnappande av "nyheter" inom hela fältet från barnhälsovård och barnsjukvård till geriatrik och gerontologi.

Göran Sjönnell har rubricerat sin ledare "Privinsialmedicus redivivus" vilket fritt översatts till husläkarens återuppståndelse. I mitt latinska lexikon översatts redivivus med "åter begagnad", "redan använd" eller "gamal". Göran har enligt min mening därmed omedvetet givit en riktig karaktäristik av provinsialläkarbegreppet. Jag tycker att vi skall låta provinsialläkarinstitutionen vara i fred i historiens arkiv och tillsammans arbeta för en kvalitativ och kvantitativ utveckling av allmänmedicinen så att den kan utgöra en stark kärna i den framtida primärvården.

Författarpresentation:

Ulf Nicolausson, provinsialläkare Sollentuna 1961-1972, föredragande läkare i socialstyrelsen 1969-1981, byråchef vid byrån för primärvård inom socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning sedan 1981.

Postadress: Socialstyrelsen, Byrå HS 1,
106 30 Stockholm
Telefon 08-73 30 00

Nu vill vi ha rökfritt!



Läsning för allmänläkare

ANDERS ÖVERBY

Att hinna med och läsa all inkommande medicinsk information upplever många läkare som svårt. "man drunknar i papershögarna". I denna artikel belyses ett sätt att åtgärda problemet: allmänläkaren bestämmer själv vad han skall läsa och överlåter inte åt brevbäraren att avgöra detta. Tidskriftsartiklar som beställts läses och repeteras systematiskt samt användes i arbetet. Ej beställd information prioriteras hårdhänt.

Nyckelord: Tidskrifter, fortbildning, läsning, utbildning, medicinskt arkiv, informationsbehandling, artiklar.

Högarna växer

Inte sällan hör eller ser man allmänläkare som beklagar sig över högar med olästa tidskrifter och artiklar. Många säger sig ha svårt att hinna med att läsa allt och tycker sig hamna i bakvatten med sina medicinska kunskaper. En del allmänläkare säger sig också uppleva någon slags identitetskris och vet inte riktigt var de hör hemma eller vad deras kunskaper är värda.

Författaren till dessa rader känner inte alls igen sig i ovanstående beskrivning av allmänläkarens vardag. Det beror kanske på ett något annorlunda arbetssätt. I fortbildningssammanhang anses det väsentligt med kurser (ofta dyrbara) och olika lokala möten (mer eller mindre bra). Det är anmärkningsvärt att man inte i större utsträckning intresserar sig för systematisk tidskriftsläsning, ett billigt, enkelt och effektivt sätt att fortbilda sig.

Problem

Den automatiskt inkommande informationen i form av vackra alster från industrin är stor. Socialstyrelsen producerar också en hel del. De allra flesta har också Läkartidningen och Nordisk Medicin. (I denna artikel behandlas bara rent medicinsk information, ej organisation och så vidare.) Tiden räcker inte till och frågan är om den information som står till buds för den enskilde läkaren är relevant. En del läkare låter således andra i stor utsträckning bestämma vad de skall läsa.

Informationsurval

Läkaren skall själv bestämma vad han vill läsa. Urvalet skall inte göras av klinikefer, administratörer, reklam-

Tabell I.

Tidskrift	Utkommer
Acta Medica Scandinavica	9-10 ggr/år
British Medical Journal	1 ggn/vecka
Deutsche Medizinische Wochenschrift	"
Lancet	"
Medical Clinics of North America	6 ggr/år
New England Journal of Medicine	1 ggn/vecka
Schweizerische Medizinische Wochenschrift	"
Scandinavian Journal of Primary Health Care	4 ggr/år
Läkartidningen	1 ggn/vecka
Nordisk Medicin	1 ggn/månad
AllmänMedicin	6 ggr/år

teknare, industrin med flera. Den information man skaffar sig bör helst vara så oberoende av partsintressen som möjligt. Viss myndighetsinformation är dock viktig (och även bra, till exempel Socialstyrelsens läkemedelsavdelning).

Den information man inte valt själv prioriteras sist och läses bara i mån av tid. Många tror att man då missar något viktigt, min erfarenhet är att det är vid motsatt förfaringssätt som man går miste om de medicinska godbitarna. Det är inte alltid så att vad någon annan tillrättat, för till exempel en allmänläkare, alltid är det bästa. Det är också roligt att skaffa sig information i ett tidigt skede "Frisch vom Fass". Om man skall vänta tills det når fram "klinikvägen" eller i svenska publikationer (eventuellt tillrättat) kan man få vänta länge eller förgäves. Således: jag har valt att läsa de i tabell I förtecknade tidskrifterna.

De enda tidskrifter jag prenumererar på är de tre svenskspråkiga, övriga erhålles på cirkulation. I en särskild pärm prickar jag av att jag fått tidskriftens nummer.

Organisation

Många tycker kanske att detta ser avskräckande (eller skrytsamt) ut. Tidskrifterna läses dock inte från pärm till pärm. I stället skummar jag igenom innehållsförteckningen och får de artiklar kopierade som jag är intresserad av. Tidskriften ivägskändes mestadels samma dag. Olästa artiklar samlas i en speciell mapp. Därefter läser jag, vid tillfälle, igenom artikeln och stryker under det jag är intresserad av. I en annan mapp samlas nyligen lästa artiklar ordnade efter specialitet. Under de därpå följande veckorna repeteras varje artikel 3-4 gånger innan den insorteras i mitt eget medicinska referensbibliotek som idag omfattar 45 tidskrifts-

samlare med artiklar ordnade efter specialitet och sjukdom. Artiklarna ligger i tidsordning. Materialet användes sedan fortlöpande under mottagningen, så gott som varje dag är jag in och letar efter en viss artikel i anslutning till en speciell patient.

För att hinna med detta krävs att man släpper till något av sin fritid. En fördel är att man då får läsa ostörd utan att någon har synpunkter. All överbliven arbetstid, till exempel i väntan på patient eller under telefontiden, användes till läsning/repetition av artiklar. Likadant förfäres under jourtjänst.

Detta förfaringssätt går inte ut över vare sig mottagningsarbetet eller familjelivet, jag har gjort så här i flera år. Men det kräver en viss envishet.

Diskussion

Många invänder kanske att de i tabell I listade tidskrifterna ofta innehåller artiklar av forskningskaraktär. Javisst - just därför skall allmänläkaren läsa dem och själv dra sina slutsatser och inte överlåta detta åt andra. Visst finns det ofta anledning till försiktighet med nya terapiformer men många artiklar handlar inte bara om det utan om till exempel diagnostik, epidemiologi, sjukdomsförlopp, patogenes och så vidare. Ledarna i New England Journal of Medicine, Lancet och British Medical Journal är ofta mycket bra och ger en fin översikt i ett aktuellt ämne. Av naturliga skäl publiceras sällan uppseendeväckande forskningsresultat i Läkartidningen som bara når en liten grupp läkare.

Det är inte alltid nödvändigt att läsa en artikel rakt igenom. Försökuppläggnen har man möjlighet att hoppa över och i stället koncentrera sig på resultaten. Om dessa emellertid är ovanliga finns det kanske anledning att närmare utröna vad forskarna egentligen gjort.

Det brukar också vara intressant att ta del av de insändare som ofta blir resultatet av en artikel: Neurotoxinet MPTP ger parkinsonism vilket belysts i Lancet. I en insändare påpekades senare de strukturella likheterna mellan vissa calciumblockerare och MPTP vilket onekligen är tankeväckande. De rikhaltiga referenser som finns i många utländska tidskrifter ger ibland många uppslag. Medicinska biblioteket står gärna till tjänst med kopior!

Fördelar

"Ingen börda är lättare att bära än kunskap" Men den kan vara mödosam att skaffa! Kvaliteten på mottagningsarbetet blir bättre, man känner att man vilar på en solid grund när patienter undersöks och behandlas och detta även om mina åtgärder/överväganden inte alltid står i samklang med vad lokala eller nationella specialister anser. Vid behov anges tidskriftsreferenser i journal eller i eventuell remiss.

Mottagningsarbetet blir också intressantare, allmänläkaren får fler känslspröt riktade mot patientens symptom. Man skaffar sig också en mer strukturerad överblick gentemot det inkommande symptombruset. Ibland kan en artikel ge uppslag till egna undersökningar inom något område.

Läkemedelskonsulenterna har också fått det besvärligare: dagen före ett besök är inbokat plockas några artiklar fram ur referensbiblioteket och studeras. Besöket blir en givande diskussion om något preparat i stället för en-sidig propaganda. Mot nya läkemedel och nya indikationer intas en kritisk attityd.

När man läser en översiktsartikel i någon svensk tidskrift är det roligt att hitta uppgifter som man för länge sedan läst i internationell press (och då utan den svenske författarens omtolkning).

Nyheter: Exempel

Det finns en lång rad tillstånd där jag skaffat mig information långt innan uppgifterna kunnat återfinnas i svensk press eller tillämpats i svensk sjukvård: abstinensproblem vid utsättning av betablockare, miljöorsaker (till exempel MPTP) till parkinsonism, bromokriptinbehandling av parkinsonism, autonom diabetesneuropati, behandling av osteoporos/osteomalaci, typ-A-be-teende och hjärtinfarkt, icke-farmakologisk behandling av hypertoni, terapi vid perifer diabetesneuropati, speciella symptom vid B12-brist, coeliakidiagnostik, obeaktade symptom vid thyreoideasjukdom med mera.

Rangordning av utländska tidskrifter

Lancet och British Medical Journal är klart bäst. En god blandning av forskningsrapporter, översikter, teoretiska överväganden samt fina medicinska ledarartiklar. I British Medical Journal också ofta handfasta förslag till utred-

ning av vissa symptom, sjukdomar eller terapiöversikter. Den medicinska traditionen förefaller ofta att ligga nära svensk standard. Tidskrifternas julnummer innehåller medicinhistoriska artiklar och annan medicinsk underhållning, till exempel "hur man läser en japansk medicinsk artikel utan att kunna japanska".

New England Journal of Medicine är också bra, fördelen är att artiklarna där är mer sällade och inte lika många som i de brittiska tidskrifterna. Den innehåller inte lika mycket av handfasta råd som British Medical Journal men har ofta suveräna översikter över olika sjukdomstillstånd. De i varje nummer publicerade fallbeskrivningarna tycker jag är rätt onjutable.

Medical Clinics of North America ser ut som en bok men räknas som en tidskrift. Varje nummer har ett speciellt tema, exempelvis "Medical Emergencies" eller "Rheumatology". Både teoretiska och praktiska bra artiklar.

De tyska och schweiziska tidskrifterna är något tråkiga och inte, enligt min åsikt, av samma klass som de engelska. Referenserna är också of-

ta till engelska eller amerikanska tidskrifter. Ibland hittar man dock guld-korn även på tyska, det är intressant att ta del av en annan kultursfärs inställning till vissa sjukdomar.

Acta Medica är bra med många skandinaviska originalarbeten, ibland mycket speciella. Supplementen är ibland bra, till exempel "Giant Cell Arteritis". Ledarna i Acta Medica är utmärkta. Vi får hoppas att Scandinavian Journal of Primary Health Care kommer upp till denna nivå.

De svenskspråkiga tidskrifterna är så välkända att jag avstår från att kommentera dem.

Slutsatser

"Allmänläkare: släck själv din kunskapstörst, låt inte andra korvstoppa dig" Man kan också uttrycka sig som i en annons för New England Journal of Medicine: "Jog your mind too". Kunskap ger makt – över sjukdomar!

Författarpresentation:

Anders Överby, distriktsläkare i Sköneruds läkardistrikt.

Postadress: Läkarestationen, 670 41 Koopom
Telefon 0571-105 40

Masterkurser i Public Health i Stockholm

Kursen i *samhällsmedicin* anordnas av Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan i samarbete med Nordiska Hälsovårdshögskolan och Socialstyrelsen. Kursen kommer att godkännas som del av Masterutbildning.

Kursen består av två separata delar:

Del 1 – Prevention 14/9–9/10 1987

Del 2 – Planering 7/3–8/4 1988

Kursansvariga är prof Leif Svanström och med dr Bo Haglund (del 1) samt docent Finn Diderichsen och dr Johan Hallqvist (del 2).

Ansökan skall göras på särskild blankett och insändas senast den 1 april 1987.

Upplysningar kan erhållas av sekreterare Märta Lundström, Institutionen för socialmedicin, 17283 Sundbyberg, telefon 08-989500.

Kursen i *epidemiologi och biostatistik* anordnas av Epidemiologiska enheten vid Statens Miljömedicinska Laboratorium och Hygieniska institutionen vid Karolinska Institutet i samarbete med Nordiska Hälsovårdshögskolan och Socialstyrelsen. Kursen kommer att godkännas som del av Masterutbildning.

Kursen består av två separata delar:

Del 1 – Grundkurs: epidemiologi och biostatistik 12/10–6/11 1987.

Del 2 – Fortsättningskurs: epidemiologi och biostatistik 18/1–12/2 1988.

Kursansvariga är prof Anders Ahlbom och dr Maria Gerhardsson (del 1+2).

Ansökan skall göras på särskild blankett och insändas senast den 1 april 1987.

Upplysningar kan erhållas av dr Maria Gerhardsson eller sekreterare Gun-Inger Loba-da, SML, Box 60208, 104 01 Stockholm, telefon 08-236900.

Giardia lamblia – resultat från en epidemi inom ett primärvårdsområde

HANS LUNDGREN · BIRGIT LARSSON

Sommaren 1985 inträffade några fall av Giardia i det lilla samhället Tolleret tre mil NO om Göteborg.

Ett samarbete etablerades mellan vårdcentralen och ortens miljö- och hälsoskyddskontor.

16 fall av Giardia inom ett välaggränsat område kunde konstateras. Samtliga fall inträffade från början av augusti till mitten av september. Behandlingen gavs i form av metronidazol under 5 dagar. Inga recidiv erhöles vid kontroll fyra veckor efter behandlingen.

Vi kunde konstatera att smittspridningen endast skedde mellan personer som hade närkontakt i familj och eller daghem. Enkla råd angående framför allt handhygien visade sig effektiva. Erfarenheterna från samarbetet med Miljö- och hälsoskyddskontoret var mycket goda. Kontakterna med pressen innehöll dock en del problem i form av missförstånd. Det senare påvisar riskerna med oförberedda telefonintervjuer.

Nyckelord: Giardiasis, infektioner, smittskydd, primärvård.

Introduktion

Giardia lamblia protozoon hade jag tidigare endast träffat på i enstaka fall från hemvändande turister speciellt då från Polen. Protozon förekommer dock över hela världen. Enligt en undersökning från Bangladesh förvärvade 42 procent av barnen giardiasis under första levnadsåret (1).

Även på daghem har man påvisat hög prevalens, till exempel i Houston där 30 daghem undersöktes och 26 procent av barnen befanns ha cystor (3).

Sjukdomen har i allmänhet en inkubationstid på 1–2 veckor och smittas genom fekalt förorenad mat, dryck eller förorenade föremål. Symptomen yttrar sig i allmänhet som uppkördhet, magvärk och/eller diarré (1, 4). Besvären varierar mycket i intensitet. Även asymptomatiska bärare av cystor förekommer, speciellt under en epidemi.

I Sverige förekommer sjukdomen sporadiskt och mestadels hos adoptivbarn från u-länder samt hemvändande utlandsresenärer. Speciellt vanligt har det varit med giardiasis hos hemvändande från östeuropa. Även enstaka epidemier på daghem har förekommit i Sverige (5).

Den aktuella epidemin blev känd i början av juli månad. – En mamma som låg inne på förlossningsavdelningen hade bukbesvär. På rekommendation från infektionskliniken togs prov avseende giardia som sedan visade sig positiva. Provet togs därefter på övriga familjemedlemmar, 5 personer, och 4 av dessa visade sig vara positiva. Inte någon av dessa familjemedlemmar hade under senaste halvåret varit utomlands. Barnen hade dock under våren av och till haft besvär med diarré.

Någon bakteriologisk utredning hade dock inte gjorts på dessa. Nya fall konstaterades sedan efter hand och smittspridningen gynnades av att daghemmet på orten öppnades efter sommaruppehållet.

MATERIAL OCH METOD

Kontrollgrupp

Eftersom ryktet gjorde gällande att smitta skedde med dricksvattnet tog vi kontakt med miljö- och hälsoskyddskontoret. Strategin lades upp för att tidigt utesluta vattenburen smitta, samtidigt som vi skulle ringa in aktuella fall medelst fecesprovtagning. Från hälsoskyddskontoret erhöles kunskap om vattenledningsnätet på orten och nio hushåll perifert om de fastigheter där vi konstaterat giardia valdes som kontroll. Personerna från dessa hushåll lämnade 44 prov.

Vattenanalys

Denna andra delen av strategin bestod av vattenanalys med avseende på giardiacystor. SBL konstaterades och gav värdefull information. Från kranvattnet i den fastighet där vi konstaterat flera fall av giardia filtrerades 2 kubikmeter vatten. En del praktiska svårigheter tillstötte då vi initialt valde ett för finmaskigt nät, vilket betydde att detta "slammade igen". Försöket gjordes om efter några dagar och då med ett mer grovmaskigt nät och filtreringen fungerade bra.

Screening

Då några fall initialt konstaterats på ortens daghem beslöts att alla barn, 15 personer samt personal 3 personer skulle lämna fecesprov. Distriktssköterskan lämnade ut och samlade in samtliga prov som sedan sändes till bakteriologiskt laboratorium för analys.

Personer med bukbesvär

Vidare beslöts att alla som bodde i samhället, cirka 600 invånare och som hade bukbesvär skulle få lämna prov under augusti och september månad. Epidemin var känd bland invånare på ett tidigt stadium och möjligheten att lämna prov utnyttjades flitigt i början. I de familjer där vi konstaterade någon med giardia togs även prov från övriga familjemedlemmar. Totalt inlämnades 163 prov från 55 personer. 42 av dessa personer tillhörde 14 hushåll.

Laboratorieanalys

Varje person som lämnade fecesprov erhöles tre provrör. Anledningen till detta var att giardiacystorna ofta utsöndras intermittent. Rören rekvirerades av distriktssköterskan från SBL och distriktssköterskan handlade sedan det praktiska kring utdelning och inlämnande av prov samt information. Rören innehöll 4-procentig formalinlösning och sändes efter inlämnandet till bakteriologiskt laboratorium. På laboratoriet filtrerades provet och 2 ml eter tillsattes för att lösa ut fett. Detta avlägsnades sedan efter centrifugering och återstående prov färgades med jod och undersöktes systematiskt i mikroskop i 100–400 gångers förstoring. Varje prov tog cirka 10 minuter att analysera till en kostnad av cirka 70 kronor.

Behandling

Samtliga patienter med positiva fynd erhöles metronidasolbehandling i fem dagar, tablett Flagyl á 400 mg, 1/12×2 samt till barn Elyzol mixtur 25–40 mg/kg kroppsvikt och dygn fördelat på två dosstillfällen. En månad efter behandlingens avslutning fick dessa personer lämna nytt fecesprov.

Resultat

Först kunde vi konstatera via kontrollgruppen att inte något av de 44 prov som var inlämnade var positivt. Vat-

Tabell I.

Antal personer som lämnat avföringsprov för undersökning med avseende på Giardia (N= 55) och (antal med ett eller flera positiva prov) (N= 16).

Ålder år	0- 4	5- 9	10-19	20-29	30-39	40-
Man	7 (3)	6 (2)	1 (0)	2 (0)	6 (2)	4 (1)
Kvinna	13 (1)	7 (2)	0 (0)	2 (1)	4 (2)	3 (0)
Totalt	20 (6)	13 (4)	1 (0)	4 (1)	10 (4)	7 (1)

tenanalysen av 2 kubikmeter filtrerat kranvatten visade heller inga cystor. Från daghemsscreening kunde vi konstatera att sex av de 15 barnen hade cystor, däremot ingen av personalen. Från fallgruppen fann vi ytterligare tio personer med giardia och åldersfördelningen av de 16 med giardia framgår av tabell I. Samtliga 16 kunde återfinnas i åtta hushåll. Relationen mellan friska och sjuka i dessa familjer och eventuella daghemsbarn framgår av figur 1. Hos 11 personer var samtliga tre inlämnade prov positiva avseende giardia. I ett fall var enbart två av tre positiva och i fyra fall enbart ett av de tre inlämnade proven positivt. Vid kontrollundersökning efter fyra veckor av samtliga som varit positiva kunde vi inte konstatera något recidiv. Två vägrade dock att lämna prov och en hade flyttat från området.

Diskussion

Epidemin kunde redan efter cirka 10 dagar ringas in till fyra fastigheter och daghemmet. Lokalpressen uppmärksammade tidigt epidemin och ställde frågor i telefon. I inledningsfasen utnyttjade vi inte tillräckligt möjligheten att via tidningen ge information till allmänheten. Vi lärde dock så småningom och kunde i kommande artiklar bättre utnyttja denna möjlighet vid intervjuer.

Mer svårhanterligt var kanske kvällspressen som även fått tag i "nyheten". Efter en telefonintervju då bland annat frågeställningen riktades mot

eventuell smittspridning via vattenledningsnätet vinklades detta i artikeln till en farhåga att vattenledningsnätet kanske måste bytas ut. En erfarenhet här blev att verkligen våga sina ord på guldväg, helst få artikeln presenterad åtminstone per telefon innan den gick i press. Detta är antagligen svårt när det gäller snabb kvällstidningsjournalistik. Samarbetet med hälso- och miljöskyddskontoret var hela tiden utmärkt. En hälsoinspektör höll i trådarna därifrån så att en personlig kontakt kunde upprättas tidigt. Detta tror jag är mycket viktigt. Klarare besked, mindre risk för missuppfattning, snabbare beslutsvägar blir resultatet.

Epidemin visade sig således vara mycket lokal till sin karaktär både geografiskt men även i tiden. Endast åtta hushåll i fyra närbelägna fastigheter och ortens daghem berördes. Epidemin varade i stort sett från den 30/7 till den 18/9 med de allra flesta fallen i början av augusti månad. Behandling och instruktion om handhygien och smittspridningsvägar var nog avgörande. Behandlingen tycks ha varit effektiv då inte något recidiv kunde konstateras. Andra författare (1) anger recidivfrekvens på 10-30 procent. Vi kunde också konstatera intermittent utsöndring av cystor hos fem av de 16 personer som var positiva. Förhållandet är väl känt sedan tidigare (1, 2, 5).

De flesta, 12 av 16, hade bukbesvär i form av uppkördhet, diarré och/eller magont. Inte någon ansåg sig dock behöva söka läkare för detta. I fyra fall

saknades dock helt symptom och dessa personer återfanns vid vår screening. Via daghemmet smittades troligen några barn även om det inte är troligt att den primära smittan utgick härifrån. Med noggrann hygien kunde vi också konstatera att inte någon av personalen smittats. Samma erfarenhet har andra författare gjort.

Den primära smittkällan förblev obekant men i efterhand har vi fått vetskap om att en kvinna som bodde i området hade giardia i januari 1985, men att hon ej erhöill behandling på grund av graviditet. Ytterligare en kvinna som varit i Leningrad i maj -85 visade sig vara positiv i test i augusti månad.

Ett välfungerande teamwork läkare, distriktssköterska, hälsoskyddskontor visade sig mycket fruktbar. Men visst var det slitsamt med detta "extraarbete" ovanpå allt det ordinarie sjukvårdsarbetet. En större vana att umgås med pressen hade nog inte skadat inledningsvis och kanske detta är ett ämne som kunde tas upp i någon kursform?

Referenslista:

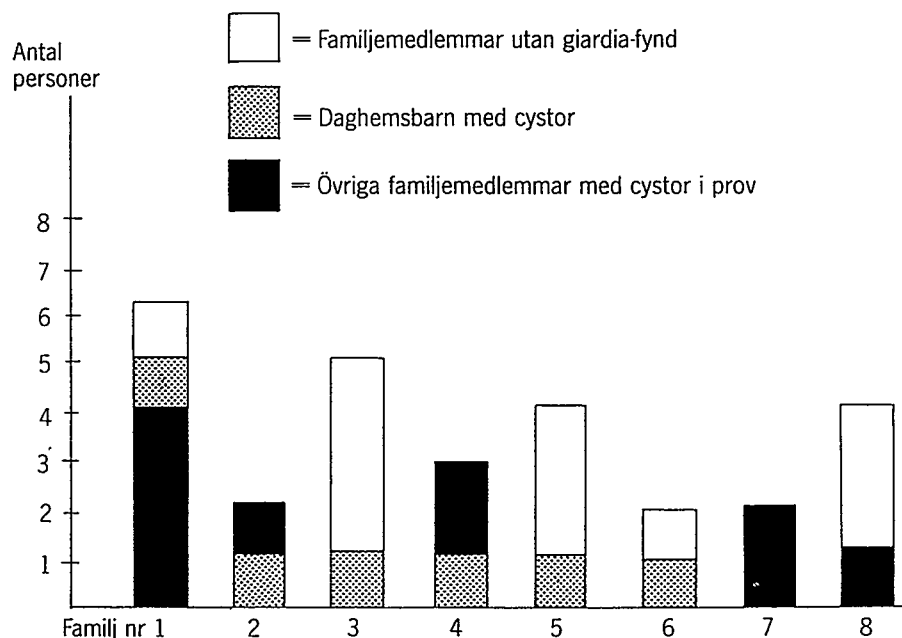
1. Mentzing L-O. Giardiasis. Epid aktuellt. Statens bakt lab. 1985; 8. Nr 30.
2. Visvesvara G.S. Giardiasis in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1982; 1: 463-4.
3. Pickering LK et al. Occurrence of Giardia Lamblia in children in day care centers. J of pediatrics 1984;104: 522-6.
4. Wolfe MS. The treatment of intestinal protozoan infections. Medical clinics of North America. 1982; 66: 712-3.
5. Nyström G et al. Ett utbrott av giardiasis på daghem. Epid aktuellt. Statens bakt lab. 1985; 8. nr 29.

Författarpresentation:

Hans Lundgren, distriktsläkare, Floda

Birgit Larsson, distriktssköterska, Floda

Postadress: Läkarstationen, Vårdcentralen, 448 00 Floda
Telefon 0302/340 30



Figur 1. Familjer med giardiasis. Antal individer med giardia-cystor i respektive familj (N= 16).

Icke-farmakologisk behandling av hypertoni

En litteraturgenomgång

BIRGER GRAN

Successivt sänkta gränser uppställs för optimal blodtryckskontroll. Ifall blodtryckssänkningen skall uppnås (enbart) med blodtryckssänkande läkemedel blir det farmakologiska trycket på befolkningen oroväckande stort. Under senare år har ett stort intresse ägnats åt icke-farmakologisk behandling av hypertoni. Med ökad användning av sådana metoder kan patientens delaktighet och medansvar för blodtryckskontrollen öka. I denna översikt kommenteras ett antal metoder för icke-farmakologisk behandling av hypertoni utifrån aktuell litteratur. Efter patientutbildning i grupp och individuell rådgivning föreslås ett individuellt urval av åtgärder från en meny om 14 punkter vilka kan grupperas enligt följande:

A) Allmänna åtgärder, motion, viktminskning, låg-salt och låg-fett-kost samt självmätning av blodtrycket.

B) Åtgärd av droger och stress: rökstopp, alkoholstopp, kaffereduktion, avslappning och biofeedback.

C) Övriga metoder: reducera buller, förbättra sömn, åtgärda psykisk stress, vegetarisk diet.

Nyckelord: Hypertoni, icke-farmakologisk behandling, översiktsartiklar.

Introduktion

Förhöjt blodtryck är en viktig riskfaktor för utvecklande av hjärt-kärlsjukdomar. Att det har betydelse att behandla och följa upp förhöjda blodtryck, har visats i ett flertal stora studier under de senaste åren. I USA visade Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group vid femårsuppföljningen (1) en sänkt dödlighet för hypertoniker (alla dödsorsaker) med upp till 20 procent vid en intensiv behandling och uppföljning.

Året därpå publicerades rapporten av Management Committee för The Australian Therapeutic Trial in Mild Hypertension (2). Studien omfattade 3.427 kvinnor och män mellan 30 och 69 år. Efter fyra års läkemedelsbehand-

ling reducerades dödligheten signifikant hos behandlingsgruppen, och nedgången i dödlighet berodde huvudsakligen på en nedgång med 2/3 i kardiovaskulära sjukdomar. Det var färre cerebrovaskulära händelser i behandlingsgruppen medan man hade en obetydlig påverkan av antalet ischemiska hjärtsjukdomar.

Aven i Norge har en större och uppmärksam studie utförts med läkemedelsbehandling av mild hypertoni. Helgeland beskriver i den så kallade Oslo-studien (3), att man ej fann någon skillnad i dödlighet eller kardiovaskulär dödlighet i stort. Troligen erhöles en reduktion i sjuklighet orsakas av kardiovaskulära händelser hos den undergrupp som hade ett ingångstryck ≥ 100 mm Hg diastoliskt. Cerebrovaskulära händelser inträffade enbart i kontrollgruppen.

Det kan vara mycket svårt att påvisa effekter på insjuknandet i kardiovaskulära sjukdomar av olika typer av intervention. Detta framkommer i den stora "MRFIT-studien" (Multiple Risk Factor Intervention Trial) i USA (4). Här deltog 12.866 män i åldern 35-57 år, klassade som "högrisk", under en försöksperiod på 7 år. Interventionsgruppen behandlades intensivt för blodtrycket, fick råd angående rökstopp och kostråd för att reducera kolesterolhalten. Ingen signifikant skillnad i dödlighet i kranskärlssjukdom fanns mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen. Forskargruppen anför tre möjliga förklaringar: 1) denna typ av intervention har ingen preventiv effekt på dödligheten i kranskärlssjukdom, 2) en förebyggande effekt finns men kunde inte påvisas i denna studie, då även kontrollgruppen ändrade sin livsföring på ett markant sätt, 3) den eventuella gynnsamma effekten av interventionen beträffande rökning och kost kan ha uppvägs av ogynnsamma effekter av läkemedlen mot blodtrycket.

Från England rapporteras av Medical Research Council Working Party, (MRC trial of treatment of mild hypertension), om en undersökning där 17.354 patienter deltog (5). Läkemedelsbehandling vid mild hypertoni reducerade signifikant risken för stroke och incidensen för alla kardiovaskulära händelser. Däremot kunde ej undersökningen påvisa någon effekt på den totala risken för akut hjärtsjukdom el-

ler på den sammanlagda mortalitetsrisken. Rökning visade sig medföra större risk för stroke och alla kardiovaskulära händelser än behandling med placebo (kontrollgruppen).

Sammantaget tycks dessa studier konstatera vissa vinster av att sänka blodtrycket även vid mild-måttlig hypertoni, åtminstone beträffande risken för stroke. En liten minskning av risken för dessa grupper har en stor betydelse för samhället, då blodtrycksfördelningen är sådan att man här kommer in på väldigt stora befolkningsgrupper. Tyvärr har man haft svårt att påvisa tydliga effekter på hjärtinfarkter. Om behandlingsinsatserna dessutom innebär att andra riskfaktorer samtidigt påverkas, (vilket är fallet vid icke-farmakologisk behandling) torde vinsterna kunna bli påtagliga.

I många sammanhang har även förts fram att det inte finns några fasta gränser för vad som är "förhöjt blodtryck", och att man troligen kan göra vinster även med att sänka "normala" blodtryck några millimeter.

Att detta har betydelse påpekades av Lancets ledaravdelning i en kommentar 1982 (6). Där framförs bland annat följande:

A small drop in blood pressure of the whole population is likely to produce a greater reduction in mortality than treating the few at the top end of the blood pressure distribution.

Om denna blodtryckssänkning skulle genomföras enbart med farmakologiska metoder skulle det kunna medföra att mycket stora befolkningsgrupper kan komma att ställas på kontinuerlig medicineri. Av många skäl är detta otillfredsställande. Några av dessa skäl är följande:

- Biverkningar som ur strikt medicinsk synpunkt betraktas som relativt lindriga (sänkt glukostolerans, kalla händer och fötter, mardrömmar och depression) får en helt annan dignitet när mycket stora befolkningsgrupper drabbas.

- Med en allt större grupp av personer som behandlas farmakologiskt blir marknaden större för nya och ofta ofullständigt kända läkemedel, där helt nya risker kan visa sig först efter att stora befolkningsgrupper exponerats.

- Det kan uppstå sociala och kulturella negativa effekter av att mycket stora delar av befolkningen regelbun-

det behöver äta läkemedel (identificerar sig med "sjuka").

– En allmän risk för "medikalisering", vilket i detta sammanhang kan få betyda att man söker medicinska lösningar på problem som i själva verket bättre åtgärdas genom förändrad livsföring etc.

Under de senaste tio åren har utvecklingsområdet omfattande forskning och kunskapsökning beträffande metoder att sänka blodtrycket utan användning av läkemedel, så kallad icke-farmakologisk behandling. Det finns övertygande bevis för att flera av dessa metoder har en signifikant effekt. Ska man kunna uppnå en önskvärd blodtrycks-sänkning hos hela befolkningen blir man hänvisad till sådana metoder.

Tyvärr saknas ännu kunskap om lämpligt praktiskt tillvägagångssätt för att få större befolkningsgrupper att omfatta de förändringar i livsstil, kostvanor, utnyttjande av droger med mera som innefattas bland dessa metoder. Ett projekt planeras för Örnäsens vårdcentral i Luleå.

Meningen är att med en mycket bred ansats kunna välja lämpliga icke-farmakologiska angreppspunkter som passar för den enskilde individen. Från en provkarta på drygt dussinet olika åtgärder bör man, med utgångspunkt från den enskilde individens livsföring och värderingar, kunna välja en knippe åtgärder som bäst passar i den enskildes aktuella livssituation. På detta sätt skulle man optimalt kunna utnyttja bredden i angreppspunkter som har dokumenterad effekt på blodtrycket.

Som underlag för detta val av åtgärder ges här en sammanfattning av en litteraturgenomgång som undertecknad gjort under tjänstgöringen på Samhällsmedicinska enheten i Luleå under våren 1986. Litteraturgenomgången görs kapitelvis i anslutning till den meny av åtgärder som avses att användas när det planerade blodtrycksprojektet på Örnäset kommer igång.

Tanken är också att för flertalet av de åtgärder som väljs av patienten (gemensamt med mottagningssköterskan), försöka att genom såväl subjektiv skattning från patientens sida som objektiv mätning av fysikaliska variabler kunna få en uppfattning om huruvida förändringen i livsföringen varit framgångsrik.

De åtgärder som hittills förefallit vara mest intressanta är följande:

1. Motion
2. Bantning
3. Saltfattig kost
4. Fettfattig kost
5. Vegetarisk diet
6. Kaffereduktion
7. Rökstopp
8. Alkoholstopp
9. Förbättrad sömn
10. Reducerat buller
11. Åtgärda stressorsaker
12. Avslappning
13. Biofeedback
14. Själv-mätning av blodtrycket

I det följande görs för vart och ett av dessa områden en sammanställning av några av de undersökningar som ger underlag för bedömning av hur effektivt respektive åtgärd kan anses vara. Av sammanställningen framgår också antal försökspersoner (patienter) och för vissa undersökningar även kortfattad beskrivning av vilken metod som används.

ÅTGÄRD 1: Motion

Det finns många studier som visar gynnsamma effekter på blodtrycket av fysisk träning. Här ges ett sammandrag av några av dem. Bästa resultatet har uppnåtts vid mild träning (upp till cirka 50 procent av maximal arbetskapacitet mätt med syreupptagningsförmågan). Isometrisk träning ska undvikas då såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck stiger av denna typ, ibland till mycket höga värden.

I en studie omfattande 30 kvinnor med kronisk hypertoni fann *Roman* med flera att viloblodtrycket sjönk signifikant ($p < 0,001$) av fysisk träning (7). Systoliskt blodtryck sjönk 21 mm Hg och diastoliskt tryck sjönk 17 mm Hg. När träningen avbröts steg trycket igen. Man observerade en tendens (ej signifikant) till ytterligare blodtrycks-sänkning när träningsintensiteten ökade.

Två år senare publicerade *Hagberg* med flera (8) en studie omfattande 25 ungdomar (omkring 16 års ålder), vilka hade ett blodtryck över 95:e percentilen för deras ålder och kön. Efter 6 månaders fysisk träning sjönk såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck, men fullständig normalisering kunde ej uppnås. Efter ett nio månaders uppehåll i träningen visade blodtrycket i stort sett återgång till initiala värden. Dock fann man att de som haft höga diastoliska tryck före träningen bibehöll diastoliskt tryck som var lägre än före träningsperioden.

Cade med flera studerade 105 patienter där alla utom fem uppnådde en signifikant blodtryckssänkning av fysisk träning (9). Medelblodtrycket sjönk 15 mm Hg och mer i en av undergrupperna. Av 47 patienter som tog blodtrycksläkemedel kunde 24 sätta ut all medicinering.

I en liknande studie utförd av *Duncan* med flera genomgick 56 patienter med hypertoni ett 16 veckors träningsprogram. Den del av patientgruppen som hade hyperadrenerga värden uppvisade en sänkning av systoliska blodtrycket på 15,5 och de med normoadrenerga värden en sänkning med 10,3 mm Hg.

Från Japan rapporterade *Kiyonaga* med flera (11) om en studie med 12 patienter vilka behandlades med lätt fysisk träning under 10–20 veckor. Man uppmätte en blodtryckssänkning på mer än 20 mm Hg systoliskt och 10 mm Hg diastoliskt hos hälften av patienterna efter 10 veckor och hos 78 procent efter 20 veckor.

ÅTGÄRD 2: Bantning – viktreduktion
Många epidemiologiska studier visar på ett positivt samband mellan kroppsvikt och såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck. Även inom detta område har ett flertal studier publicerats under senare år. Det har som regel varit svårt att urskilja viktminskning från till exempel saltreduktion, då de ofta följs åt med den nödvändiga kostförändringen.

Ett försök att åtskilja dessa faktorer gjordes av *Reisin* med flera (12) i en studie med 107 patienter indelade i tre grupper. Två av grupperna (81 patienter) deltog i ett viktmnskingsprogram. Saltintaget bibehölls inom normala gränser i alla tre grupperna. Alla patienter som deltog i viktmnskingsprogrammet minskade sin kroppsvikt med minst 3 kg, och i genomsnitt för hela gruppen med 10,5 kg. Alla utom två patienter uppvisade en betydelsefull blodtryckssänkning. 75 procent i ena gruppen och 61 procent i den andra gruppen i viktmnskingsprogrammet återfick normala blodtryck.

MacMahon med flera (13) studerade 5.550 kvinnor och män i åldern 25–64 år och fann att BMI (=body mass index, beräknas som vikt:längd², där vikten uttrycks i kg och längden i meter) var signifikant relaterat till blodtrycksnivåer hos båda könen. Man beräknade att 30 procent av hypertoni kunde relateras till övervikt på hela materialet och om man enbart tittar på män under 45 år svarar övervikt för 65 procent av orsakerna till hypertoni.

Fagerberg med flera har publicerat två studier under 1984 varav den ena (14) omfattade 10 medelålders överviktiga män som hade obehandlad lätt hypertoni. Gruppen behandlades nio veckor med kalorireducerad diet och uppnådde viktminskning på 8,4 kg samt en genomsnittlig natriumreduktion om 89 millimol per dygn. Blodtrycket sjönk med 2,5 till 14,1 mm Hg och blodtryckssänkningen var korrelerad till graden av reduktion i kroppsvikt.

I den andra studien (15) undersöktes såväl den separata som den kombinerade effekten av energi- respektive natriumminskning i kosten hos 30 medelålders överviktiga män. Man uppnådde en signifikant sänkning av såväl det systoliska som diastoliska blodtrycket. Även hjärtfrekvens och u-noradrenalin sänktes. Normalisering av blodtrycket uppnåddes dock endast om man samtidigt reducerade såväl vikten som natriumintaget.

I en annan studie har *MacMahon* behandlat 56 överviktiga patienter under 55 års ålder (16). Viktminskning jämfördes med behandling med betablockerare. Efter 21 veckor uppnåddes viktreduktion om 7,4 kg. Blodtryckssänkningen i gruppen med viktreduktion uppgick till 13 mm Hg systoliskt och 10 mm Hg diastoliskt. Denna sänkning var signifikant mot placebo såväl

systoliskt som diastoliskt. Jämfört med betablockerare var sänkningen signifikant större beträffande det diastoliska blodtrycket.

Rissanen med flera (17) undersökte 64 överviktiga hypertoniker som under ett 12-månaders program fick gruppövningar för endera viktreduktion eller saltreduktion eller både och. Viktreduktionen uppgick till mellan 5–6,9 kg och man uppnådde signifikant sänkning av såväl det systoliska som diastoliska blodtrycket i både gruppen med renodlad viktninskning som i gruppen med såväl vikt-som saltreduktion.

Wassertheil-Smoller (18) kontrollerade 496 patienter som haft blodtrycksmedicinering i över fem år och de klassificerades efter graden av övervikt. Efter åtta veckors intervention konstaterades att man lättare erhöll saltreduktion än viktninskning. Artikeln fastslår att måttlig saltreduktion och viktninskning är genomförbart som behandling och har en positiv effekt på blodtrycket.

Få studier har misslyckats med att påvisa blodtryckssänkning av viktninskning. Till detta kan givetvis bidra att det är svårare att få publicerat arbeten där man ej erhållit signifikanta resultat. I en studie av *Haynes* (19) ingick 60 behandlade överviktiga personer med lätt hypertoni. Hälften av dessa erhöll undervisning i viktninskning genom ett beteende-orienterat program och hälften utgjorde kontrollgrupp. Vid en uppföljning efter sex månaders tid konstaterades att viktninskningen var 4,1 kg och att man ej erhållit någon effekt på blodtrycksnivån.

ÅTGÄRD 3: Saltfattig kost

Man har länge känt till att saltfattig kost reducerar blodtrycket. Innan moderna blodtrycksläkemedel fanns var detta den enda mer allmänt kända effektiva metoden. Man var då hänvisad till en extremt saltfattig risdiet, den så kallade Kempners ris-frukt-diet (20) med ungefär 10 mmol Na/dag. Denna ansågs helt ogenomförbar för folk i allmänhet.

Det väckte därför stor uppmärksamhet när *Morgan* med flera (21) 1978 publicerade en studie över 31 patienter med lätt till måttlig hypertoni, som under två års tid behandlats med moderat saltrestriktion. Det visade sig att gruppen med saltrestriktion sänkte det diastoliska blodtrycket i genomsnitt 7,3 mm Hg (+/- 1,6 mm Hg) och detta resultat var lika bra som i kontrollgruppen som behandlades med läkemedel. I den obehandlade gruppen steg däremot det diastoliska trycket med 1,8 + - 1,1 mm Hg.

Emellertid hade redan fem år tidigare *Parijs* med flera (22) visat i en öppen randomiserad studie, omfattande 22 patienter, att blodtrycket sjönk 8 mm Hg systoliskt och 4 mm Hg diastoliskt efter fyra veckor på en diet som

medförde 50-procentig reduktion av natriumutsöndringen i urinen.

En grupp om 90 patienter ingick i en studie av *Beard* med flera (23). En del behandlades med saltrestriktion och uppnådde en sänkning av u-Natrium till 37 mmol/d. Kontrollgruppen hade värdet 161 mmol/d. Båda grupperna uppvisade blodtryckssänkning, men för dietgruppen (saltrestriktion) kunde mängden blodtrycksläkemedel halveras. Dessutom kunde dietgruppen rapportera att den kände sig gladare, mindre deprimerad och mindre beroende av analgetika.

MacGregor undersökte i en dubbelblind cross-over studie 19 oselektade patienter med mild till måttlig hypertoni (24). Dessa behandlades med måttlig saltrestriktion (inget extra salt på maten och råd att undvika saltrik föda). Efter två veckors initial saltrestriktion gavs under fortsatt saltfattig dietregim i fyra veckor endera placebo eller slow-release salttabletter. Placebo gav efter fyra veckor ett blodtryck som var 7,1 mm Hg lägre än efter fyra veckor med salttabletter.

Fagerberg med flera som ovan refererats beträffande viktninskning (14, 15), tittade även på natriumreduktion. Den sänkning av blodtrycket som uppnåddes (2,5 till 14,1 mm Hg) korrelerades till reduktion i kroppsvikt men man konstaterar att nedgång till normalt blodtryck uppnåddes endast om man samtidigt reducerade vikten och natriumintaget.

Pacy med flera (25) behandlade 50 diabetiker med lätt hypertoni med endera diet bestående av låg halt fett, lågt natriuminnehåll och högt fiberinnehåll. En kontrollgrupp fick diuretikum (i form av bendrofluazide). Behandlingstiden var tre månader. Båda grupperna hade en signifikant blodtryckssänkning av såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck, och båda grupperna uppvisade viktninskning, dock mer i gruppen som behandlades med diet. Diuretikum-behandlingen gav signifikant stegring av HbA1-värdet medan dietgruppen uppvisade en signifikant ökning av HDL2-nivån.

Dodson med flera (26) rapporterar från samma material som ovan (50 patienter med typ två diabetes och samtidig hypertoni). De behandlades med kost innehållande hög halt fibrer, låg fetthalt och lågt natriuminnehåll. Efter tre månaders försök uppnåddes sänkning av blodtrycket (15 mm Hg systoliskt och 8 mm Hg diastoliskt). Även HbA1-nivån, vikten samt triglyceridnivån sänktes.

I en annan studie av *Dodson* med flera (27) behandlades 32 patienter med liknande kost (hög halt fibrer och lågt natrium och fettinnehåll). Efter tre månaders uppföljning samt efter 3,9 års uppföljning (för de 19 patienter som fortfarande deltog) konstaterades signifikant sänkning av både systoliskt och diastoliskt tryck samt en minskning av antalet blodtryckstabletter

som erfordrades för blodtryckskontroll. Det är anmärkningsvärt att nästan 60 procent fortfarande deltog vid uppföljningen nära fyra år efter studiens början.

Rissanen med flera som ovan refererats beträffande viktreduktion (17) studerade även betydelsen av saltreduktion. Man erhöll saltreduktion om 35–50 millimol per dygn men den blodtryckssänkning som noterades föreföll starkare relaterad till viktninskning.

Richards (28) undersökte 12 patienter som sattes på tre olika dieter under minst fyra veckor för vardera diettypen. I slutet av varje dietperiod togs försökspersonerna in fyra dagar på sjukhus, och under fjärde dygnet registrerades blodtrycket kontinuerligt under 24 timmar med en kanyl i arteria brachialis. Även en venös kanyl inlades för att kunna ta hormonprover varje timme. Natriuminskränkning gav en blodtryckssänkning hos sju personer och blodtrycksstegring hos fem. Den genomsnittliga blodtryckssänkningen för hela gruppen var 4,0 mm Hg systoliskt och 3,0 mm Hg diastoliskt, och denna sänkning var ej signifikant. Att märka är dock att blodtrycket även under kontrolldieten var så lågt som 137/86 mm Hg.

I en annan studie jämförde *Silman* med flera effekten av natriumrestriktion med effekten av att ge "allmänna råd" (29). 12 patienter erhöll rådet om reducerat salt i kosten och 11 patienter fick enbart "allmänna råd". I gruppen med saltrestriktion sjönk urin-natrium från 150,8 mmol per liter på 24 tim urin) till 111,8 mmol per liter och tre månader. I gruppen med saltreduktion sjönk systoliska blodtrycket 14,6 mm Hg och diastoliska blodtrycket 7,5 mm Hg. I gruppen som erhöll "allmänna råd" sjönk trycket 15,4 mm Hg systoliskt och 10,3 mm Hg diastoliskt. Således erhöles i denna undersökning något större effekt av "allmänna råd" men skillnaden mellan grupperna var ej signifikant.

Året därpå återkom *Silman* med flera med ettårsuppföljningen av samma studie (30). Natriumreduktion (12 patienter) jämfördes med en kontrollgrupp om 16 patienter som erhölet ett "allmänt hälsopaket" vilket "ej innehöll några speciella blodtryckssänkande metoder". Båda grupperna instruerades dock om att sluta röka, motivera regelbundet, undvika stress och att reducera fettintaget (!). Efter ett år hade båda grupperna högst signifikanta blodtryckssänkningar, men det var ingen skillnad mellan grupperna.

Genomgående för de studier som här refererats är att man undersökt effekten av en måttlig saltreduktion (75–100 mmol natrium per dag), vilken ska vara möjlig att acceptera även för en bredare grupp. Detta kan uppnås genom att låta bli att salta extra på maten vid bordet eller matlagningen och att utesluta saltrik föda, speciellt industri-tillagad mat.

För övrigt rapporterar *Beauchamp* med flera att smaken för salt kan förändras permanent efter mer än två månaders måttlig saltrestriktion, så att mindre mängd salt i födan bedöms som "mest angenäm" (31).

ÅTGÄRD 4: Fettfattig kost

Två studier i Finland under 1983 har undersökt sambandet mellan fetthalten i kosten och blodtrycket. *Iacono* med flera (32) undersökte 30 par i åldern mellan 40 och 50 år som behandlades i sex veckor med en kost innehållande låg fettmängd och det fett som ingick hade hög halt av fleromättat fett. Med denna regim erhöles en blodtryckssänkning på 7,5 mm Hg systoliskt och 2,8 mm Hg diastoliskt. Vid återgång till normal diet steg blodtrycket igen.

Puska med flera (33) undersökte 57 par i två samhällen i norra Karelen och jämförde fettreduktion kombinerat med hög halt av fleromättade fetter med dels en grupp som erhöles saltreducerad kost och dels en kontrollgrupp. Den grupp som erhöles fettfattig diet uppvisade en blodtryckssänkning om 8,9 mm Hg systoliskt och 7,6 mm Hg diastoliskt tryck. Man kunde konstatera ett kraftigare blodtrycksfall hos de personer som var hypertoner. I kontrollgruppen liksom i gruppen med saltreduktion noterades mycket liten blodtrycksförändring.

Liknande resultat erhöles vid en ny studie av *Puska* med flera (34) där man efter 6 till 12 veckors intervention med fettreducering samt hög relativ andel av fleromättade fetter noterade signifikant sänkning av såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck. Detta trots att salt och energiintag samt andra livsstilsfaktorer hölls konstant.

ÅTGÄRD 5: Vegetarisk diet

Olika typer av vegetarisk kost har studerats som behandling av förhöjt blodtryck. Av de studier som här medtagits har ingen påtaglig skillnad kunnat noteras mellan vegetarisk kost av olika typer såsom vegankost eller lactovegetarisk kost.

Rouse (35) undersökte 59 friska personer i en kontrollerad cross-over studie. Två experimentgrupper fick lacto-ovo-vegetarisk kost och en kontrollgrupp bibehöll sin vanliga kost. Man erhöles signifikant sänkning av såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck, blodtryckssänkningen uppgick till 5–6 mm Hg systoliskt och 2–3 mm Hg diastoliskt.

I en annan studie av *Margetts* med flera (36) gavs ovo-lacto-vegetarisk kost till 58 personer med mild hypertoni. Även här erhöles signifikant blodtryckssänkning på i medeltal 5 mm Hg diastoliskt utan någon relation till förändring i urinnatrium, kalium eller patientmassa.

Lindahl med flera (37) undersökte 29 patienter som hade blodtrycksbehandling sedan i genomsnitt åtta år.

Dessa behandlades med vegankost under ett år. I nästan alla fall kunde medicineringen utsättas eller reduceras. Man erhöles signifikant sänkning av systoliska och diastoliska blodtrycket och ett antal tidigare uppgivna symptom försvann.

ÅTGÄRD 6: Kaffereduktion

Kaffets roll som bidragande orsak till hypertoni är omdiskuterad. I en fransk tvärsnittsstudie med över 6.000 personer har *Lang* med flera visat ett signifikant positivt samband mellan kaffedrickande och såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck (38). Efter ålderskorrigering har personer med hög kaffe-konsumtion 2,5 mm Hg systoliskt och 0,8 mm Hg diastoliskt högre blodtryck än de som inte dricker kaffe. Det positiva sambandet kvarstod beträffande systoliskt (men ej för diastoliskt) blodtryck efter korrigering även för kön, BMI, alkohol- och tobakskonsumtion samt socialgrupp.

En studie av *Freestone* med flera undersökte patienter som rökte och drack kaffe (39). Dessa undersöktes under abstinens varvid man fann lägre blodtryck än före abstinensperioden. Efter intag av kaffe (200 milligram koffein) fann man en blodtrycksstegring på 10 mm Hg systoliskt och 7 mm Hg diastoliskt mellan en och två timmar efter kaffeintaget.

Det är ovisst vilken betydelse man ska fästa vid dessa blodtryckseffekter av kaffet. Kaffet har dock även andra mekanismer som spelar in för hypertoni, däribland den sömnstörande effekt som många upplever av kaffe som tas några få timmar före sänggåendet.

Patienter som samtidigt rapporterar sömnstörningar och sent kaffedrickande rekommenderas att avstå från kaffe. Likaså bör patienter som upplever en höjd ångestberedskap (stresskänsla, tryck i bröstet etc) rekommenderas att sluta dricka kaffe.

Ytterligare skäl att avstå från kaffe för denna grupp av patienter är rapporter om samband mellan kaffedrickande och ökad incidens av hjärtsjukdom. Så har bland annat *Wilhelmsen* med flera visat ett samband mellan kaffekonsumtion och myocardinfarkt (40), men andra studier har ej lyckats hitta något sådant samband.

På senare tid har även kolesterollhöjande effekt uppmärksamats hos kaffet, bland annat i "The Tromsø Heart Study" av *Thelle* med flera (41). Denna studie har föranlett en livlig debatt om kaffets samband med lipider och hjärtsjukdom. Forskarna kring Tromsøstudien har även återkommit med ett par interventionsstudier, där man bland annat visar att det framför allt tycks vara kokt kaffe som orsakar lipidstegringen (42).

ÅTGÄRD 7: Rökstopp

Sambandet mellan rökning och blodtryck är komplicerat. Den akuta effekten av rökning är en blodtryckssteg-

ring, men epidemiologiska studier har visat att rökare i allmänhet har *lägre* blodtryck än icke-rökare.

I en stor epidemiologisk studie av *Green* med flera har visats att det lägre blodtrycket hos gruppen rökare ej kan förklaras med andra samverkande faktorer som relativ kroppsvikt, etniskt ursprung, alkohol- eller kaffeintag eller sportutövning på fritiden (43).

Ätt rökare i allmänhet har lägre blodtryck än icke-rökare har medfört farhågor att rökstopp skulle kunna medföra risk för blodtrycksstegring. Detta har dock avvisats av *Puddey* med flera (44) i en undersökning omfattande 66 rökare, varav hälften skulle sluta röka under en sexveckorsperiod. 13 misslyckades med rökstopp och sex avbröt deltagandet i projektet. Ingen signifikant ökning av blodtrycket mätt i liggande eller stående, vare sig systoliskt eller diastoliskt, kunde observeras vid reduktion av rökning eller vid totalt rökstopp.

Ovan refererade undersökning av *Freestone* med flera (39) som studerade koffeinets effekter på blodtrycket har också värderat effekten av rökning. När patienter som under abstinens uppvisade lägre blodtryck rökte två cigaretter konstaterades en blodtrycksstegring på 10 mm Hg systoliskt och 8 mm Hg diastoliskt under 15 minuter.

I en annan studie har *Baer* med flera undersökt 19 hypertoni-patienter (45). Man fann en blodtrycksstegring på 11 mm Hg systoliskt och 9 mm Hg diastoliskt inom 10 minuter efter rökning och man konstaterade även en pulsstegring från 69 till 96. Vidare fann man efter rökning en signifikant stegring av plasmanivåerna av aldosteron, cortisol och ACTH.

Från den stora populationsstudien Kaiser-Permanente-studien omfattande 87.000 personer rapporterar *Friedman* med flera (46) att man ej kunde finna något samband mellan högt blodtryck och demografiska variationer, övervikt, saltintag, rökning eller kaffe. Däremot bedömde man att fem procent av hypertoni i befolkningen torde bero på alkoholkonsumtionen.

Det är svårt att dra entydiga slutsatser om tobaksrökningens effekter på hypertoni då man ej känner till vad långtidseffekten är av de snabba blodtrycksstegringar som uppnås efter rökning. Det rapporteras dock om ökad risk för utvecklandet av malign hypertoni vid rökning (44). Dessutom samverkar rökningen som sådan med hypertoni som riskfaktor för utvecklande av kardiovaskulära sjukdomar, varför alla hypertoner mycket bestämt bör rekommenderas att avhålla sig från tobaksrökning. Vidare är det nödvändigt att undvika rökning (likasom kaffedrickande) före blodtrycksmätning.

ÅTGÄRD 8: Alkoholstopp

Ovan refererade undersökning av *Friedman* med flera (46) som var en

Mindre magstörningar



Abboticin® Novum (Erytromycin)

Referenser:

A comparative study of erythromycin ethylsuccinate tabs v erythromycin base capsules in the treatment of acute upper and lower respiratory tract infection, University of Kent at Canterbury, Data on file, Abbott Scandinavia AB, 1986.

Study C-013, C-018, Data on file, Abbott Scandinavia AB, 1986.

Elwin, C-E et al., Third World Conference on Clinical Pharmacology & Therapeutics, Abstract 1207, July 27-Aug 1, 1986.

S. Falchi, M. et al., Curr Med Res Op, Vol. 9, 9:611, 1985.

Brun, Y. et al., J. Antimicrob Chemoth, 8:459, 1981.

Butzler, J. P. et al., Chemoth, 25:367, 1979.

Crawford, L. V. & Roane, J., Annals of Allergy, Jan:18, 1969.

ABBOTICIN® NOVUM Antibiotikum Grupp 7B 3005 R

Deklaration. 1 tablett à 500 mg innehåller: Erythromycin ethylsuccin. respond. erythromycin, 500 mg constit. et color (kinolingult) q.s.

Egenskaper. ABBOTICIN® NOVUM tabletter innehåller erythromycin-ethylsuccinat. Denna ester av erythromycin hydrolyseras, efter absorption, till fritt aktivt erythromycin.

Effekten är huvudsakligen bakteriostatisk och utövas genom bindning till bakteriernas ribosomer varigenom dessas proteinsyntes hämmas. Mot pneumokocker och streptokocker kan baktericid effekt förväntas. Erythromycin har ett antibakteriellt spektrum som omfattar grampositiva bakterier samt vissa gramnegativa. Speciellt bör nämnas streptokocker, pneumokocker, stafylokokker, Corynebacterium diphtheriae, Bordetella pertussis, Branhamella catarrhalis samt Legionella-arter. Erythromycin har vidare effekt mot Chlamydia trachomatis, Mycoplasma pneumoniae, rickettsier samt L-former av bakterier. Erythromycin är överksamt mot aeroba gramnegativa tarmbakterier medan den anaeroba tarmfloran kan påverkas. Haemophilus influenzae är i allmänhet ej fullt känsliga för erythromycin.

Absorptionen av erythromycinethylsuccinat är något lägre än för erythromycin-stearat (ABBOTICIN® tabletter), varför en högre dos av den biologiska inaktiva estern måste ges för att motsvara plasmakoncentrationer av erythromycin skall uppnås.

Maximal plasmakoncentration uppnås efter cirka 1-2 timmar. Optimal absorption erhålles om intag sker omedelbart före måltid.

Efter absorption distribueras erythromycin i stor utsträckning till olika vävnader.

Erytromycinets goda effekt vid luftvägsinfektioner är känd. Kliniska studier visar att ca 90% av patienterna blir friska.

Men lika känt är att erytromycin kan ge magstörningar, vilket ibland leder till att behandlingen måste avbrytas.

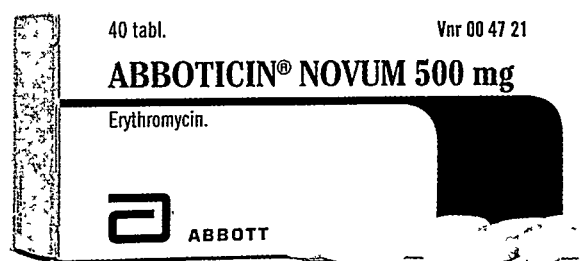
Med Abbotcin® Novum minskas detta problem genom att det tolereras bättre.

Abbotcin® Novum frigörs i blodet. Inte i mag-tarmkanalen.

Abbotcin® Novum innehåller erytromycinetylsuccinat, en inaktiv ester av erytromycin. Det betyder att erytromycin frigörs först i blodet, efter absorption, och följden blir bättre tolerans.

Dosering Abbotcin® Novum:

Abbotcin® Novum doseras två tabletter à 500 mg två gånger dagligen. Det ger en hög koncentration av erytromycin i serum och, framför allt, i infektionsfokus.



 ABBOTT SCANDINAVIA AB, BOX 1074, 16311 SPÅNGA.
TEL 08-7520050.

der. Varierande uppgifter om plasmaproteinbindningen föreligger, men vanligen anges den till 60–80%. Speciellt höga koncentrationer erhålles, beroende på utsöndringsförhållandena, i lever och galla. Erytromycin passerar däremot i ringa grad genom blodhjärnbarriären. Placentapassagen kan beräknas till ca 10%. Vid normal leverfunktion koncentreras erytromycin i levern och utsöndras huvudsakligen via galla och faeces vilket innebär att den anaeroba tarmfloran kan påverkas. Endast en liten del, mindre än 5%, utsöndras via urinen varför erytromycin kan ges i oförändrad dos till patienter med nedsatt njurfunktion.

Indikationer. Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för erytromycin t.ex. luftvägsinfektioner – speciellt då överkänslighet för penicillin föreligger – kikhosta, mycoplasmapneumonier, legionärsjuka samt stafylokokkinfektioner. Infektioner orsakade av Chlamydia trachomatis, t.ex. icke-gonorröisk uretrit, cervicit samt konjunktivit och pneumoni hos spädbarn.

Kontraindikationer. Känd överkänslighet för erytromycin.

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

Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt [A]. Erytro-

mycin passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

Biverkningar. Gastrointestinala besvär i form av magknip, illamående och diarré kan förekomma, särskilt vid höga doser. Dessa biverkningar kan försvinna under pågående behandling. Liksom vid annan antibiotikaterapi kan, speciellt vid långtidsbehandling eller upprepad terapi, överväxt av icke känsliga bakterier eller svampar inträffa.

Erytromycin skall då utsättas och lämplig terapi inledas. Allergiska reaktioner är sällsynta, men fall från lätta hudreaktioner och urtikaria till anafylaxi har rapporterats.

Dosering. Normaldos för vuxna samt barn över 35 kg: 2 tabletter 2 gånger per dygn. Alternativt ges 1 tablett 4 gånger per dygn. Vid svårare infektioner kan upp till 4 gram per dygn ges.

Optimal absorption erhålles om dosen intages omedelbart före måltid.

Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt [A], grupp 7B 3005 Erytromycin.

Förpackningar. Tabletter 500 mg (gula, spolformade med ABBOTT-symbol på ena sidan).

40 st Vnr 004721
100 st Vnr 004804

populationsstudie (Kaiser-Permanente-studien med 87.000 personer) konstaterade att fem procent av hypertoni i befolkningen beror på alkohol.

I en annan populationsstudie av *Lar-bri* med flera kalkyleras riskdifferensen ("populations-attributable-risk") för hypertoni på grund av riklig alkoholförbrukning till 3–12 procent beroende på vilka diagnostiska kriterier man använder (47). Studien omfattande 11.899 män i åldern 40–55 år. Man fann signifikant högre blodtryck hos dem som använde större mängder alkohol, vilket definierades som mer än eller lika med fem drinkar dagligen. Man konkluderar att begränsning av alkoholkonsumtionen tillsammans med viktnedskning och saltrestriktion är viktiga icke-farmakologiska behandlingsmetoder för hypertoni.

Även *MacMahon* (13) har beräknat alkoholens del av ansvaret för hypertoni och funnit att 11 procent av hypertoni hos män och en procent av hypertoni hos kvinnor förklaras av alkoholkonsumtionen. Sambandet blir svagare om man även väger in ålder och vikt i beräkningen.

Cairns med flera fann att alkoholen visade sig vara en signifikant huvudfaktor i flera av analyserna för samband mellan olika faktorer och hypertoni (48). Studien omfattade 3.198 München-bor i åldern 30–69 år. Utifrån de siffror som erhöles har beräknats att en liter öl dagligen (40 gram alkohol) kan öka diastoliska blodtrycket hos kvinnor med 2,4 mm Hg.

Hypertoniker förefaller reagera kraftigare med blodtrycksstegring av alkohol än normotoniker. Detta visades av *Malhotra* med flera (49) där ett antal personer fick ta ett gram alkohol per kilo kroppsvikt dagligen under fem dagar. Ingen blodtryckseffekt kunde noteras hos normotoniker medan man däremot fick en blodtrycksstegring hos hypertoni-patienter.

Även *Paulin* med flera som undersökte 901 vuxna efter standardisering av ålder och BMI fann ett positivt samband mellan alkoholintag och blodtryck hos män (50). Hos personer med hög alkoholkonsumtion (mer än 300 gram alkohol per vecka) fann man högre medelblodtryck, 9,8 mm Hg systoliskt och 8,9 mm Hg diastoliskt, jämfört med dem med låg eller ingen alkoholkonsumtion.

I en del studier har man funnit ett u-format samband mellan alkoholkonsumtion och blodtryck. Så har *Welle* med flera (51) konstaterat att hos kvinnor är det systoliska blodtrycket något lägre för dem som dricker lite grand alkohol jämfört med hos absolutister. Vidare konstateras att framför allt äldre får ett betydligt förhöjt systoliskt blodtryck vid hög alkoholkonsumtion.

Även *Jackson* med flera (52) konstaterar att män och kvinnor över 50 års ålder med lätt till måttlig alkoholkonsumtion (mellan 0–34 gram alkohol per dag) hade lägre blodtryck än såväl

dem med hög alkoholkonsumtion som absolutisterna.

Beevers (53) fann vid jämförelse av 158 oselektade hypertoniker med 105 friska kontrollpersoner att blodtryckspatienter oftare hade tecken på nedsatt leverfunktion. s-ASAT och s-ALAT var högre och oftare förhöjt hos hypertonigruppen.

Även *Ramsay* mätte leverfunktionen rutinmässigt hos 100 blodtryckspatienter och fann nedsatt leverfunktion hos 15,8 procent av männen och hos 6,2 procent av kvinnorna (54). Fyndet av nedsatt leverfunktion var korrelerade med alkoholförbrukning, högre kroppsvikt, manligt kön, yngre ålder och högre diastoliskt blodtryck.

Vid multivariat statistisk analys av data från den första Health and Nutritional Examination Survey fann *Gru-chow* ett statistiskt samband som styrker betydelsen av alkohol och saltintag för blodtrycket hos vuxna amerikaner (55).

En undersökning med multipel regressionsanalys av Canada Health Survey av *Coates* med flera omfattande 721 män och 697 kvinnor har misslyckats att påvisa samband mellan alkohol och systoliskt eller diastoliskt blodtryck (56).

ÅTGÄRD 9: Förbättrad sömn

Det har länge varit ett känt faktum att blodtrycket är lägre under sömn än under vakenhet. Detta gäller även hypertoniker och detta har bland annat visats av *Littler* med flera (57). De har i en undersökning av personer med normalt blodtryck, såväl som personer med obehandlad respektive behandlad hypertoni konstaterat en cirka 20-procentig sänkning av såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck under sömn.

Även gravida kvinnor med hypertoni uppvisar motsvarande sänkning oavsett om de har lätt pre-eklamsi, kronisk hypertoni eller är normotona. Detta visades av *Sawyer* med flera (58). Blodtryckssänkningen i alla grupperna (15 patienter i varje grupp) var mellan 5–20 mm Hg systoliskt och 5–18 mm Hg diastoliskt.

Såväl *Watson* med flera (59) som *Pickering* med flera (60) och *Conway* med flera (61) visade att blodtrycket följt under hela dygnet var lägst under sömn och steg under stigande grad av aktivitet. Däremot spelade inte tiden på dagen någon roll. På morgonen uppnådde blodtrycket den "basala nivån" först efter mental aktivitet (som läsning), och ytterligare stegring av blodtrycket uppstod vid mer krävande mental aktivitet såsom aritmetiska övningar.

På senare tid har stor uppmärksamhet riktats till problemet med sömnstörningar i form av snarkning och sömn-apne (SAS= Sleep Apnea Syndrome). *Lavie* med flera fann att 11 av 50 patienter med essentiell hypertoni (= 22 procent) hade SAS, vilket definieras som minst 10 apne-perioder om 10 sekunder per timme (62).

Det är troligt att regelbundna sömnvanor har stor betydelse för att kontrollera blodtrycket, och därför bör denna punkt uppmärksammas för patienterna. Familjeanamnes bör kunna ge misstankar om sömn-apne-perioder, och vissa andra sömnstörningar (skiftarbete, buller med mera) bör även kunna åtgärdas. Icke minst viktigt är att patienterna själva vinnligger sig om att försöka iaktta regelbundna sömnvanor.

ÅTGÄRD 10: Reducerat buller

Jonsson & Hansson fann vid en undersökning av 196 industriarbetande män signifikant högre systoliskt och diastoliskt blodtryck hos 44 med bullerskada jämfört med 74 jämnåriga män med normal hörsel. Man fann även signifikant fler hypertoniker hos de bullerskadade (63).

Ett liknande resultat fann *Talbot* med flera där 197 slumpmässigt utvalda arbetare från bullrig och 169 arbetare från mindre bullrig miljö undersöktes (64). Man fann ingen blodtrycksskillnad mellan grupperna totalt men däremot ett starkt samband mellan samtidig hörselskada orsakad av buller och hypertoni i båda grupperna hos de personer som var över 56 år.

Schulte med flera (65) undersökte 12 personer med essentiell hypertoni och 12 normotensiva vilka utsattes för trafikbuller på 81 dB under stressexponering. Båda grupperna fick signifikant ökning av systoliskt och diastoliskt blodtryck samt hjärtfrekvens och muskeltonus.

I en undersökning av kvinnor som utsattes för buller på 90–100 dB fann *Kochanova* med flera högre prevalens av hypertoni hos dem som utsatts för buller jämfört med kontrollgruppen (66).

Eggertsen med flera undersökte nio patienter med essentiell hypertoni (67). Dessa exponerades för buller upp till 105 dBa under 10 minuter. Man fann en signifikant blodtrycksstegring såväl systoliskt som diastoliskt vilken ej kunde blockeras med kombination av vasodilaterande eller betablokerande läkemedel.

Undersökningarna tyder på att speciellt personer som är utsatta för buller och samtidigt har en bullerskada löper klart ökad risk för att få hypertoni av bullerexpositionen.

ÅTGÄRD 11: Åtgärdande av stressorsak

Sambandet mellan psykisk stress av olika slag och hypertoni har även varit kraftigt omdebatterat. Det finns en allmänt ökad acceptans för stressmekanismerna bakom hypertoni. Olika metoder att åtgärda stress för att uppnå blodtrycksreduktion finns. Med att "åtgärda stressorsaker" avses att i förekommande fall försöka reducera eller eliminera den yttre orsak som direkt utlöser stressen hos blodtryckspatienten. Ibland kan dessa orsaker vara lätta att identifiera, exempel på detta är ar-

betslöshet, skiftarbete, över-krav i arbetssituationen, äktenskapsproblem etc.

Ett sätt att reducera den upplevda stressen är att helt enkelt ta itu med att bearbeta den. Detta kan i sig medföra en stressreduktion. Rådgivning och stöd torde ha en plats, ibland kanske även psykoterapeutiska samtal.

I en kontrollerad studie av *Peled-Ney* med flera (68) deltog 78 patienter, varav 48 slumpmässigt fördes till en grupp som behandlades med grupp-terapi (30 patienter i kontrollgruppen). Åtta patienter avbröt gruppterapin. Efter sex månader fann man i gruppen som erhöll gruppterapi att systoliska blodtrycket sjönk med 20,9 mm Hg och diastoliska blodtrycket med 12,8 mm Hg. Ingen blodtrycksförändring i kontrollgruppen. Uppföljning efter tre månader och ett år visade att terapiefekten kvarstod för flertalet patienter.

I ett försök behandlades 22 personer med "stressmanagement" och resultatet jämfördes med en kontrollgrupp på 18 personer (69). *Charlesworth* med flera som gjorde denna studie fann en signifikant sänkning av blodtrycket i behandlingsgruppen efter en 10-veckorsperiod. Man fann därefter motsvarande signifikanta sänkning i kontrollgruppen när den fick motsvarande träning efter den initiala perioden. Vid utvärdering efter tre år fann man kvarstående signifikant sänkning av såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck.

Marmot diskuterar i en översikt psykosociala faktors förhållande till blodtrycket och konstaterar att hypertensiva personer uppvisar en ökad reaktion för emotionella och mentala stimuli (70). Dock är sambandet hos människan mellan psykologiska faktorer och hypertoni osäkert.

Det är som alltid önskvärt att försöka åtgärda orsaker vid källan, det vill säga att försöka eliminera orsaker till stress. Ofta är emellertid orsakerna svårgräpbara eller kan en orsaksbrytande åtgärd medföra andra icke önskvärda konsekvenser. I sådana fall kan man i stället ha nytta av att försöka reducera stressens fysiska uttryck i form av avslappningsträning eventuellt i kombination med biofeedback. Dessa två åtgärder upptas som de följande huvudområdena.

ÅTGÄRD 12: Avslappning

Ett flertal studier publicerade under senare år har undersökt effekterna av olika typer av avslappning på hypertoni. Vanligen används någon form av progressiv muskelrelaxation eller yoga, i flera av här refererade studier även i kombination med biofeedback.

I en undersökning omfattande 34 patienter med hypertoni fann *Patel* med flera (71) att yoga + biofeedback jämfört med en kontrollgrupp (allmän avslappning) gav signifikant bättre blodtryckssänkning, 27/16 mm Hg (systolisk/diastolisk blodtryckssänkning) respektive 9/5 mm Hg i kontrollgruppen.

Cottier med flera (72) fann i en prospektiv randomiserad studie med borderline och mild hypertoni att progressiv muskelrelaxation efter 22 veckor medförde en blodtryckssänkning på 3 mm Hg (mätt av patienten själv i hemmet) jämfört med en blodtrycksstegring hos kontrollgruppen på 2 mm Hg.

Goldstein med flera jämförde effekten av avslappning med effekten av kombinerad avslappning och biofeedback (73). Efter 10 veckors behandling med fokus på hemövningar och själv-mätning av blodtrycken konstaterade man att avslappning enbart var lika effektiv som avslappning kombinerad med biofeedback. Båda metoderna sänkte blodtrycket effektivt i jämförelse med kontrollgruppen. En förstärkt effekt uppstod om avslappning och läkemedel gavs samtidigt. (Troligen spelade även själv-mätning av blodtrycket in, jämför åtgärd 14.)

Little med flera (1984) undersökte 60 gravida kvinnor som hade hypertoni (74). 18 fick avslappningsträning och 18 kombinerad avslappning och biofeedback. Tjugofyra kvinnor utgjorde kontrollgrupp. Av kontrollgruppen måste två tredjedelar läggas in på sjukhus mot en tredjedel i vardera behandlingsgruppen. Man fann dessutom signifikant sänkning av systoliskt och diastoliskt blodtryck i båda behandlingsgrupperna men ingen signifikant skillnad mellan de två behandlingsgrupperna.

Ett liknande resultat uppnådde *Blanchard* med flera som jämförde en förkortad variant av progressiv avslappning med biofeedback (75). Målsättningen var att reducera läkemedelsförbrukning från två läkemedel per patient till ett läkemedel per patient. Detta mål uppnåddes efter tre månader hos 23 procent med enbart avslappning och hos 47 procent med biofeedback. Undersökningen innehöll även ett moment av själv-mätning av blodtrycket i hemmet.

Vid ett försök med avslappningsövningar i grupp fann *Pender* (76) hos 22 försökspersoner jämfört med 22 i kontrollgruppen att avslappningsgruppen visade lägre medelvärde på systoliska blodtrycket vid fyra månaders uppföljning. Vid fortsatt tillämpning av avslappning bibehölls blodtrycksreduktionen.

Sundar med flera genomförde en studie med 25 patienter och avslappningen gavs med "Shavasana"-yoga i sex månader (77). Man erhöll signifikant sänkning av systoliskt och diastoliskt blodtryck, samt en signifikant sänkning av doserna antihypertensiva läkemedel.

Olika typer av avslappningsterapi har prövats av *Wadden* (78) där 48 patienter med mild hypertoni indelades i tre olika behandlingsgrupper. Efter åtta veckor fann man signifikant sänkning av såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck i alla tre grupperna, vilket bibehölls vid en och fem månaders upp-

följning. Resultatet tyder på att tekniken för avslappning torde spela mindre roll.

ÅTGÄRD 13: Biofeedback

Flera av de undersökningar som värderat olika typer av avslappning har även innefattat biofeedback, som ett sätt att ytterligare förstärka avslappningseffekten. Det kan därför vara svårt att behandla dessa metoder separat. Men eftersom biofeedback fordrar speciell utrustning och teknik görs ändå ett försök att urskilja vilken extra effekt på blodtrycket som kan tillföras med hjälp av biofeedback.

I undersökningen som refererats ovan av *Patel* med flera (71) användes biofeedback för att förstärka yoga-avslappningen. I en annan studie (79) undersöktes 204 industriarbetare med två eller flera riskfaktorer för kranskärslsjukdom, däribland blodtryck över 140/90 mm Hg. En behandlingsgrupp (biofeedback) tränades i relaxation och i att hantera stress. Både behandlings- och kontrollgruppen erhöll enkel hälsoupplysningslitteratur. Efter åtta veckors träning (och efter ytterligare åtta månader) uppvisade biofeedbackgruppen en signifikant större blodtryckssänkning än kontrollgruppen.

Glasgow med flera jämförde akuta och långtidseffekter av avslappning och biofeedback avseende systoliskt blodtryck hos 90 patienter (80). Båda metoderna var lika effektiva att sänka systoliskt blodtryck (akut), men avslappning var effektivare att sänka det diastoliska blodtrycket (akut). Beträffande långtidseffekterna var biofeedback något effektivare än avslappning. Bäst effekt uppnåddes på lång sikt om metoderna kombinerades och biofeedback-träning gavs före avslappnings-träningen.

I ovan refererad undersökning av *Blanchard* med flera (75) fann man att 47 procent av blodtryckspatienterna kunde halvera läkemedelskonsumtion med hjälp av biofeedback jämfört med 23 procent som behandlades med enbart avslappning. Även bedömt utifrån egenmätta blodtryck i hemmet var biofeedback effektivare än avslappning, men kliniskt mätta blodtryck kunde ej visa att någondera metoden var överlägsen.

Däremot har såväl *Goldstein* med flera (73) som *Little* med flera (74) vilka båda refereras ovan (under avsnittet om avslappning) misslyckats att visa någon signifikant skillnad mellan avslappning jämfört med avslappning kombinerat med biofeedback.

ÅTGÄRD 14: Själv-mätning av blodtrycket

Det finns skäl att förorda egenmätning av blodtrycket av patienterna själva. Dels ökas patientens delaktighet och följsamhet till behandlingen, bland annat genom att "synliggöra" ett annars symtomlöst tillstånd. Dels uppnås en slags biofeedback vilket torde kunna

utgöra en behandlingsform i sig. (Manchetter kan även användas för direkta/medvetna biofeedbackövningar.) Under senare år har man även allt mer uppmärksammat att blodtryck uppmätta på sjukvårdsinrättningarna ofta uppvisar ej representativa värden.

Redan för över tio år sedan publicerade *Carnahan* med flera en studie där 100 hypertonipatienter ingick och där behandlingsgruppen fick blodtrycksmätare och undervisning om hur de användes (81). Både behandlings- och kontrollgruppen fick likartad läkemedelsbehandling för blodtrycket. Efter ett halvt år var systoliska blodtrycket signifikant lägre (11 mm Hg) i experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen. Författarna drar dock slutsatsen att självmätning av blodtrycket har litet värde jämfört med den kraftfulla effekten av blodtryckssänkande läkemedel(!).

Kleinert med flera (82) följde 93 patienter med egenmätning av blodtrycket i hemmet samt mätningar på mottagningen och det genomsnittliga 24-timmarsstrycket (mätt med noninvasiv metod). Blodtrycken som mättes på mottagningen var högre än såväl egenmätta blodtryck i hemmet som 24-timmarsblodtrycket. Det egenmätta blodtrycket avspeglade bättre den genomsnittliga blodtrycksnivån hos patienten än blodtrycksmätningarna på mottagningen.

Studien av *Goldstein* med flera som ovan refererats under avsnittet om avslappning (73) innehöll hemövningar och självmätning av blodtrycket. Det är möjligt att den gynnsamma effekten delvis kan ha betingats av egenmätningen av blodtrycket.

Andersen med flera (83) fann vid undersökning av 66 konsekutiva hypertonipatienter att medeldifferensen mellan egenmätta blodtryck i hemmet och blodtryck uppmätta på mottagningen var systoliskt 14 mm Hg. Det fanns dessutom en uttalad interindividuell spridning vilket innebär att man hos vissa patienter löper en uttalad risk för felbedömning vid enbart hänsynstagande till blodtryck uppmätta på mottagningen.

Egenmätning av blodtrycken medför även att blodtrycket lättare kan bibehållas kontrollerat. I en undersökning av *Stahl* med flera (84) med 396 patienter fördelades dessa slumpvis på kontrollgrupp respektive grupp för egenmätning av blodtrycket och en grupp där trycket mättes i hemmet av någon närstående. Man fann att upp till 18 månader noterades bättre blodtryckskontroll hos gruppen med egenmanschett. Efter 18 månader fann man ej längre någon skillnad i blodtryckskontroll men man hade färre bortfall i gruppen med egen blodtrycksmanschett.

Konklusion

En generell rangordning av de olika metoder som här kommenterats kan ej göras, då förutsättningarna för en prio-

ritering måste göras individuellt. Här ges kort några allmänna punkter som kan tjäna som utgångspunkt för sådana bedömningar.

A. Allmänna åtgärder

- 1) Alla som inte redan utövar någon form av regelbunden fysisk träning bör vänja sig vid en trivsam, måttlig grad av motionsaktivitet. Regelbundenheten är viktigare än intensiteten. Alltför intensiv träning liksom isometrisk träning bör undvikas.
- 2) Överviktiga hypertoniker (flertalet hypertoniker är överviktiga) bör reducera sin kroppsvikt.
- 3) Reduktion av saltmängden i kosten till ungefär hälften av normalförbrukningen, från cirka 160 till cirka 80 mmol/dygn.
- 4) Minskat fettinnehåll i kosten, och framför allt minskning av halten fleromättade fetter – relativ ökning av fleromättat (vegetabiliskt) fett.
- 5) Utlämnning av blodtrycksmanschett till och instruktioner för egenmätning av blodtrycket för dem som klarar av och kan motiveras för detta.

B. Åtgärda droger och stress

- 1) Behandling av förhöjt blodtryck är en förebyggande aktivitet. Rökning samverkar med hypertoni som riskfaktor för kardiovaskulära sjukdomar. Det är logiskt att energiskt arbeta för rökstopp hos rökande hypertoniker.
- 2) Vid hög alkoholkonsumtion eller tecken på leverskada rekommenderas total alkoholabstinens.
- 3) Personer med olika symtom eller besvär av kaffe, eller med höga kolesterolvärden bör avstå från kaffedrickande.
- 4) Avslappningsövningar individuellt eller i grupp rekommenderas för dem som rapporterar svårigheter att slappna av.
- 5) Eventuellt förstärkning av avslappningseffekterna kan uppnås med hjälp av biofeedback-teknik.

C. Övriga metoder

Av det som i övrigt tas upp i översikten bör sådant kunna tillämpas i de fall där man speciellt fokuserar ett problemområde (buller, sömnstörningar, stressorsaker) eller där speciell motivation finns (vegetarisk diet).

Referenser:

1. Five-Year findings of the Hypertension Detection and Follow-up Program. (HDFP Cooperative Group) JAMA 1979;242: 2562-2571.
2. The Australian Therapeutic Trial in Mild Hypertension. (Management committee) Lancet 1980;1:1262-1267.
3. Helgeland A. Treatment of mild hypertension: A five year controlled drug trial (OSLO). Am J Med 1980;69: 725-732.
4. Multiple Risk Factor Intervention Trial. (MRFIT Research Group.) JAMA 1982;248: 1465-1477.
5. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. (MRC working party.) Br Med J 1985;291: 97-104.
6. Lowering Blood Pressure without Drugs. (Ledarkommentar.) Lancet 1980;2: 459-461.

7. Roman O, Camuzzi AL, Villalon E, Klenner C. Physical training program in arterial hypertension. A long-term prospective follow-up. Cardiology 1981;67: 230-243.

8. Hagberg JM, Goldring D, Ehsani AA, et al. Effect of exercise training on the blood pressure and hemodynamic features of hypertensive adolescents. Am J Cardiol 1983;52: 763-768.

9. Cade R, Mars D, Wagemaker H, et al. Effect of aerobic exercise training on patients with systemic arterial hypertension. Am J Med 1984;77: 785-790.

10. Duncan JJ, Farr JE, Upton SJ, Hagan RD, Oglesby ME, Blair SN. The effects of aerobic exercise on plasma catecholamines and blood pressure in patients with mild essential hypertension. JAMA 1985;254: 2609-2613.

11. Kiyonaga A, Arakawa K, Tanaka H, Shindo M. Blood pressure and hormonal responses to aerobic exercise. Hypertension 1985;7: 125-131.

12. Reisin E, Abel R, Modan M, Silverberg DS, Eliahou HE, Modan B. Effect of weight loss without salt restriction on the reduction of blood pressure in overweight hypertensive patients. N Engl J Med 1978;298: 1-6.

13. MacMahon SW, Blacket RB, Macdonald GJ, Hall W. Obesity, alcohol consumption and blood pressure in Australian men and women. The National Heart Foundation of Australia Risk Factor Preventive Study. J Hypertens 1984;2: 85-91.

14. Fagerberg B, Isaksson B, Andersson OK. Effect of a moderately energy- and salt-reduced diet on body compartments and blood pressure control in obese men with mild hypertension. Acta Med Scand. 1984;216: 353-359.

15. Fagerberg B, Andersson OK, Isaksson B, et al. Blood pressure control during weight reduction in obese hypertensive men: separate effects of sodium and energy restriction. Br Med J: Clin Res: 1984;288: 11-14.

16. MacMahon SW, Macdonald GJ, Bernstein L, Andrews G, Blacket RB. Comparison of weight reduction with metoprolol in treatment of hypertension in young overweight patients. Lancet 1985;1: 1233-1236.

17. Rissanen A, Pietinen P, Siljamäki-Ojanen U, Piirainen H, Reissel P. Treatment of hypertension in obese patients: efficacy and feasibility of weight and salt reduction programs. Acta Med Scand. 1985;218: 149-156.

18. Wassertheil-Smoller S, Langford HG, Blaufox MD, et al. Effective dietary intervention in hypertensives: sodium restriction and weight reduction. J Am Diet Assoc 1985;85: 423-430.

19. Haynes RB, Harper AC, Costley SR, et al. Failure of weight reduction to reduce mildly elevated blood pressure: a randomized trial. J Hypertens 1984;2: 535-539.

20. Kempner W. Treatment of hypertensive vascular disease with rice diet. Am J Med 1948;4: 545-577.

21. Morgan T, Adam W, Gillies A, Wilson M, Morgan G, Carney S. Hypertension treated by salt restriction. Lancet 1978;1: 221-230.

22. Parijs J, Joossens JV, Van der Linden L, Verstreken G, Amery AK. Moderate sodium restriction and diuretics in the treatment of hypertension. Am Heart J 1973;85: 22-34.

23. Beard TC, Cooke HM, Gray WR, Barge R. Randomised controlled trial of a no-ad-

- ded-sodium diet for mild hypertension. *Lancet* 1982;2: 455-458.
24. MacGregor GA, Markandu ND, Best FE, Elder DM, Cam JM, Sagnella GA. Double-blind randomised crossover trial of moderate sodium restriction in essential hypertension. *Lancet* 1982;1: 351-355.
25. Pacy PJ, Dodson PM, Kubicki AJ, Fletcher RF, Taylor KG. Comparison of the hypotensive and metabolic effect of bendroflumazide therapy and a high fibre, low fat, low sodium diet in diabetic subjects with mild hypertension. *J Hypertens* 1984;2: 215-220.
26. Dodson PM, Pacy PJ, Bal P, Kubicki AJ, Fletcher RF, Taylor KG. A controlled trial of a high fibre, low fat and low sodium diet for mild hypertension in Type 2 (non-insulin-dependent) diabetic patients. *Diabetologia* 1984;27: 522-526.
27. Dodson PM, Pacy PJ, Cox EV. Long-term follow-up of the treatment of essential hypertension with a high-fibre, low-fat and low-sodium dietary regimen. *Hum Nutr Clin Nutr* 1985;39: 213-220.
28. Richards AM, Nicholls MG, Espiner EA, Ikram H, Maslowski AH, Hamilton EJ. Blood-pressure response to moderate sodium restriction and to potassium supplementation in mild essential hypertension. *Lancet* 1984;1: 757-761.
29. Silman AJ, Locke C, Humpherson P. Salt restriction and no drug treatment in mild to moderate hypertension. *Lancet* 1982;1: 903-904.
30. Silman AJ, Locke C, Mitchell P, Humpherson P. Evaluation of the effectiveness of a low sodium diet in the treatment of mild to moderate hypertension. *Lancet* 1983;1: 1179-1182.
31. Beauchamp GK, Bertino M, Engelman K. Modification of salt taste. *Ann Intern Med* 1983;98: 763-769.
32. Iacono JM, Puska P, Dougherty RM, et al. Effect of dietary fat on blood pressure in a rural Finnish population. *Am J Clin Nutr* 1983;38: 860-869.
33. Puska P, Iacono JM, Nissinen A, et al. Controlled randomised trial of the effect of dietary fat on blood pressure. *Lancet* 1983;1: 1-5.
34. Puska P, Nissinen A, Pietinen P, Iacono J. Role of dietary fat in blood pressure control. *Scand J Clin Lab Invest* 1985;176: 62-69.
35. Rouse IL, Lawrence JB, Armstrong BK, Vandongen R. Blood pressure lowering effect of vegetarian diet. *Lancet* 1983;1: 5-10.
36. Margetts BM, Beilin LJ, Armstrong BK, Vandongen R. A randomized control trial of a vegetarian diet in the treatment of mild hypertension. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1985;12: 263-266.
37. Lindahl O, Lindwall L, Spångberg A, Stenram A, Ockerman PA. A vegan regimen with reduced medication in the treatment of hypertension. *Br J Nutr* 1984;52: 11-20.
38. Lang T, Degoulet P, Aime F, et al. Relation between coffee drinking and blood pressure: analysis of 6321 subjects in the Paris region. *Am J Cardiol* 1983;52: 1238-1242.
39. Freestone S, Ramsey LE. Effect of coffee and cigarette smoking on the blood pressure of untreated and diuretic-treated hypertensive patients. *Am J Med* 1982;73: 348-353.
40. Wilhelmsen L, Tibblin G, Elmfeldt D, Wedel H, Werkö L. Coffee consumption and coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Acta Med Scand* 1977;201: 547-552.
41. Thelle DS, Arnesen E, Førde OH. The Tromsø heart study. Does coffee raise serum cholesterol? *N Engl J Med* 1983;308: 1454-1457.
42. Førde OH, Fønnebo-Knutsen SF, Arnesen E, Thelle DS. The Tromsø heart study: coffee consumption and serum lipid concentrations in men with hypercholesterolemia: a randomized interventional study. *Br Med J: Clin Res* 1985;290: 893-895.
43. Green MS, Jucha E, Luz Y. Blood pressure in smokers and nonsmokers: epidemiologic findings. *Am Heart J* 1986;111: 932-940.
44. Puddey IB, Vandongen R, Beilin LJ, English DR, Ukich AW. The effect of stopping smoking on blood pressure - a controlled trial. *J Chronic Dis* 1985;38: 483-493.
45. Baer L, Radichevich I. Cigarette smoking in hypertensive patients. Blood pressure and endocrine response. *Am J Med* 1985;78: 564-568.
46. Friedman GD, Klatsky AL, Siegelaub AB. Alcohol, tobacco, and hypertension. *Hypertension* 1982;4: 143-150.
47. Larbi EB, Stamler J, Dyer A, et al. The population attributable risk of hypertension from heavy alcohol consumption. *Public Health Rep* 1984;99: 316-319.
48. Cairns V, Keil U, Kleinbaum D, Doering A, Stieber J. Alcohol consumption as a risk factor for high blood pressure. Munich Blood Pressure Study. *Hypertension* 1984;6: 124-131.
49. Malhotra H, Mehta SR, Mathur D, Khandelwal PD. Pressor effects of alcohol in normotensive and hypertensive subject. *Lancet* 1985;2: 584-586.
50. Paulin JM, Simpson FO, Waal-Manning HJ. Alcohol consumption and blood pressure in a New Zealand community study. *NZ Med J* 1985;98: 425-428.
51. Welte JW, Greitzerstein HB. Alcohol consumption and systolic blood pressure in the general population. *Subst Alcohol Actions Misuse* 1984;5: 299-306.
52. Jackson R, Stewart A, Beaglehole R, Scragg R. Alcohol consumption and blood pressure. *Am J Epidemiol* 1985;122: 1037-1044.
53. Beevers DG. Alcohol and hypertension. *Lancet* 1977;2: 111-114.
54. Ramsay LE. Liver dysfunction in hypertension. *Lancet* 1977;1: 111-114.
55. Gruchow HW, Subocinski KA, Barboriak JJ. Alcohol, nutrient intake, and hypertension in US adults. *JAMA* 1985;253: 1567-1570.
56. Coates RA, Corey PN, Ashley MJ, Steele CA. Alcohol consumption and blood pressure: analysis of data from Canada Health Survey. *Prev Med* 1985;14: 1-14.
57. Littler WA, Honour AJ, Carter RD, Sleight P. Sleep and blood pressure. *Br Med J* 1975;3: 346-348.
58. Sawyer MM, Lipshitz J, Anderson GD, Dilts JR PV, Halperin L. Diurnal and short-term variation of blood pressure: comparison of preeclamptic, chronic hypertensive, and normotensive patients. *Obstet Gynecol* 1981;58: 291-296.
59. Watson RD, Stallard TJ, Littler WA. Factors determining the variability of arterial pressure in hypertension. *Clin Sci* 1979;57: 283-285.
60. Pickering TG, Harschfield GA, Kleinert HD, Blank S, Laragh JH. Blood pressure during normal daily activities, sleep, and exercise. Comparison of values in normal and hypertensive subjects. *JAMA* 1982;247: 992-996.
61. Conway J, Boon N, Davies C, Jones JV, Sleight P. Neural and humoral mechanisms involved in blood pressure variability. *J Hypertens* 1984;2: 203-208.
62. Lavie P, Ben-Yousef R, Rubin AE. Prevalence of sleep apnea syndrome among patients with essential hypertension. *Am Heart J* 1984;108: 373-376.
63. Jonsson A, Hansson L. Prolonged exposure to a stressful stimulus (noise) as a cause of raised blood pressure in man. *Lancet* 1977;1: 86-87.
64. Talbott E, Helmkamp J, Matthews K, Kuller L, Cottingham E, Redmond G. Occupational noise exposure, noise-induced hearing loss, and the epidemiology of high blood pressure. *Am J Epidemiol* 1985;121: 501-514.
65. Schulte W, Heusch G, Eiff AW. Der einfluss von experimentellem Verkehrslärm auf vegetative funktionen von normotonikern und hypertotonikern nach stress. *Basic Res Cardiol* 1977;72: 575-583.
66. Kochanova EM, Vermel AE, Papoian SS, Shkarinov LN, Shirokov AI. (Rus) Effect of industrial noise on the prevalence of arterial hypertension. *Ter Arkh* 1985;57: 125-128.
67. Eggertsen R, Andren L, Hansson L. Haemodynamic effects of loud noise in hypertensive patients treated with combined beta-adrenoceptor blockade and precapillary vasodilatation. *Eur Heart J* 1984;5: 556-560.
68. Peled-Ney R, Silverberg DS, Rosenfeld JB. A controlled study of group therapy in essential hypertension. *Isr J Med Sci* 1984;20: 12-15.
69. Charlesworth EA, Williams BJ, Baer PE. Stress management at the worksite for hypertension: compliance, cost-benefit, health care and hypertension-related variables. *Psychosom Med* 1984;46: 387-397.
70. Marmot MG. Psychosocial factors and blood pressure. *Prev Med* 1985;14: 451-465.
71. Patel C, North WR. Randomized controlled trial of yoga and biofeedback in management of hypertension. *Lancet* 1975;2: 93-95.
72. Cottier C, Shapiro K, Julius S. Treatment of mild hypertension with progressive muscle relaxation. Predictive value of indexes of sympathetic tone. *Arch Intern Med* 1984;144: 1954-1958.
73. Goldstein IB, Shapiro D, Thananopavaran C. Home relaxation techniques for essential hypertension. *Psychosom Med* 1984;46: 398-414.
74. Little BC, Hayworth J, Benson P, et al. Treatment of hypertension in pregnancy by relaxation and biofeedback. *Lancet* 1984;1: 865-868.
75. Blanchard EB, McCoy GC, Andrasik F, et al. Preliminary results from a controlled evaluation of thermal biofeedback as a treatment for essential hypertension. *Biofeedback Self Regul* 1984;9: 471-495.
76. Pender NJ. Physiologic responses of clients with essential hypertension to progressive muscle relaxation training. *Res Nurs Health* 1984;7: 197-203.
77. Sundar S, Agrawal SK, Singh VP, Bhat-tacharya SK, Udupa KN, Vaigh SK. Role of yoga in management of essential hypertension. *Acta Cardiol (Brux)* 1984;39: 203-208.
78. Wadden TA. Relaxation therapy for essential hypertension: specific or nonspecific?

SFAM:s Höstmöte i Borlänge

YLVA TOMSON

SFAM:s höstmöte ägde denna gång rum i Borlänge och hade samlat cirka 200 deltagare. Kopparbergs läns landsting var huvudsponsor, ett lovvärt initiativ, alltför sällsynt i dylika sammanhang.

Personal från Jakobsgårdarnas vårdcentral i Borlänge, fungerade som värdinnor. Vänliga och avspända, såg de till att allt flöt perfekt. Stora konferenssalen skiftade utseende likt en kameleont. Under mina tre kongressdagar, hann jag uppleva den under dagtid som sober föreläsningssal, kvällstid som elegant bankettsal och på fredagskvällen som fullpackat folkligt danshak.

Mötets allmänmedicinska innehåll utgjordes av fria föredrag, posters och symposier. (Som kuriosum kan nämnas att i Svenska Akademiens Ordlista, översätts symposium med gästabad, dryckesslag).

Psykosomatik i filosofisk belysning

Ingmar Pörn, filosofi professor från Helsingfors införde en rad, för mig, nya begrepp.

fic effects? J Psychosom Res 1984;28: 53-61.

79. Patel C, Marmot MG, Terry DJ. Controlled trial of biofeedback-aided behavioural methods in reducing mild hypertension. Br Med J: Clin Res: 1981;282: 2005-2008.

80. Glasgow MS, Gaarder KR, Engel BT. Behavioral treatment of high blood pressure II. Acute and sustained effects of relaxation and systolic blood pressure biofeedback. Psychosom Med 1982;44: 155-170.

81. Carnahan JE, Nugent CA. The effect of self-monitoring by patients on the control of hypertension. Am J Med Sci 1975;269: 69-73.

82. Kleinert HD, Harshfield GA, Pickering TG, et al. What is the value of home blood pressure measurement in patients with mild hypertension? Hypertension 1984;6: 574-578.

83. Andersen AR, Nielsen PE. Home Readings of blood pressure in hypertension. Scand J Prim Health Care 1985;3: 71-77.

84. Stahl SM, Kelley CR, Neill PJ, Grim CE, Mamlin J. Effects of home blood pressure measurement on long-term blood pressure control. AM J Public Health 1984;74: 704-709.

Författarpresentation:

Birger Gran, distriktsläkare, verksam på halvtid på Samhällsmedicinska enheten i Luleå och i övrigt som allmänläkare på Örnäsets vårdcentral i Luleå.

Postadress: Samhällsmedicinska enheten, Köpmangatan 36 B, 951 32 LULEÅ

Han betraktar psykosomatik ur ett handlingsteoretiskt perspektiv. Ur detta är det kännetecknande för människan att hon är "agent i målstyrt och avsiktligt handlande".

Detta handlande är avhängigt flera faktorer, dels den information individen skaffar sig om en bestämd företeelse, dels att denna information om hur den aktuella företeelsen är beskaffad, sätts i relation till individens uppfattning om hur idealbilden av samma företeelse ser ut.

Jämförelsen mellan aktuell och ideal företeelse, initierar beslutsprocessen och mynnar ut i en handlingsavsikt, det vill säga individen bestämmer sig för om hon ska korrigera den aktuella företeelsen för att få den mer lik idealbilden.

Denna psykiska del av processen är beroende av den fysiska delen, det vill säga kroppen och den fysiska miljön. Om individen bestämmer sig för en korrigering så uppstår frågan "Hur".

Jo, individen har sin egen "handlingsrepertoar", liktydigt med handlingar som hon behärskar tekniken för. Hon är dock beroende av "handlings-tillfällen" för att kunna göra bruk av sin handlingsrepertoar.

På likartat sätt använder sig individen av sin "kunskapsrepertoar" och sina "kunskapstillfällen" när hon skaffar sig information om företeelsen i fråga.

1) Anpassningsförmåga

Balansen mellan följande tre faktorer:

1. Handlings- och kunskapsrepertoar
2. Vilja
3. Miljö

Avgör individens grad av anpassning.

En individ är anpassning till sin miljö om hennes repertoar är tillräcklig för att uppnå de mål som hennes vilja har ställt upp.

Eftersom individens miljö, repertoar och vilja är föränderliga, så är hennes anpassningsgrad också varierande, från tid till annan, från ett tillfälle till ett annat.

Förändringarna är ibland oönskade och individen måste alltid genom handling, bevaka sitt anpassningstillstånd. Om det finns en överensstämmelse mellan de tre, - repertoar, vilja och miljö - är individen vid god hälsa, i annat fall är hälsan mer eller mindre dålig.

Så ser Pörn på begreppen hälsa (health) och ohälsa (illness).

Sjukdom definierar han "sådana psykofysiologiska processer som ten-

derar att begränsa individens repertoar".

Om individen har en sjukdom som inte begränsar hennes repertoar, i förhållande till hennes vilja och miljö, så är hon trots sjukdomen vid god hälsa.

Exempel: En individ med ansträngningsutlöst astma är i ett kroppsarbete yrke begränsad i sin repertoar och har alltså dålig hälsa.

Samma individ men med skrivbordarbete, är väl anpassad och vid god hälsa, sin sjukdom till trots.

b) Psykosomatisk sjukdom - definition

Pörns definition av psykosomatisk sjukdom: Psyket är "mind in action". Mind in action är det målstyrda och avsiktliga handlandet.

Våra föreställningar om psykets inverkan på kroppen måste utformas som föreställningar om det avsiktliga handlandets inverkan på kroppen.

Min kommentar

Allmänmedicin är huvudsakligen pragmatisk och det hör inte till filosofins uppgift att komma med praktiska lösningar, ändå kan jag inte låta bli att fråga vad detta resonemang tillför teo-ribildningen om psykosomatiska besvär.

Pörns resonemang för mina tankar till det välkända copingbegreppet (coping= individens sätt att hantera problem och påfrestningar). Jag förstår heller inte varför Pörn poängterar det avsiktliga handlandets påverkan på hälsan, det är ju de oavsiktliga i betydelsen omedvetna handlingarna som tros framkalla ohälsa?

En stor svaghet i psykosomatisk teo-ribildning är förstås att man inte lyckats lösa den patogenetiska gåtan, att beskriva den felande länken genom vilken psyket transformerar sig i kroppsliga fenomen.

Symposium om läkemedelsfrågor

Inledde Jerzy Leppert, distriktsläkare från Västerås, med att beskriva vad läkemedelsgrupper är och vad dessa har för arbetsuppgifter.

a) Läkemedelsgrupper

Kort bakgrund: Riksrevisionverkets rapport om läkemedelskostnaderna i landet mynnade ut i ett program för att sänka dessa kostnader.

Läkemedelskommitteernas arbetsuppgifter blev i detta sammanhang föremål för utredning i en av Socialstyrelsens tillsatt arbetsgrupp. Information och utbildning samt primärvårdens roll i kommittéarbetet utpekades som

särskilt viktiga arbetsområden för läkemedelskommittén i avsikt att nå fram till en mer rationell läkemedelsanvändning.

För att få mer kunskap om, och större genomslagskraft i arbetet med, läkemedelsfrågor, föreslår utredningen att man i primärvården ska organisera sig i så kallade läkemedelsgrupper.

Gruppens sammansättning: distriktsläkare, distriktssköterska/mottagningssköterska samt en apotekare inom ett och samma PVO.

Läkemedelsgruppernas uppgifter är:

1. Utarbeta förslag till ändringar av och tillägg i läkemedelsrekommendationerna.
2. Följa den lokala försäljningen av läkemedel.
3. Bedöma sjukvårdspersonalens behov av utbildning och information i läkemedelsfrågor i samråd med läkemedelskommittén.
4. Medverka till samordning av läkemedelsinformation till patienterna.
5. I samverkan med kommunen medverka i information kring läkemedel för vårdbiträden i öppen vård.

Hur har då dessa intentioner förverkligats?

Rune Björke, distriktsläkare i Borlänge, berättade om en enkät som gått ut till 267 vårdcentraler. 15 procent av vårdcentralerna var engagerade i läkemedelsgrupper.

Arne Melander, professor i klinisk farmakologi, konkluderade: "Förutsättningen är att den enskilde distriktsläkaren tar ansvar och intresserar sig för läkemedelsfrågor, annars blir detta bara en utredning som hänger i luften".

Eftersom 80 procent av läkemedelsförskrivningen sker i öppna vårderna och där huvudsakligen i primärvården, är distriktsläkarnas engagemang i läkemedelsfrågor ett måste.

Melander menade att det är olyckligt att vi inte har någon systematisk industriobunden utbildning i läkemedelsfrågor. Han ifrågasatte varför industrin ska utbilda oss. Vi skulle uppfatta det som helt befängt om tillverkaren av apparater för el-chock, stod för utbildningen till psykiatriker om, hur och när elchock skulle användas.

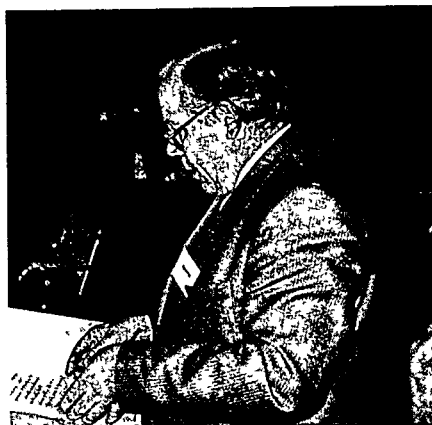
Industrin kan förstas ge information om sina produkter, men inte utbildning eftersom utbildning om läkemedels plats i terapin självklart inkluderar icke farmakologiska terapimöjligheter.

Det ligger i marknadsekonomins natur att en läkemedelsrepresentant inte är den rätte personen att informera om till exempel icke farmakologisk hyper-tonibehandling.

Symposium om värk

Ett av kongressens huvudnummer var symposiet: *Vems verklighet är värken?*

Panelen - bestående av Ingmar Pörn, professor i filosofi, Eric Bartholdson, överläkare psykiatriska kliniken, Borås; Berit Bunkan, fysioterapeut; Franz Midlenberg, överläkare; och moderatorn Bengt Mattsson, till-



Ingmar Pörn.



Blås upp dig som en militär och notera de känslor som då uppstår ber Berit Bunkan.

förordnad professor - speglade ämnets många möjliga angreppspunkter.

a) Filosofen

Pörn, filosofen valde att tala om smär-
tupplevelsen ur en filosofisk synvinkel. Ur denna kan smär-
tupplevelsen be-
skrivas i fyra led:

1. Förnimmelse - individen har uppfattat smärta.
2. Varseblivning - smärtans ursprung är lokaliserat.
3. Signal - den upplevda och lokaliserade smärtan tolkas på visst sätt.
4. Symbol - smärtan har en mening i sig, som ligger bortom den faktiska smär-
tupplevelsen.

b) Psykiatern

För Bartholdson är "värken en verklig-
het" för den symbiotiska klump, som
oftast läkaren/patienten och hans när-
maste utgör, när patienten lider av det
som Bartholdson kallar "kroniskt
smärtsyndrom".

Bartholdson beskrev engagerande
den i primärvården vanligt förekom-
mande "smärtpatienten" med kronisk,
terapieresistent värk, där sedvanliga
medicinska utredningar utfallit nor-
malt.

I vår önskan att som läkare vara om-
nipotenta, väcker dessa patienter
skuld, förtvivlan och inte minst aggres-
sioner hos oss.

Smärtrollen är för patienten en till-
flykt undan hotande faror eller kon-
flikter som patienten inte ser någon al-
ternativ lösning på.

Detta förklarar varför alla våra be-
handlingsförsök är utsiktslösa.

När det gäller patienter med diabe-
tes, hypertoni, reumatoid arthrit med
mera, accepterar vi att tillståndet är

kroniskt. Om vi kunde göra avkall på
vår terapeutiska omnipotens när det
gäller patienter med kroniskt smär-
tsyndrom, skulle vi förmodligen kunna
hjälpa dessa patienter bättre.

Vad kan vi göra?

Bartholdson poängterade: "Förhindra
att smärtsyndromet uppstår, tidsfak-
torn är avgörande, undvik långa sjuk-
skrivningar, samarbete i rehab-grup-
per.

Om smärtsyndromet ändå uppstår

"Undvik överdrivna utredningar och
remitteringar." "Försäkra patienten att
du inte kommer att överge henne, ge
regelbundna återbesök." "Låt patien-
ten få känna att du förstår att hon har
det svårt."

c) Fysioterapeuten

Berit Bunkan - norsk fysioterapeut -
valde också att tala om funktionell
smärta.

Bunkan har sin specialkunskap i
"psykomotorisk diagnostik och be-
handling".

Genom att analysera en patients
hållning, andning, passiva och aktiva
rörelser samt muskelpalpationsfynd,
kan hon få en uppfattning om patien-
tens art av psykopatologi.

Bunkan citerade en av förgrundsge-
stalterna inom den psykomotiska tra-
ditionen - Wilhelm Reich - som sa:
"Motståndet mot ändring sitter i krop-
pen".

Vi värjer oss med våra kroppar mot
obehagliga upplevelser.

Detta förkroppsligas och visar sig
som symtom från immun endokrina,
autonoma eller motoriska systemet.

Motoriska systemet (muskoskelettä-
ra) drabbas oftast. Vårt omedelbara
reaktionsmönster när vi blir skräm-
da till exempel är "flexionsmönstret" var-
vid vi drar upp axlarna och kurar ihop
oss med flexion i hela ryggen, höfter
och knän.

Genom att palpera muskulaturens
tonus får Bunkan följande informa-
tion: Har patienten en generellt låg
muskeltonus så är hon för svag för be-
handling. Har hon däremot starka
spänningar i övre extremiteter men
vadmuskulatur som palpatoriskt på-
minner om fiskpudding, menar Bun-
kan att det med 90 procents sannolik-
het rör sig om ett borderline-tillstånd.
Denna patient klarar inte av omstruk-
turerande behandling. Med traditio-
nell fysioterapi och allmänt stöttande
terapi har man i stället mycket att vin-
na.

Omvänt tål patienter med generellt
hög muskelspänning, all behandling.

d) Den ortopediske medicinaren

Frans Mildenberg, distriktsläkare med
stor kunnighet i ortopedisk medicin,
överläkare vid Sjöviks rehabiliterings-
centrum, beskrev sig själv som traditio-
nell somatiker.

Till skillnad från Bartholdson, me-
nade Mildenberg att patienter med
kroniskt smärtsyndrom är ovanliga, åt-
minstone i Borlänge. De som har kro-

nisk smärta är oftast medelålders patienter med degenerativa muskuloskelettala sjukdomar.

Som ett komplement till begreppen primär och sekundär sjukdomsvinst, önskade Mildnerberger inför "teriär sjukdomsvinst", underförstått den vinst läkarkåren gör på att patienter fortsätter att vara sjuka.

Mildnerberger poängterade vikten av den KROPPSLIGA UNDERSÖKNINGEN som i sig innebär att vi:

- tar patienten på allvar
- är nära patientens symtom
- infriar patientens förväntningar
- gör patienten trygg
- kommunicerar genom den fysiska beröringen.

Avsaknad av somatiska fynd UTESLUTER ej somatisk sjukdom och bör ej automatiskt innebära att patientens besvär rubriceras som psykosomatiska (ett begrepp som Mildnerberger vill avskaffa).

Mildnerberger ställde följande utmanande men tankeväckande frågor:

- "Vilka patienter försämras av att man behandlar deras symtom som om de vore psykosomatiska?"
- "Vilka är biverkningarna av ett psykosomatiskt synsätt?"

Jag vet inte hur Mildnerberger definierar psykosomatiskt synsätt. Menar man ett synsätt som innebär att läkaren när han behandlar en patient, tar hänsyn till vad sjukdomen betyder för patienten, hur patienten reagerar emotionellt på den, coping-förmågan med mera kan jag inte se att det psykosomatiska synsättet är annat än nödvändigt.

FRIA FÖREDRAG

När det gäller de fria föredragen var utbudet rikt varierat och praktikorienterat.

Sinuitdiagnostik

Distriktsläkarna Bo Bjerre och Pontus Block beskrev en studie av ultraljudsundersökning i sinuitdiagnostiken på vårdcentral. De anser att ultraljud, även i händer på ovana undersökare, har en god överensstämmelse med röntgen.

Kirurgisk behandling av sömnstörningar

Benämnde distriktsläkare Ulf Elvkull något kryptiskt sitt föredrag. Det gällde sömnstörning orsakad av carpal-tunnelsyndrom. Elvkull, distriktsläkare, med kirurgisk kunnskap har opererat 200 fall på vårdcentralen. För diagnos krävs påvisande av Elvkulls tecken, liktydigt med att patienten behöver utföra skakande rörelser med händerna för att häva domningar och värk. Finns det tecken behövs ingen annan preoperativ utredning menar Elvkull.

Xenonbehandling av venösa bensår
Distriktsläkare Tommy Jäverfalk beskrev hur fula venösa bensår som trots kompressionsbehandling inte visat någon läkningstendens, plötsligt började

läka när Jäverfalk med regelbundna intervall fotograferade såren med en helt vanlig kamera med blix. Xenonet då? Jo, minimala doser av detta grundämne frigörs när blixtaggregat används.

Jäverfalk menar att enda anledningen till att han bestämde sig för att fotografera såren var i hopp om att patient och behandlande distriktssköterska skulle bli inspirerade av att doktorn visade ett sådant intresse. Ett prakt-exempel på det Balint kallar "doktorn som drog".

Samband mellan sociala problem och ohälsa

Från socialmedicinska avdelningen i Örebro, presenterade socionom Gunilla Fahlström ett samarbete mellan socialtjänst och primärvård. De två är lokaliserade till samma hus i Haga vård- och servicecentral.

Upptagningsområdet är uppdelat i mindre distrikt så att man har renodlade stads- respektive landsdelsdistrikt.

Ur socialstatistiken har man plockat ut "aktuella ärenden" och indelat den sociala problematiken i ekonomi, barnvård, missbruk och kurativt.

Ur primärvårdstatistiken har man valt diagnosregistreringen och besöksfrekvensen. Åtta diagnoser valdes ut enligt kriterierna: sjukdomen är 1) vanlig, 2) avgränsbar, 3) representerar de stora sjukdomsgrupperna och 4) förväntas ha olika prevalens i olika bostadsområden. Det visar sig bland annat att hypertoni förekomsten är högre i flerfamiljs- än enfamiljshus. Diabetes mellitus förekommer i lägre utsträckning än förväntat bland landsbygdshushållen. Beror det på att vårdcentralen är geografiskt mer otillgänglig för landsbygdsbefolkningen?

Det visade sig att invånarna på landet gjorde färre besök än stadsbefolkningen. Inom stadsregionen var en särskild gata extra belastad vad gäller såväl förekomst av sociala ärenden som antal patienter/100 invånare.

Det visade sig - inte oväntat - att det fanns en god geografisk överensstämmelse mellan social- och primärvårdens problemområden.

Om primärvården avser att påverka politiker och samhällsplanerare som ett led i det oss pålagda sjukdomsförbyggande arbetet, måste vi först kunna påvisa de faktiska sambanden mellan sociala missförhållanden och ohälsa. Ett samarbete med socialtjänst enligt nyss skisserad modell kan vara ett sätt.

Upprepad korttidssjukskrivning

Distriktsläkare Ingvar Hervius med erfarenhet av arbete som företagsläkare och förtroendeläkare vid Försäkringskassan, har analyserat *kvantitativa* data vad gäller korttidssjukskrivning i ett försäkringskassaeområde.

81 män och 79 kvinnor kom upp i minst 6 sjukfall/12 månader. I befolkningsunderlaget var 8.495 inskrivna i sjukförsäkringen. De korttidssjukskrivna utgör alltså cirka 2 procent. 40

procent av alla äldre än 16 år har 0 sjukdagar/år.

Av de KORTTIDSSJUKSKRIVNA var hälften födda 1960 eller senare. Vanligaste sjukskrivningsorsaken var förkylning och maginfluensa. Majoriteten insjuknar på måndag morgon, mycket få på lördagarna. Hervius konkluderar att sjukskrivningen givetvis i stor utsträckning beror på sociala faktorer, till exempel vantrivsel på arbetet. Hans fråga var om det finns anledning att införa tre karensdagar för människor under 30 års ålder.

Så långt beträffande kvantitativa data om korttidssjukskrivning. Det finns kvalitativa aspekter. I diskussionen påpekade Gösta Tibblin att korttidssjukskrivning kan ses som ett skydd mot utslagning för sårbara individer. Korttidssjukskrivning som ett utslag av "coping" med andra ord. En studie har gjorts som talar för att så är fallet. (Korttidsfrånvaro - en buffert mot långvarig sjukdom?, psykolog Bengt Edgren.)

Öppen mottagning

Distriktsläkare Kenneth Widäng gav en preliminär redogörelse av öppen mottagning på vårdcentral (verksamheten har bara pågått två månader än). Var dag har samtliga läkare öppen mottagning mellan klockan 10-12.

Syftet var flerfaldigt: 1) Erbjudas patienterna en möjlighet att få komma till "sin" läkare vid akutbesök; 2) Friställa sjukskötersketid; 3) Dra ner på byråkratiseringar i primärvården (som till exempel vårdplanering enligt Lerumsmodell).

Enligt Widäng är läkarna mycket positiva till verksamheten.

Mottagningspersonalen upplever förmiddagen som stressig men får i gengäld lugnare på eftermiddagen.

Statistiken på läkarbesök fick ett lyft, 100 fler pinnar/månad.

Väl medveten om att denna typ av mottagning är den "hetaste trenden i vård-modet", vågar jag ändå ge uttryck för en smula skepsis.

Är det odelat positivt att erbjudas möjligheten till ett läkarbesök i samband med banala självbegränsande åkommor som till exempel snuva.

Kan det inte stärka självförtroendet att se att man kan kura sig själv hemma. Eventuellt med telefonstöd av sjuksköterska på vårdcentralen. För att citera Ivan Illich "Medikalisering uppträder" när helt någon del av det mänskliga, vardagliga livet kommer att definieras som något som kräver inblandning av ett institutionsaliserat medicinskt system".

Om betydelsen av konsultationens längd

Distriktsläkare Sven-Olof Andersson och tillförordnade professor Bengt Mattsson har studerat läkarens och patientens respektive uppfattning om huruvida den för konsultationen avsatta tiden var tillräcklig, relaterat till om

problemet uppfattades som psykologiskt eller fysiskt.

Material och metod: Läkare (N= 8) och deras patienter 20 konsekutiva konsultationer per läkare (N= 160), fick efter besöket, var och en för sig, fylla i ett formulär där man fick ange – om man tyckte tiden var lagom lång; – om man tyckte att patienten fick säga allt han ville

– om man upplevde att problemets karaktär var psykologisk och/eller fysisk.

Resultat: Besvär som av läkaren uppfattades som fysiska, klarades av snabbare än besvär av psykologisk natur. Om läkaren bedömt besvären som fysiska tyckte han oftare (73 procent) att tiden varit tillfyllest, än om han uppfattat besvären som psykologiska (16 procent).

Patienterna bedömde att tiden för konsultationen varit tillräcklig i samma utsträckning, vare sig besvären av dem bedömts som fysiska eller psykologiska (46 respektive 50 procent).

Min kommentar:

Speglar siffrorna läkares omnipotenskrav? När vi behandlar en patient med en fysisk åkomma, till exempel tonsillit kan vi uppleva att vi "gjort något konkret". Åtgärdat en sjukdom efter en skolmedicinsk checklista. Efter en konsultation där patientens besvär varit psykologiska får vi inte samma tillfredsställelse av att ha klarat upp och slutfört något.

Video

Om videoanvändning i primärvården som led i utbildning av personal och patienter samt i forskningssyfte, talade professor Gösta Tibblin.

Vid Allmänmedicinska institutionen i Uppsala finns sedan en tid en "medicinsk arbetsgrupp". Arbetsgruppen utger sedan ett halvt år "Medicinskt Magasin", ett 30 minuter långt program med 3-4 inslag, riktar sig till distriktsläkare och distriktsköterskor. Den intresserade kan anmäla sig som prenumerant på "Magasinet". För närvarande är verksamheten endast utbyggd i mellansverige, för Stockholmsregionen är Göran Sjönell, distriktsläkare vid Matteus vårdcentral, kontaktperson.

Ovan refererade föredrag utgör ett axplock av de många intressanta arbeten som presenterades.

Höstmötet avslutades med ett halvdagsbesök på Skönviks Rehabcenter.

Skönvik är mycket vackert beläget, avsides vid sjön Ljustern och var från början en del av Sätters mentalsjukhus. Frans Mildemberger var vår värd och berättade om verksamheten. Patienterna rekryteras från Borlänge med omnejd. Man undviker att ta emot patienter som inte har en klart positiv inställning till rehabiliteringsförsök. De inskrivna bor hemma. Behandlingstiden är sex veckor. Man arbetar utifrån ett helhetsperspektiv. Fysisk aktivitet har högsta prioritet. Alla in-

skrivna kan/måste delta i promenader, skidåkning etc.

I samband med besöket på Skönvik fick vi dessutom möjlighet att under Berit Bunkans behagliga och varsamma ledning, praktiskt pröva på psykomotorisk undersökningsteknik.

Det blev uppenbart att vi delvis sett våra patienter utan att se dem. Passa på tillfället när era patienter är avklädda att studera deras andning, hållning och muskelspänning!

Förhoppningsvis återkommer Bunkan i allmänläkarsammanhang. Hennes teknik borde kunna finnas tillämpning i vår kliniska praxis. (Varför inte en NLV-kurs i ämnet!)

Författarpresentation:

Ylva Tomson, distriktsläkare

Postadress: Vårby vårdcentral, Solhagav 8,
143 00 VÅRBY
Telefon 08-740 53 45

5:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin, Reykjavik 13-17 juni 1987

Kongressens motto:

Förebyggande arbete – individ, familj och samhälle

Arrangörer

Isländska allmänläkarföreningen. Medicinska fakulteten, Islands universitet, Enheten för allmänmedicin.

Kongresskommitte

Ordförande: Jóhann Ág Sigurdsson, docent, distriktsöverläkare, Hafnarfjörður.

Vice ordförande: Katrín Fjelsted, distriktsläkare, Reykjavik.

Sekreterare: Sveinn Magnússon, privatpraktiserande läkare, Gardabaer.

Ekonom: Gunnar H Gudmundsson, distriktsläkare, Reykjavik.

Pétur I Pétursson, distriktsöverläkare, Bolungarvík. Sigurbjörn Sveinsson, distriktsläkare, Budardalur. Stefán Thórarinnsson, distriktsöverläkare, Egilss-tadir. Ólafur Mixa, privatpraktiserande läkare, ordförande Isländska allmänläkarföreningen. Leifur Dungal, lektor, Reykjavik.

Nordisk kontaktkommitte

Danmark: Niels Damsbo, lektor, Østergade 11, DK-5492 Vissenbjerg.

Finland: Oleg Gorbатов, professor, Dagfågelvägen 6, SF-02660 Esbo.

Norge: Magne Nylenna, forskarassistent, Institutt for almenmedisin, Fr

Statensgt 17-19, N-0201 Oslo –
Sverige: Birgitta Hovellius, docent, Vårdcentralen, S-24010 Dalby.

Lokal kommitte

Stefania Sigurdardottir, sekreterare, Sesselja Magnúsdottir, sekreterare, Lolo Humblé, sekreterare.

Gudmundur Sigurdsson, Gudfinnur P Sigurfinnsson, Björn Gudmundsson, Hafsteinn Skulason, Ludvig Olafsson, Ludvig Gudmundsson, Jon B Thors-teinsson, Bjarni Jonasson, Gunnsteinn Gunnarsson, Stefan Matthiasson.

Kongresssekretariat

Ferdaskriftstofa ríkisins (Iceland Tourist Bureau).

Att: Thorunn Ingóldsdóttir, Skogarhlid 6, IS-101 Reykjavik, Island. Telefon 354(9)1 25855. Telex 2049.

Anmälningar, logi, ledsagarprogram och efterkongresssturer arrangeras av kongresssekretariatet.

PROGRAM

Lördagen den 13 juni

17.00-19.30

Registrering

20.30-

Mottagning vid badet Laugardalslaug (värd: Reykjavíks kommun). Välkomsttal av Reykjavíks borgmästare, David Oddsson. Medtag baddräkt och handduk!

Söndagen den 14 juni

09.00-12.00

Registrering.

10.00-11.00

Kongressens öppnande (Thjóðleikhúsið = Nationalteatern) i närvaro av Islands president, Vigdís Finnbogadóttir.

11.00-11.30

Öppningsföreläsning av professor Bengt Scherstén, Dalby, Lunds universitet: "Diagnostik nära patienten".

11.30-13.00

Lunch

13.00-15.00

Postersession

15.00-15.30

Kaffe

15.30-17.00

Fria föredrag 4-6 sektioner

20.00

Islandskväll

Måndagen den 15 juni

Plenumföreläsningar

09.00-09.40

"Förebyggande arbete – individ, familj och samhälle" (Gunnar H Gudmundsson).

09.40-10.05

"Den utbrända läkaren" (Per Fugelli)

10.05-10.30

Kaffe

10.30-12.15

Symposier.

1. Sexologi (moderator Inge Born Ra

mussen).

2. Patient-läkarkontakter (moderator Bengt Mattsson).

3. Kontinuitet och kvalitet (moderator Pertti Kekki).

12.15-13.30

Lunch

13.30-20.00

Utflykt-Thingvellir-Gullfoss-Gey-sir.

Tisdagen den 16 juni

Plenumföreläsningar

09.00-09.25

"Hälsa för alla år 2000" (Niels Nørre-lund).

09.25-09.50

"Fördelning av ekonomiska resurser inom hälso- och sjukvård (Klas Wi-nell).

09.50-10.15

"Kvinnors hälsa" (Calle Bengtsson).

10.15-10.45

Kaffe

10.45-12.15

Symposier.

4. Allmänläkarens ekonomiska ansvar (moderator Sveinn Magnusson).

5. Hälsokontroller (moderator Harald Siem).

6. Läkarfamiljen (moderator ???). Detta symposium arrangeras av ledsa-garna. Några barn från de nordiska länderna kommer att berätta om sitt land och sina upplevelser med mera.

12.15-13.30

Lunch

13.30-15.00

Fria föredrag.

15.00-15.30

Kaffe.

15.30-17.00

Fria föredrag.

19.00-

Bankett på Hotell Saga.

POSTERS OCH FRIA FÖREDRAG

Sammanfattningar kommer att pre-senteras som posters eller fria föredrag som kvalitetsmässigt bedöms på samma sätt. Författaren kan meddela vilken presentationsform hon/han önskar, men Kongresskommittén för-behåller sig rätten att avgöra om sam-manfattningen skall presenteras som posters eller fritt föredrag. Föredrag begränsas till 10 minuter jämte 5 minu-ter diskussion. Posters diskuteras i samband med själva postersessionen (ingen särskild tid blir uppsatt för pos-terdiskussion). Som på de tidigare nor-diska kongresserna i allmänmedicin kommer ämnena att fördelas på olika sektioner som till exempel administra-tion, utbildning, epidemiologi, infek-tionssjukdomar, barnavård, äldreom-sorg med mera.

Tekniska data

Presentation kan ske med hjälp av dia-bilder storlek 5x5 cm i goda ramar, vi-

deofilmer av typ VHS eller overhead. Vanliga spelfilmer kan också visas, om information om filmens storlek (16 mm etc) lämnas till kommittén i god tid. Arrangörerna vill betona vikten av tekniskt goda och läsbara hjälpmedel.

Sammanfattningens utformning

Sammanfattningarna av posters, fria föredrag, plenumföredrag och sympo-sier kommer att publiceras som supp-lement till Laeknabladid (The Icelan-dic Medical Journal). Tryckningen sker i offset direkt från de insända manu-skripten. Texten skrivs på maskin i slut-lig form på danska, norska eller svens-ka på ett speciellt sammanfattningsfor-mulär som bifogas. Kommittén förbe-håller sig rätten att begränsa antalet posters och fria-föredrag. Manuskrip-tet skall vara Kongresskommittén till-handa senast den 15 februari 1987 un-der adress:

5:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin
Sammanfattningar/Kongresssekretariatet
Iceland Tourist Bureau
Skógarhlid 6
IS-101 REYKJAVIK
Island

Onsdagen den 17 juni

(Islands nationaldag)

09.00-13.00

Familjejournalens för- och nackdelar.
(Besök på vårdcentraler.)

PROGRAM FÖR LEDSAGARE

Lördagen den 13 juni

17.00-19.30

Registrering

20.30-

Mottagning på Reykjaviks kommun.

Söndagen den 14 juni

11.00-17.00

Rundtur i Reykjavik med guide. Besök bland annat på Nationalmuséet, Ar-baejarsafn och lunch på Hotel Esja.

Måndagen den 15 juni

13.30-22.00

Utflykt-Thingvellir-Gullfoss-Gey-sir.

Tisdagen den 16 juni

10.45-12.15

Symposium i ledsagarnas regi om lä-karfamiljen (se programmet sid ??).

14.00-17.00

A. Ridtur.

B. Båttur.

C. Utflykt till varma källor i Krisuvik och Blå Lagunen.

19.00-02.00

Bankett på Hotell Saga.

Onsdagen den 17 juni

(Islands nationaldag)

Deltagande i festligheter på stan.

Allmänna upplysningar

ANMÄLAN

Deltagarna anmäler sig genom att in-sända anmälningsblanketter i två

exemplar före den 15 april 1987 till Iceland Tourist Bureau.

AVGIFT

Deltagare USS 190 för deltagare som anmäler sig före 15 april, därefter USS 230.

Ledsagare USS 125.

Barn 6-11 år USS 60.

FÖRFRÅGNINGAR

Ferdaskriftstofa rikisins (Iceland Tou-rist Bureau).

Telefon 354(9)1-25855. Handläggare Thorunn Ingolfssdottir.

Vårdcentralen Hafnarfjörður, telefon 009 354-1-53669, Jóhann Ág Si-gurdsson,

Vårdcentralen Gardabaer, telefon (9)1-65566, Sveinn Magnússon och Bjarni Jonasson.

RESOR OCH HOTELL

PÅ ISLAND

Nyman & Schultz har påtagit sig att administrera bokningen av flygresan till Island och att tillsammans med den isländska turistbyrån planera efter-kongressturer. Bokningar av hotell, studentrum och annan billigare in-kvartering sker via den isländska rese-byrån och enligt det formulär som medföljer inbjudan som kommer till alla SFAMs medlemmar. De dyraste hotellrummen kommer att kosta cirka 2.500 kronor för en vecka; priset för det billigaste alternativet är ännu inte klart.

Icelandair erbjuder alla kongressdeltagare ett speciellt gruppris för grupper med 30 personer eller fler. Gruppen måste resa till Island tillsammans men hemresan kan ske individuellt. Det bör för Sveriges vidkommande kunna bli flera utresetider på till exempel tors-dag, fredag och lördag. Denna flygresa med fastställd utresedag men indivi-duell hemresa kommer att kosta cirka 4.000 kronor från Stockholm och 3.300 från Göteborg.

Charterresa har hittills ej kunnat ar-rangeras. Båtresor har diskuterats men av olika skäl ej varit möjligt att arran-gera.

De som funderar över att resa till Is-land bör snarast kontakta Nyman & Schultz, Box 3184, 103 63 Stockholm, Sandra Ljungberg, telefon 08-113199.

Ytterligare upplysningar angående kongressen kan erhållas från Birgitta Hovelius, Vårdcentralen Södertull, 221 85 Lund, telefon 046-103603 eller 046-123007 (bostad).

Belastnings- sykdommer i almenpraksis

(Muskel/skjelett-sykdommer
i almenpraksis)
30.3-1.4 1987

Kurset er beregnet på nordiske almenpraktikere.

Sted: Legeforeningens utdannelses-senter, Soria Moria, Oslo.

Kurset er begrenset til 150 deltakere med kvote fra hvert av de nordiske land.

Kursavgift: Kr 700:-.

Arbeidsutvalg: Professor Christian F Borchgrevink, forskerveileder Dag Bruusgaard, bydelslege Jens Eskerud, dosent Birgitta Hovelius och professor Gösta Tibblin, (Sverige), professor Carl Erik Mabeck (Danmark).

Påmeldelse: Christian F Borchgrevink, Institutt for almenmedisin, Fr Stangsgt 11/13, 0264 Oslo 2, innen 1. februar 1987.

Mandag 30. mars

09.00-12.30

a) Plagsomt for pasient, dyrt for samfunnet og vanskelig for legen. Stortingsrepr lege Astrid Nükleby-Heiberg.

b) Hvi ke sykdommer dreier det seg om - definisjoner av avgrensinger. Forskerveileder Dag Bruusgaard.

c) Epidemiologi. Lektor Lauritz Ovesen.

d) Gruppearbeid.

12.30-14.00

Lunch

14.00-18.00

Smerten - selve kardinalsymptomet.

a) Smertemekanismen. Professor Terje Lømo

b) Eksistensielle smerter. Professor Bjørn Øgar.

c) Hvorledes møter almenpraktikeren pasienten med smerter. Praktiserende lege Halvor Heuch.

d) Gruppearbeid.

Tirsdag 31. mars

09.00-12.30

Diagnostikk.

a) Introduksjon i plenum. Spesiallege Henrik Weber.

b) Grupper på 10-15 leger roterer i fem forskjellige lokaler hvor undersøkelsesteknikk blir demonstrert (nakke, skulder, overarm, rygg, hofte, kne). Parallelt med dette vil det foregå gruppearbeid.

12.30-14.00

Lunch

14.00-18.00

Behandling

a) Egenomsorg og mestring, hvorledes leve med smerter. Dosent Bengt Mattsson.

b) Fysikalisk behandling.

b. 1. Fysioterapi. Fysioterapeut Eline Thornquist.

b. 2. Manuell behandling. Praktiserende lege Ole Knudsen.

c) Medikamentell behandling. Professor Arne Melander.

d) Spørrunde til et panel sammensatt av almenpraktikere og spesialister.

e) Gruppearbeid

Onsdag 1. april

09.00-12.00

Årsaker og forebyggelse.

a) Gunstig og ugunstig bruk av muskler. Instituttchef Ole Seiersted.

Et ergonomisk dilemma, reduksjon eller endring i arbeidsbelastning. Spesiallege Per Blom.

b) Forebyggelse i aldersperioder.

b. 1. Barn. Overlege Arthur Hertzberg.

b. 2. Voksne. Professor Gösta Tibblin.

b. 3. Eldre. Praktiserende lege Gert Almind.

12.00-13.30

Lunch

13.30-15.00

Rapport fra arbeidsgrupper.

15.00-16.00

Avslutning - Veien videre. Professor Christian F Borchgrevink.

3:e Nordiska Hälso- centerkongressen i Vindeln

27-29 april 1987

Vindelns hälsocentrum och Socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet arrangerar den 3:e Nordiska Hälsocenterkongressen 27-29 april 1987. Den samlar forskare och forskningsinteresserte som har anknytning till hälsocentra och liknande förebyggande insatser.

Kongressavgifter inkluderar kost, logi och kongressmiddag och kommer att uppgå till SEK 2.700:-.

Fria föredrag skall anmälas senast den 1 mars 1987.

Ett huvudtema är obesitas. Medicinska och hälsoekonomiska effekter av olika behandlingsalternativ. Alternativ medicin är ett annat huvudtema. Alternativmedicinkommittéens arbete kommer att redovisas, bland annat en studie av vetenskapliga rapporter och alternativa metoder.

Språk: Huvudsakligen nordiska språk. Vissa avsnitt på engelska.

Anmälan senast den 1 april 1987 till Vindelns Hälsocentrum

Fack 53

92200 VINDELN

Närmare upplysningar hos Vindelns hälsocentrum 0933-11560 eller Socialmedicinska institutionen, Umeå 090-102110.

Konferensrapport om den framtida äldreomsorgen

Socialstyrelsen höll förra året, i samarbete med Svensk förening för Geriatrik och långvårdsmedicin, en konferens som behandlade den framtida äldreomsorgen.

I socialstyrelsens rapport "Geriatrik och äldreomsorg idag och i morgon" (PM 143/86), redovisas föredragshållarnas olika inlägg och där finns också en sammanfattning av debatten som avslutade konferensen.

Den traditionella långvården och äldreomsorgen är på många håll i landet under omdaning. Man har prövat olika modeller inom äldreomsorgen och utvecklingen av de geriatriska klinikerna har kommit olika långt på skilda platser. Konferensrapporten presenterar olika modeller inom äldreomsorgen ifrån Stockholm, Göteborg, Hudiksvall, Varberg och Motala.

Socialstyrelsen vänder sig med rapporten till personer engagerade i planering och utveckling av äldreomsorgen. Konferensen var ett specialstudium av hur långvårdskliniker och sjukhem kan utvecklas inom den framtida äldreomsorgen.

Information: Överläkare Henrik Bjurwill, telefon 08-783 3438, socialstyrelsens byrå för läns- och region-sjukvård.

Handledarkurs i Dubrovnik

Välkomna till årets Dubrovnik-kurs, en intensiv och rolig vecka tillsammans med kollegor från hela Europa i en av Medelhavets vackraste städer!

1987 års kurs i serien "Training of Teachers in General Medical Practice" äger rum 5-9 maj och behandlar video i allmänläkarens arbete och i utbildningssyfte. Kurserna initierades 1983 av Leeuwenhorstgruppen, och anordnas nu i samarbete med WHO.

Vidare upplysningar från Anna-Karin Furhoff, Sollentuna vårdcentral, Box 164, 19123 SOLLENTUNA, telefon 08-968100.

Program vid Svenska distrikts- läkarföreningens föreningsmöte

på Anglais hotel i Stockholm,
den 15 maj 1987 klockan 09.00-15.00

Allmänmedicin - framtidsmedicin? 09.00

Samling med kaffe

09.30

Inledning, Kerstin Ernebrant

09.50

Sjukvård och primärvård i storstad,
Bo Könberg

10.50

Paus

10.45

Allmänmedicinens särart och nischer,
Gösta Tibblin

11.00

Allmänmedicin i storstad, Eva Olsson,
Ingvar Krakau, Göran Sjönell

11.30

Befolkningens behov och önskemål,
Kenneth Widäng

11.40

Allmänmedicin som investering,
Douglas Skarin

11.50

Kan primärvårdens effektivitet mätas
ekonomiskt, Egon Jonsson

12.15

UNCH

13.15

Jämtlandsprojektet: Modell för Sverige?,
Gunnar Wennström, Kerstin Einevik-Bäckstrand

14.30

Sjukvårdspolitiska mål fram till år
2000, Gertrud Sigurdsen

15.00

KAFFE

15.00

Paneldiskussion: Allmänmedicinens
roll i förverkligandet av de sjukvårdspolitiska målen. Inledare: Gösta Brydolf

PANELDISKUSSION

17.00

Sammanfattning

17.15

Avslutning

ID 361

Boka av datumet i din almanacka. Personlig kallelse för anmälan följer. Eventuella förfrågningar kan ställas till: Gunvor Eriksson, Svenska distriktsläkarföreningens kansli, Box 5610, 11486 STOCKHOLM, tel. 08-790 3391.

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 ALLMÄNMEICIN - 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 vidda 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
1987 automatiskt tidskrifterna ALLMÄN-
MEICIN och SCANDINAVIAN JOURNAL
OF PRIMARY HEALTH CARE.**

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm

Course in Health Promotion in the Local Community for general practitioners Arjeplog, Swedish Lapland, April 20-25 1987

Course organizers
The Lapland Health Foundation
P.O. Box 5
S-93090 Arjeplog
Sweden
Phone: 0961-11550

In Collaboration With
Swedish National Board of Health and
Welfare The Nordic School of Health
and Welfare University of Umeå
County of Norrbotten.

Lectures
The lectures come from The Healthy
Cities project at Liverpool, The Inter-
national Information Centre of Self-
Help and Health, Leuven, Belgium,
The World Health Organization as
well as internationally well-known
scientists and practical working-peop-
le from Scandinavia.

Organizer
The Lapland Health Foundation is an
institution which has the aim to intro-
duce the health promotion idea to pro-
fessionals, in order to help them join
the idea of "Health for all in the year
2000". The organization is a nonprofi-
ting foundation, and is a part of a
complete Health organization.

Background
Since the Alma Ata Declaration of
1977, The World Health Organization
has worked very successfully to spread
the idea, HFA 2000, all over the world.
The health systems in the Industrial-
ized World are now being reoriented to
fit the 38 aims of health, which most
European countries have signed. The-
refore there is a need for education of
health professionals to introduce them
to preventive work, besides of the cu-
rative work they now are doing.

Aims
The aim at the course is to teach ge-
neral practitioners how to work in the lo-
cal community with health work.
What partners to cooperate with, whe-
re to seek information, epidemiology,
sociology, health politics etc.

During the course the participants
will work out a health plan for their
own local community and furthermo-
re they will get into contact with well
working projects and even demonstra-
tion. The participants will work out an
system to deal with the success of their
work at home.

The Course will include

Lectures, practical demonstrations,
group discussions, work shops, an in-
troduction to the Swedish health sys-
tem, practical working routines, social
events, folklore and a bus-trip to the
mountains across the arctic circle.

Call for papers

Participants wishing to present a paper
concerning their own health work, of
maximum 15 minutes' duration, are
kindly requested to send the abstract
to the organizer (max 200 words) befo-
re February 1, 1987.

Documentation

The work shop reports will be distribu-
ted to all participants after the course.
Some material will be given to the par-
ticipants during the course.

Certification

All participants will get a certificate
showing, that they have attended the
course.

General information

Location

Arjeplog is the center of the municipa-
lity around the arctic circle in the last
wilderness of Europe. The participants
will be accomodated at the Silverhat-
ten Hotel, a newly-restored modern
hotel with international service and
with all modern facilities.

Language

The course will be conducted in Eng-
lish.

Registration fee

	Until 1/1	After 1/2
Active participant	SEK 7900	SEK 8600
Accompanying person	SEK 6300	SEK 7100

The registration fee includes bus-
transport Luleå-Arjeplog (250 km) and
back again. Full accomodation in sing-
le- or double-rooms with all facilities,
participation at the course with rele-
vant material, social events and folklo-
re, bus excursion in the mountains, cof-
fee during the breaks and all meals
Sunday-Saturday in Arjeplog. Further
material after the course.

Cancellation policy

In the event of cancellation, full refund

of registration fees may be obtained
pending notification to the Secretariat
up to Februari 1. A 50% refund will be
made up to one month prior to the
course date. No refunds can be made
thereafter.

Program for accompanying persons

Registered accompanying persons are
invited to attend all social events dur-
ing the course. In addition we will try
to arrange a special tourprogram dur-
ing the course.

Climate and clothing

Normally we still have snow in April in
Arjeplog and thick ice on the lakes.
The temperature is around the free-
zing-point with cold nights and sunny
days (-15° to +10°C). No extreme
winter clothes are necessary except
for boots and warm coat. Depending
on the amount of snow, there will be
possibilities to hire skies for cross-
country or down-hill skiing. A little ski-
lift is situated just outside the hotel,
and tracks for cross-country skiing are
to be found by just outside the hotel.
There will be possibilities to go by
snowmobile and helicopter. Most of us
up here like to rest on a reindeerskin
while fishing through a hole in the ice
(fish here is fully eatable).

Travel information

The organizing committee has appoin-
ted Scanropa Travel Ltd as official tra-
vel agent of the course. After sending
the accomodation form to us, you will
be contacted by the travel agency for
information about the best way go to
Luleå.

The participants' journey is arrang-
ed to Luleå, where they will be met at
the airport by representatives of the or-
ganizing committee. However, to coor-
dinate the bus transfer to Arjeplog, we
must know the participants' flight arri-
val at Luleå.

If you are arriving on Saturday, we
will be happy to arrange accomodation
in Luleå, the capital of the County of
Norrbotten.

Pre- and Post-conference tours

For those who want to enjoy the wild
and unspoiled nature of the last wilder-
ness of Europe, we have the possibility
to offer guided tours by aeroplane,
boat and snowmobile, depending on
the climate. The tours can be arranged
for 3 to 5 days.

A more detailed program will later
be available.

Farewell dinner

Will be open to all registred partici-
pants and their accompanying persons.

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄNMEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄNMEDICIN

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

ALLMÄNMEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning
och distriktssköterskemottagning.

ALLMÄNMEDICIN

kostar 300 kronor för år 1987. Avgiften insättes på
postgiro 37 54 40-5.

Ange prenumeration för 1987 på talongen.

ALLMÄNMEDICIN

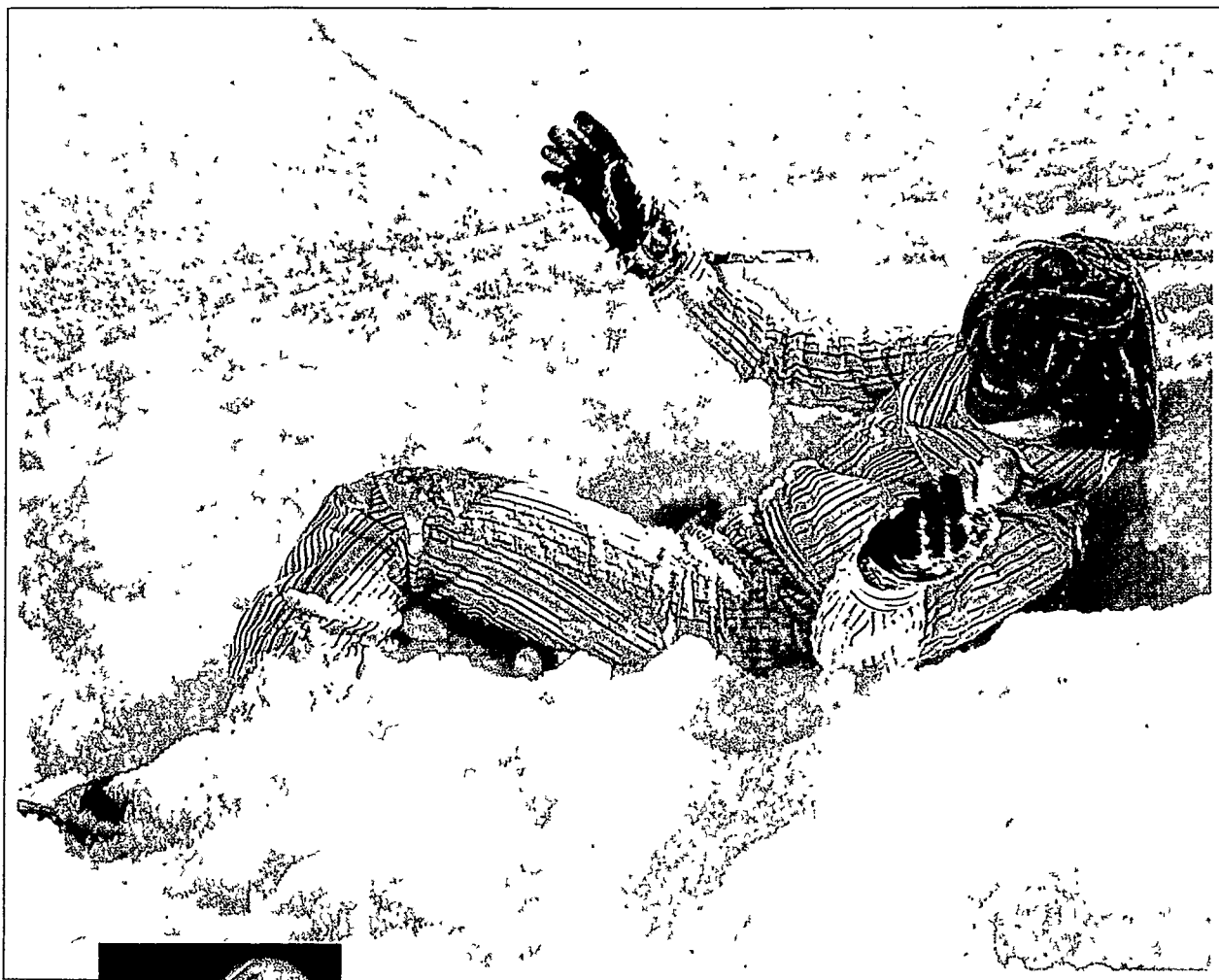
utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

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.



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 peni-
cilliner och cefalosporiner.

Förpackningar: Miraxid, Miraxid mite 30, 100 st.



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