

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



FoU

3
1987

Processtimulator

”och när du får ont
tar du två tabletter tre gånger om dagen...”



För att uppnå effektiv smärt-
lindring fordras en adekvat
dosering.

Rekommenderad dos för
Distalgescic är i de flesta fall 2
tabletter 3–4 gånger om dagen.
Som startdos kan dock 3–4
tabletter ges.* Maximal dygns-
dos är 8 tabletter.

* (Läkemedelsboken 85, sid. 919).



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

DISTALGESIC ΔR

Deklaration: En tablett innehåller: Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. Egenskaper: Dextropropoxyfenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. Indikationer: Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. Graviditet och amning: Kategori A. Dosering: Vanlig dosering till vuxna är 2 tabletter var 6:e—8:e timme. En dygnsdos av 8 tabletter bör ej överskridas. Observera: Vid behandling med DISTALGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, tex 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:FoU-arbete – en processtimulator
för bättre primärvård*Mats Ribacke*

✓ 108

6248

Avhandlingar från primärvården:Första allmänläkardisputationen
i Umeå*Sven-Olof Andersson, Sven Ferry*

✓ 109

49

Insändare:Några reflektioner om min syn på
människan*Sven-Olof Andersson*

✓ 111

50

Föreningsnytt:

SIMG – Janssen Prize 1987

— 112

Abstracts till Riksstämman 1987 — 112

Skolmedicinens kris *LB08820T* ✓ 112**Debatt:**Björknäsmodellen – öppen mottag-
ning hos distriktsläkare*Kenneth Widäng*

✓ 114

57

Allmänmedicinen i Umeå
angår Sverige*Olle Hellström*

✓ 115

52

Allmänläkare i biståndssvängen

Ingemar Hermansson

✓ 117

53

Primärvårdsbyrån städar ut allmän-
medicinen*Carl Edvard Rudebeck*

✓ 119

54

Recensioner:FoU i allmänmedicin –
en introduktion*LB08821T*

✓ 122

FoU i primärvård:Utvecklingsenheten för primär-
vård i Gävleborgs län, Hofors*Malin André, Mats Ribacke*

✓ 123

55

Kurser & konferenser:

Nothorn light – en reserapport

LB08822T

✓ 130

Olycksfallsprevention:Kartläggning och förebyggande av
barnolycksfall i Hofors kommun*Birgitta Olsson*

✓ 132

56

Kurser & Konferenser:Nordiskt allmänläkarseminarium
i Reykjavik*LB08823T*

✓ 134

Välkommen till norrländska allmän-
läkardagar i Östersund

134

LEDARE

FoU-arbete – en processtimulator för bättre primärvård

Sedan några år uppmuntras primärvårdens personal till förändringsarbete, som ett sätt att ta ansvar för att utveckla det egna arbetsområdet. Benämningen forsknings- och utvecklingsarbete (FoU) ska täcka alla ambitionsnivåer i det arbetet och ges därmed en stor spännvidd. Från sökande av ny kunskap, som tål att generaliseras, till den lilla förändringen av arbetsätt eller arbetsinnehåll som är viktigt och giltig lokalt.

Utvecklingsarbete inom FoU-ramen utgår från och engagerar dem förändringen berör, och kan ställas i motsats till det konventionella sättet att markera insats mot ett problemområde. Då kommer initiativet från annat håll, problemet känns inte alltid aktuellt, och till temadagen/konferensen kommer klient motiverad personal för passivt lyssnande. Inga gruppdiskussioner över vårdgivargränser finns upptagna på programmet, ingen uppföljning ställer krav. Man har tagit ett initiativ och sedan släppt greppet.

FoU-arbete bedrivs oftast i projektform: problemet avgränsas och formuleras, det angrips, effekten blir avläst och slutligen sker resultatanalys. Förhoppningsvis medför resultatet en förändring i arbetsättet. Och ofta – alltför ofta – är det färdigt sedan. Så var det med det! Rapporten i sig uppfattas som slutpunkten.

Men det borde inte få vara färdigt där. Varje projekt är för de inblandade en process som resulterar i ökad medvetenhet och förmåga att kritiskt betrakta det egna arbetet, och ökad kännedom om metoder för att på ett strukturerat sätt granska och förändra det. Den processen måste underhållas och stimuleras vidare även efter det att avrapporteringen har skett. Ett avgränsat projekttänkande, som kan vara ändamålsenligt i ett första skede och som helt kan uppfylla den som gör sitt första FoU-arbete, måste föras vidare mot ett kontinuerligt processtänkande som kan genomsyra vardagsvården.

Denna process måste nå alla vårdcentraler och alla personalkategorier. Vi kan tala om begrepp från industrin såsom avsynare, produktkontroll. Utvecklingsvårdcentralerna har som uppgift att (i ett inledande skede) ge exempel och legitima FoU-arbete, men det får inte begränsas till dessa speciella enheter. Kurser med konkret deltagararbete av projektkaraktär, handledning i projekt, och multicenterstudier inom det egna landstinget är vägar att nå ut till många. Konkret arbete i strukturerad form åstadkommer mer än temadagar och sjukvårdsplaner. Exempels makt kommer alltid att vara större än genomslagskraften hos utredningar och politiska beslut.

Ansvaret för att denna process kommer till stånd ligger främst hos den lokala vårdcentralledningen. Den skall inte bara ta till vara initiativ till FoU-arbete, utan den skall även initiera och markera en förväntan och ta ansvar för att det kommer till stånd. Den är också ansvarig för att projektresultaten tas till vara och kommer vården tillgodo. Även huvudmannen har ett ansvar. Han måste ställa resurser i form av handledarkompetens, litteratur och dataservice, ekonomiska medel för kortare tjänstledigheter och materialbearbetning till förfogande. Här kan man se en ny och kompletterande roll för utvecklingscentralerna i ett skede då FoU-verksamheten sprider sig ut i vården. De lokala enheterna tar ansvar för sina egna projekt medan utvecklingsenheten är en service- och kunskapsresurs.

En sådan här process når också utanför vården om vi vill. I detta nummer beskrivs från Hofors två projekt inom det förebyggande området som kan tjäna som exempel på det. Förebyggande arbete mot barnolycksfall valdes för att exemplifiera förebyggande arbete såväl för de sjukvårdsanställda som för kommunbefolkningen. Då det inledande registreringsarbetet redovisades i skolor, idrottsföreningar, hyrsgästföreningar och på andra håll mötte det stort intresse. Projektet låg i tiden och bidrog till att ett barnsäkerhetsarbete kom igång. Där verkar krafter från flera håll utanför sjukvården och tar initiativ och ansvar för att hålla medvetenheten om allas delaktighet i det förebyggande arbetet vid liv. Processen fungerar.

I kommundiagnosen för Gävleborg påvisades för Hofors ökad andel dödsfall genom självmord. Som ett led i arbetet inom Utvecklingsenhetens för primärvård ram genomfördes en registerstudie kring självmord. Då materialet sammanställdes presenterades det för dem som lämnat uppgifterna och väckte då ett engagemang som resulterade i studiecirkel. Där deltog representanter från olika kommunala instanser som möter människor i nöd.

Hälsa- och sjukvården gör den strukturerade iakttagelsen, och kan sedan genom information och samverkan söka påverka tillsammans med andra.

FoU-arbete är viktigt och vi har alla ett ansvar för att det används i vårdens tjänst. Sett isolerat har det ett begränsat värde, men som del i en process, där många dras med, kan dess värde inte överskattas. Målet för den processen är en arbetsorganisation och resursanvändning som ger primärvården maximala möjligheter att motsvara förväntningarna.

Mats Ribacke

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 manusuppgdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagarna.

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
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,
Institutionen för socialmedicin,
17283 Sundbyberg. Tel: 08/989100.

Redaktionskommitte:
Malin André
Cecilia Björkelund
Anders Håkansson
Carl Edvard Rudebeck

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

Annonsör:
YH Annonsförmedling,
Alströmergatan 18, n.b, 11247 Stockholm.
Tel: 08/516760.

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



Första allmänläkardisputationen i Umeå

SVEN-OLOF ANDERSSON · SVEN FERRY



Foto: Carl Edvard Rudebeck.

Den 18 december 1986 dispute-
rade Göran Westman, Vännäs,
på sin avhandling "Planning
Primary Health Care Provision.
Assessment of Development
Work at a Health Centre" (1).
Disputationen blev en gemyttlig
tillställning där opponenter,
professor Calle Bengtsson, Göte-
borg, utöver den rent vetenskap-
ligt granskande rollen också
åtog sig att vara andre och
tredje opponent. Samhällsvetar-
husets stora hörsal var välfylld
av medarbetare från Vännäs,
kommunrådet och chefen för
försäkringskassan, kolleger från
andra vårdcentraler och Region-
sjukhuset i Umeå samt en och
annan administratör.

Nyckelord: Vårdplanering, föränd-
ringsarbete, vårdkvalitet, kontinuitet,
tillgänglighet, diabetes, utvärdering.

Avhandlingens innehåll

Avhandlingen utgörs av den veten-
skapliga värderingen av ett utveck-
lingsarbete som ägde rum vid Vännäs
vårdcentral 1976–1980. Det stöddes av
SPRI och omfattade bland annat för-
ändrade rutiner för bokning av patien-
ter, telefonrådgivning, lokala vårdpro-
gram för vanliga sjukdomar och kon-
taktorsaker, utveckling av journal och
remissblankett. Viktiga delar i proces-
sen var samarbetet inom vårdcentra-
len och kontakterna med befolkning-
en.

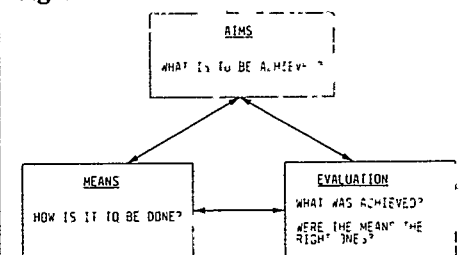
Den första av de sex uppsatserna ut-
gjordes av en genomgång av föränd-
ringsarbetet (figur 1), dess förutsätt-
ningar och bärande tankegångar (figur 2)
samt en teoretisk modell för den veten-
skapliga utvärderingen (figur 3).
Ledande i arbetet var de så kallade
"honnörsorden" och deras konkretise-
ring.

Väntetiden i väntrum användes som
exempel på tillgänglighet. Väntetiden i

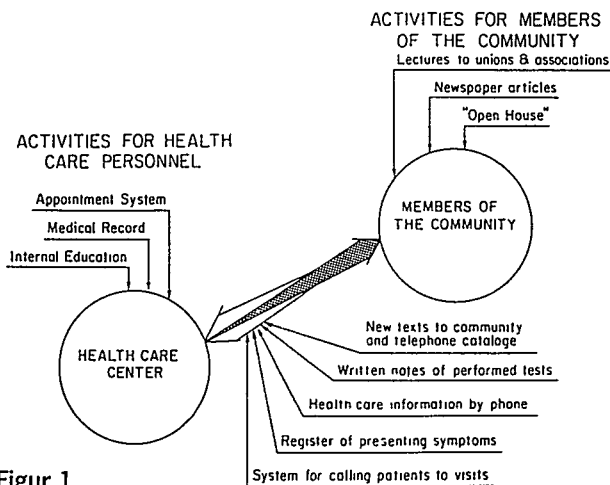
förhållande till bokad tid sjönk under
studietiden från 35 minuter till 15 mi-
nuter.

Kontinuitetsstudien, där ett nytt
kontinuitetsbegrepp presenterades
(besöksbaserad vårdgivarkontinuitet),
visade att kontinuiteten ökade framför
allt för patienter med kroniska sjukdo-
mar. I en studie av vården vid Region-
sjukhuset fann man att antalet besök
vid akutmottagningen sjönk under stu-
dietiden, men så skedde även i viss mån
för kontrollområdena.

Figur 3.

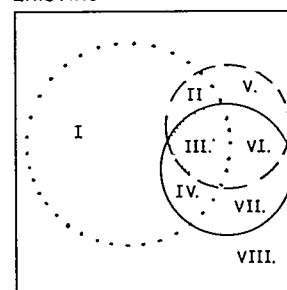


ACTIVITIES TO INCREASE CONTACTS BETWEEN HEALTH CARE PERSONNEL AND MEMBERS OF THE COMMUNITY

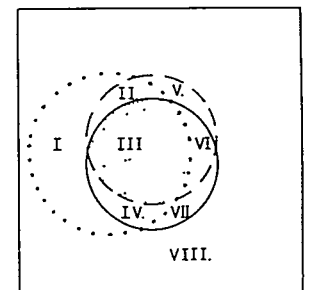


Figur 1.

EXISTING



DESIRED



Figur 2.

Legend:
 ○ DEMAND FOR CARE (INHABITANTS)
 ○ PROVISION OF CARE (PERSONNEL)
 ○ UTILIZATION OF CARE

Roman numerals depict various combinations of the three elements described, i.e., area II represents that portion of the health and medical care system for which there is a demand by consumers, and for which care is available and provided at the center, but which is not utilized. Area III represents the ideal situation, or care that is desired, provided and utilized. Our goal is to increase the size of area III, while decreasing the size of areas IV, V, VI, and VII. Area VIII corresponds to the reality, but not the population. Relations and sizes of areas are approximate.

Ett led i kontakterna med befolkningen utgjordes av upprepade enkätundersökningar till ett slumpmässigt urval av befolkningen (1977, 1979) där attityder, kunskaper och erfarenheter av vården redovisades. Cirka 85 procent var nöjda med vården i Vännäs vid båda tillfällena. Samma eller liknande enkäter har sedan använts runt om i landet som ett medel för att värdera verksamheten vid vårdcentraler.

I ett försök att värdera kvaliteten i vården genomfördes av en retrospektiv studie av journaler på diabetespatienter. Ett lokalt vårdprogram hade utarbetats 1976. Hur detta slog igenom i vården var den fråga uppsatsen sökte besvara.

Oppositionen

Opponenten gick raskt till verket genom att ifrågasätta titeln "Vad betyder 'provision'? Tjänade du pengar på det hela?". "Nej 'provider' betyder vårdgivare, 'provision' blir då utbud av vård", svarade respondenten och hänvisade till kolleger i USA, där han studerat ett år.

Opponentens karaktäristik av den första uppsatsen stannade vid ordet "egendomlig" – "Den saknar resultatdel" – "Var den svår att få accepterad?" Sedan uttalade han sin uppskattning och pekade på en utmärkt referenslista och teoretisk stringens. Att Vännäs vårdcentral hörde till "pionjärerna" och tidigt konkretiserade de ännu inte av SPRI publicerade "honnörsorden" kommenterades också. Problemet med att vissa honnörsord kan stå i konflikt med varandra (till exempel tillgänglighet och kvalitet) redde ut.

Statistiken fick sin beskärda del i kritiken av väntrumsstudien där opponenter pekade på risken för missförstånd. Vad säger landstinget om att den tillgängliga läkartiden under studieperioderna (4 veckor varje år) var lägre vid den andra studieperioden? Opponenten pekade här på det allmänna fenomenet att forskningsresultat lätt kan misstolkas och användas i andra sammanhang och med andra syften än de som ursprungligen genererat dem.

Vad betydde bokningssystemet och vad betydde personalens ökade medvetenhet? Opponenten gav själv svaret: Det spelar ingen roll. Utvecklingsarbetet omfattade ju även personalens attityder. "Be inte om ursäkt för personalens entusiasm", kommenterade han denna fråga i SAS-andans tidevarv.

Inför kontinuitetsstudien erkände opponenter sig slagen. Respondenten fick chansen att på fem minuter redogöra för begreppets innebörd vilket han elegant klarade så att även åhörarna begrep. Några begrepp i diskussionen:

- Samma läkare = besök hos samma läkare som vid föregående besök.
- Känd läkare = besök hos läkare som man träffat någon gång tidigare under en bestämd tidsperiod.

- Fraktionskontinuitet = den besökta vårdgivarens andel av en viss patients besök under en bestämd tidsperiod.

- Potentiell kontinuitet = högsta tänkbara kontinuitet med den läkarbemanning som rådde vid undersökningstillfället.

- Faktisk kontinuitet = den faktiskt uppmätta kontinuiteten.

- Slumpmässig kontinuitet = den kontinuitet som blir följderna om patienten slumpmässigt tilldelas tillgängliga läkare.

- Har patienten gjort fem besök under ett år hos läkarna AABBC A är den fraktionerade kontinuiteten för det senaste besöket, som var hos Dr A 2/5. Men besöken hos dr A skedde kanske för närmare ett år sedan medan besöken hos B och C skett nyligen. Detta tas hänsyn till i beräkningen av den *diskonterade fraktionskontinuiteten* vars matematiska detaljer dock lämnades därefter i diskussionen.

Efter denna genomgång som tillfredsställde opponenter förklarade han att studien visade en imponerande kontinuitet med hänsyn till de förhållanden som rådde och pekade särskilt på betydelsen av den högre kontinuiteten hos patienter med kroniska sjukdomar. Där kom den medvetna prioriteringen vid vårdcentralen till konkret uttryck.

Den socialmedicinskt orienterade uppsatsen om vårdkonsumtionen vid Regionsjukhusets akutmottagning och slutna vård föranledde opponenter att redovisa några av sina käpphästar: "Vi har förutfattade meningar om till exempel betydelsen av arbetslöshet och invandringsproblem för vårdkonsumtion hos en befolkning. Kön och ålder slår igenom men sällan andra parametrar". I kritiken av uppsatsen pekade han också på "sabotaget" från kontrollområdena. Vårdkonsumtionen sjönk även där. Respondenten höll med samtidigt som han pekade på att han med hjälp av "lineär regression och minsta kvadratavstånd" erhållit signifikanta skillnader i Vännäs i vissa avseenden till skillnad från kontrollområdena.

"Ger inne nyårsnatten?" frågade opponenter. Respondenten medgav att han faktiskt räknat utskrivningarna och de skedde ju i allmänhet dagtid. Opponenten kommenterade sedan hysterin omkring den så kallade avlastningen av den slutna vården med "Det skall vara rätt patient, inte nödvändigtvis färre som sänds till sjukhusen".

Den sista uppsatsen om vård av patienter med diabetes, vilken förelåg i form av preliminärt manus röntade en bister kritik: "Det är svårt att med ledning av uppsatsen dra några slutsatser alls", menade opponenter. Svagheter med en retrospektiv studie på journalmaterial är ju känt. Fanns inget annat sätt? Respondenten medgav uppsatsens svagheter och försvarade sig med att den endast förelåg i manuskript.

Opponenten menade dock att tracerstudier av detta slag är viktiga och att studien speglade en ambition på vårdcentralen som var lovvärd. Han gav också respondenten några idéer om hur materialet skulle kunna bearbetas för att bättre svara på de frågor som ställts.

Respondenten gavs sedan tillfälle att utveckla sina tankar från ramberättelsen om hur andra vårdcentraler och den politiskt-administrativa ledningen för hälso- och sjukvården skulle kunna använda det arbetssätt han visat på i avhandlingen.

Sammanfattning

Opponentens sammanfattning innehöll uttryck som "ambitiöst planerat förändringsarbete", "pionjärbete en gång – inte idag", ärlig redovisning som belyser teknik och svårigheter".

I rollen som andre opponenter menade professor Bengtsson att avhandlingen var "lättläst" och "välskriven". Han hittade inga stafvel. Några andra felaktigheter korrigerades.

Som tredje opponenter tog han fram för allt fram sina egna svårigheter. "Är figurerna till för att testa läsaren – särskilt opponenter? Är till exempel figur 2 en spelplan för curling och figur 1 en skiss på en nålventil?" Och till sist – "Var inte det egentliga syftet att bli lika bra som grannvårdcentralen i Bjurholm (exemplifierat med data från enkäten 1977 om tillgängligheten i telefon)?" Respondenten hade här inga invändningar.

Avslutande reflexioner

I diskussionen gjordes jämförelser med andra liknande avhandlingar i allmänmedicin, som till exempel från Matteus och Sollentuna. Idéer och erfarenheter från Vännäs fanns i viss mån tillgängliga för den praktiska verksamheten vid dessa enheter. Respondenten pekade också på andra förutsättningar vid jämförelsen: I Vännäs skedde utvecklingsarbetet i glesbygd, utan andra vårdgivare, och med befintliga resurser. Göran Westmans avhandling ger således andra delar och betoningar i vår kunskap och värderingen av kvaliteten i arbetet på vårdcentral. Han pekar särskilt på betydelsen av medveten styrning och prioritering i vårdarbetet samt lyfte fram samarbetet inom en vårdcentral och kontakterna med lokalbefolkningen som viktiga inslag i arbetet i primärvården.

1. Westman, G: Planning Primary Health Care Provision. Assessment of Development Work at a Health Centre. Umeå University Medical Dissertations. New Series No 180. ISSN 03466612. 1986.

Författarpresentation:

Sven-Olof Andersson, distriktsläkare, Sven Ferry, distriktsläkare, Mariehems vårdcentral, Umeå.

Några reflektioner om min syn på människan

SVEN-OLOF ANDERSSON



Foto: Anders Håkansson.

När man skall beskriva sin syn på människan möter man flera svårigheter. En svårighet handlar om den egna begränsningen. Kan jag se min egen människosyn? Jag tror det är svårt. Det är kanske lättare för personer i min omgivning att se hur min människosyn kommer till uttryck i beteende, i handlingar och attityder mot mina medmänniskor. Viktiga delar i min syn på människan är okända för mig. Detta är en stimulerande tanke, men samtidigt lite skrämmande. Den reser frågan om vem man är och upplevelser av den egna identiteten.

Ibland tänker jag på livet som en lång resa till mig själv, till mina egna förutsättningar och deras utveckling, en färd med och mot min syn på människan, i min egen gestalt.

Denna utgångspunkt i det okända får betydelse också i mötet med människor som konsulterar mig. Det är ett fascinerande äventyr att ständigt söka förståelser för de mänskliga fenomen som uppenbarar sig på mottagningen både hos patienten och mig själv.

Härom dagen kom en av mina patienter in på min expedition. Hon såg glad ut, hälsade och sa:

"Länge sen sist. Jag har inte varit här på över ett år."

"Du låter stolt för det...!?"

"Ja! Är jag inte duktig?! Så mycket som jag sprang här förut."

Och det var sant. Magen, de långdragna förkylningarna, där upprepade antibiotikakurer i stort sett var utan effekt, och andra krämpor hade fört henne till mottagningen 6-10 gånger per år.

"Vad är det som hänt?"

"Jo, det där du sa för 1 1/2 år sedan om att lyssna på min kropp - det har jag tänkt på och försökt. Nu mår jag mycket bättre."

Mitt i den vanliga rutinsjukvården finns preventionens möjligheter i form av befrielse från band och hinder, kraften i nya insikter och förhållningssätt, frigörelse av människors egna resurser, som leder framåt, inte alltid till minskad sjuklighet i medicinska termer, men ofta till ökad hälsa som ger kraft att bära sjukdom och lidande och öppenhet att lära av livets erfarenheter.

Patientmöten, som på detta sätt står i samklang med liv och hälsa, fyller mig med stor glädje och förundran över den skapelse som är människan. Men i denna lyriska yra över de resurser som finns förborgade hos oss känner jag ibland också smärta och vrede över det som hindrar oss att utnyttja dem. Hur lätt är det inte att missbruka och förstöra det som är oss givet?

När jag sitter på BVC och möter raden av barn och föräldrar upplever jag en högtidlighet, nästan en andakt, som botten i insikten om de första årens

avgörande betydelse för oss människor. Den oförställda nyfikenheten, glädjen och verksamhetsivern hos barnen, stoltheten, värmen, oron och frågorna hos föräldrarna - jag ser det som en stor förmån att i mitt arbete få möta detta. Ibland tänker jag: "Vad ska du, lilla barn, få möta livet?" "Hur kan just dina gåvor utvecklas?"

På anslagstavlan hos sköterskan hänger en affisch med texten:

Ett barn som kritiserar lär sig fördöma

Ett barn som får stryk lär sig slåss

Ett barn som hånas lär sig blygsel

Ett barn som utsätts för ironi får dåligt samvete

MEN

Ett barn som får uppmuntran lär sig förtroende

Ett barn som möts med tolerans lär sig tålmod

Ett barn som får beröm lär sig uppskatta

Ett barn som får uppleva rent spel lär sig rättvisa

Ett barn som får uppleva vänskap lär sig vänlighet

Ett barn som får uppleva trygghet lär sig tilltro

Ett barn som blir omtyckt och kramat lär sig känna kärlek i världen.

Besöken på BVC, ytligt sett kanske föga meningsfulla, blir aldrig rutin. Där försöker jag, i all enkelhet, etablera och arbeta med en relation till barnet och föräldrarna där jag mer eftersträvar att gestalta än att tala om de positiva värden som beskrivits ovan.

Efter att ha pratat, skrattat, lekt och njutit av det livets kapitel som finns i föräldrarnas famn känner jag mig dock som en bov när jag sticker Duplexsprutan i låret... Vad betyder besöket? Vad minns barnet? Vad kommer föräldrarna ihåg? Vad betyder vår relation på BVC när de sedan kommer på mottagningen på grund av sjukdom? Är det sprutan som har största hälsoeffekten eller är det den relation vi skapar? Här finns utrymme för vår fantasi och forskningsivern inom ett spännande område.

Friheten - att utvecklas optimalt i enlighet med sina förutsättningar - det är en möjlighet som kräver relationer och ömsesidighet för att utvecklas.

Friheten till mig är ingen frihet förrän den kopplas till friheten till andra människor. Friheten till mig själv innebär att jag väljer min livsväg och förverkligar mina strävanden. Men om människan i grunden är fri gäller denna frihet också andra människor. Min

frihet begränsas därmed av hänsynen och respekten till andra lika fria människor oavsett ras, ålder, kön, hälsotillstånd etc. Min frihet är alltså delvis begränsad. Är jag då mera fri om jag släpper denna hänsyn till andra? Det skulle innebära att jag är maximalt fri till exempel på en öde ö där ingen inkräntar på mina val. Nej, min frihet är beroende av relationer till andra människor. Det är först där som min frihet kan gestaltas och utvecklas: i förälder-barnrelationen, i läkare-patientrelationen, i relationer till arbetskamrater, till grannar och vänner... Ja, hela vårt liv kan vi sträva efter frihet som är ömsesidig och skapande.

Då och då går mina tankar till studierna i neuroanatomi för prosektor Löfgren i Lund i mitten på 1960-talet. Det var färgstarka föreläsningar som han sammanfattade med orden: "Himmelriket är invärtes i er". Prepositionen "invärtes" betyder också "mitt emellan" och "mitt ibland". I sinness funktion, våra upplevelser och tolkning av dem - där finns himmelen. Men också helvetet. Och det är där jag finns på min mottagning: Mitt i himmelens glädje, djupt nere i helvetets gråt och tandagnisslan, mitt i skärseldens pina och brännande smärta.

Vad är meningen? Frågan om syftet med livet ställs ibland på sin spets. Min åsikt om detta är att det finns en mening som är min. Mening med tillvaron, alltså. När man är mitt i sin mening finns kraft och livslust även under de svåraste förhållanden, vilket till exempel Viktor Frankl har beskrivit (Livet måste ha mening).

Ibland frågar jag mina patienter vad de önskar sig. De svar jag får varierar, men inte sällan uttrycker de en begäran om mirakel, att något gott skall drabba dem utan egen medverkan och förskyllan, att det onda skall tas ifrån dem. När jag ber dem konkretisera sig blir det svårt. När hopplöshet och meningslöshet gör livet svart är det svårt att önska sig något, men visionen, hoppet och meningen kan ändå lysa oss. Och var och en måste hitta sin mening, sitt hopp, förankrat i verkligheten. En konkret önskan, som man vill förverkliga, kan vara en vändpunkt.

Jag sysslar inte med mirakel och under. Människor begär det heller inte av mig. Däremot upphör jag inte att förundra mig över människors styrka, deras kraft och uppfinningsrikedom i tillvaron och utformningen av sina liv, trots allt. Detta, tror jag, bär också mig när missmod, trötthet och "utbrändhet" tränger sig på.

Var finns då diagnoserna, de medicinska ställningstagandena och de modeller som ligger till grund för mina beslut? Svaret är att min professionella fernissa nog också finns där. Men begrepp som frihet, och mening är viktiga för mig att mitt liv och därmed också för mitt arbete. Mina kunskaper är ibland ett medel för människor att öka

sin frihet, se nya möjligheter, finna en mening som ger livet en annan nyans, fastän det ytligt sett handlar om snuva, besök på MVC eller BVC, kriser eller svåra kroniska sjukdomar. Men i allt detta finns frågetecknet, det okända, det ständiga sökandet efter den sanning jag inte finner förrän resan till mig själv är över.

Sven-Olof Andersson,
distriktsläkare
Mariehems vårdcentral,
Morkullevägen 9, 90227 Umeå



SIMG - Janssen Prize 1987

This prize aims to promote Research in General Practice. It is open to any General Practitioner in Europe. Applicants should send a typed protocol of no more than 1000 words, in English, German or French to the under mentioned address. They should state the significance of their project, as well as its aims and methods. The work should be completed within 2 years.

The amount of the Prize is 50.000 Bfr.

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

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

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

The 1986 Prize has been awarded to Dr BALOGH Sandor, a General Practitioner in Tatabanya, Hungary.

He'll make a one year survey in different practices, in order to improve the quality of care.

Applications can be sent, up to 30 November 1987 to:
Prof Dr R De Smet
Secretary of the Jury
Centrum voor Huisartsopleiding
Rijksuniversiteit Gent
Academisch Ziekenhuis
De Pintelaan, 185
B-9000 Gent (België)

Abstracts till Riksstämman 1987

Det är dags att börja tänka på abstract till Riksstämman. Sista dag för anmälan är 21 augusti 1987. Det är klokt att förbereda det hela före sommaren, eftersom erfarenheterna visat att det blir väldigt bråttom dagarna efter sommarsemestern annars.

Abstract skall skrivas på speciellt abstractsformulär, som kan rekvireras hos undertecknad eller direkt från Riksstämman (telefon 08-243350) för dem som inte automatiskt får sådant. Färdigt abstract kan sändas till undertecknad.

Calle Bengtsson,
vetenskaplig sekreterare i SFAM,
professor vid Allmänmedicinska institutionen,
Redbergsvägen 6, 41665 Göteborg.

LB 08820

Skolmedicinens kris

Historiskt tillhör skolmedicinen de lägre, mindre exakta vetenskaperna. Utvecklingen de två senaste århundradena har lett fram till att medicinen idag gör anspråk på att vara en fin, exakt naturvetenskap.

I konsekvens härmed
vill man till sjukdomar endast räkna biokemiska avvikelser, "kroppsliga" sjukdomar,

vill man bara fästa avseende vid det som går att mäta,

uppmärksammar man bara när kroppslig sjukdom missas.

Trots det
är orsaken/orsakerna till många stora folksjukdomar okänd

riskerar den behandling vi har att erbjuda att i många fall vara värre än soten,

är många av de besvär människor söker för på våra mottagningar inte uttryck för sjukdom i biologisk naturvetenskaplig mening.

Alltfler människor söker sig till så kallad alternativ medicin.

Hur skall vi som distriktsläkare/allmänläkare ställa oss? Vad kan vi göra för att förbättra situationen?

Göran Lehtipale
distriktsläkare, Hälsocentralen,
834 00 Brunflo
Telefon 063/228 20

Sparlaget.

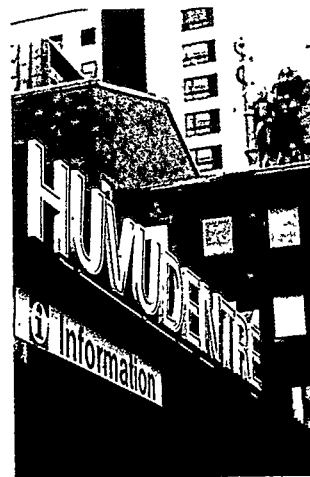
Sparar kalium med Spironolakton ACO.



Löwenströmska sjukhuset, Upplands Väsby



Lunds lasarett



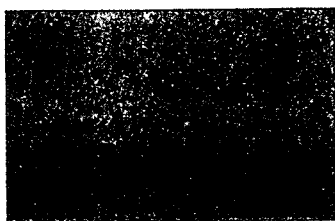
Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg



Östersunds sjukhus



Jönköpings lasarett



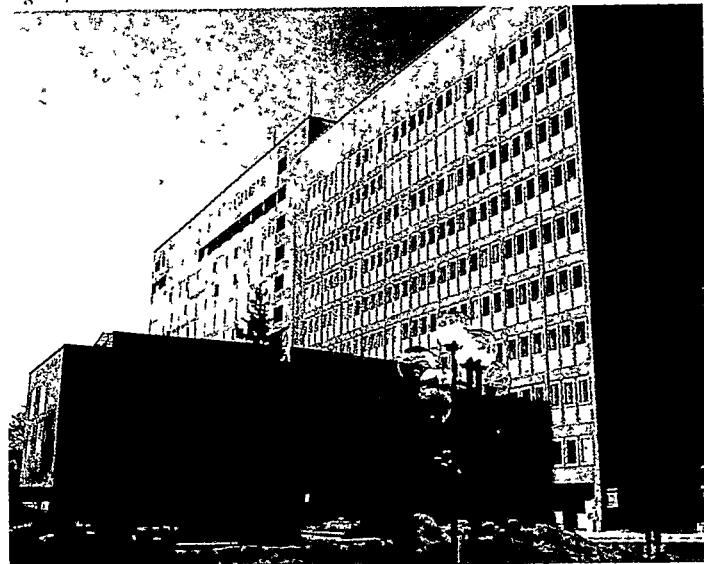
Gävle sjukhus



Piteå lasarett



Regionsjukhuset i Örebro



Spironolakton ACO nu på 8 av 10 sjukhus!

8 läkemedelskommittéer av 10 har Spironolakton ACO på sina listor över kaliumsparande diuretika i stället för Aldactone[®]. Här ser du några exempel.

100 st Spironolakton ACO, 50 mg kostar 122.10. Varje b. Aldactone är över 45:— (dyrare^{*}).

Skriv ut Spironolakton ACO vid behandling av ödem och hypertoni. Då sparar du både kalium och pengar.

Tabletter finns i styrkorna 25, 50 och 100 mg.

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

ACO — det svenska basläkemedelsföretaget.

^{*}) Prisjämförelse i mars 1987; Aldactone är 45:30 dyrtare.

ACO Läkemedel AB, Box 3026, 171 03 Solna.

Björknäsmodellen – öppen mottagning hos distriktsläkare

KENNETH WIDÄNG

Under en tid med dålig tillgång till allmänläkare och med god tillgång på pengar och sjuksköterskor har man vid vårdcentraler byggt ut olika raffinerade system för planering av mottagningsverksamheten. Det har funnits stora fördelar med detta. Det har också funnits nackdelar. Sköterskearbetstid i massor har lagts på att sköta systemet. Patienten har fått förklara sina bekymmer för flera personer. Distriktsläkarnas arbete har blivit kompakt och läkarna har nästan aldrig träffat patienten annat än i extrema situationer. Allvarligast dock att planeringen oftast ej klarar patient-läkar-kontinuiteten vid akuta besöka.

Nyckelord: Planering, verksamhetsplanering.

Björknäsmodellen

Björknäs vårdcentral har ett upptagningsområde på drygt 10.000 invånare varav 2/3 bor i centrala Boden och 1/3 bor på ett landsbygdssdistrikt utanför. I centrum bor många ensamstående äldre ringar som har flyttat in ifrån omgivande landsbygd. På området finns två större servicehus med helinackordering. Mödra- och barnhälsovård bedrivs med distriktsläkare som ansvariga. Vårdcentralen har varit i verksamhet sedan 1982 och den inre organisationen bygger på avgränsat områdesansvar för alla personalkategorier.

Den modell vi valde var att reservera tiden mellan 10–12 varje dag hos alla ordinarie läkare för öppen mottagning. Till den öppna mottagningen får patienter komma såväl efter eget gottfinnande som efter anvisning från annan personal på vårdcentralen. Patienterna får infinna sig mellan 10.00–11.30. Den öppna mottagningen prioriteras mycket hårt i verksamheten. Bara semester och utbildning på annan ort har gjort att ordinarie läkare inte haft sin öppna mottagning. Vi använder underläkare som vikarie vid ordinarie läkares frånvaro. De enda patienter som vi från vårdcentralen aldrig gett råd att komma till öppna mottagningen är människor som är både mycket gamla och har flera komplicerande sjukdomar och dels människor med en uttalad psykosomatisk problematik. Detta hindrar dock inte att människor av ovanstående grupper ibland kommer på den öppna mottagningen.

Vid genomförandet informerades direktionen 14 dagar i förväg, annons sattes in någon dag i förväg i lokalpressen och presskonferensen en knapp vecka i förväg för ortstidningarna.

Besöksfrekvens

Totalantalet läkarbesök under fem månader före införandet januari till maj – 86 och fem månader efter införandet av öppen mottagning juni–oktober – 86 visar betydligt fler läkarbesök sedan den öppna mottagningen startat, 4.032 jämfört med 3.276. Enligt vår uppfattning beror det inte på att nya problem omhändertags men att patientproblem i något större utsträckning avhandlas vid direktkontakt mellan patient-läkare istället för att läkarställningstagandet gjorts mera osynligt via sjuksköterska. Enligt vår samfälliga uppfattning vid Björknäs vårdcentral är det endast ett fåtal patienter som kommit till doktor där sjuksköterska helt skulle kunnat handlagt problematiken på egen hand.

Vad tycker patienterna

Vi har med en enkel svarsenkät frågat patienterna vad de tycker. Av diverse anledningar blev svarsfrekvensen på tok för låg, främst beroende på att läkarna som skulle distribuera blanketterna inte riktigt kom ihåg att göra det i slutet på besöken. Genom resonemang med patienter och genom de svar vi ändå fått in vågar vi dock dra den slutsatsen att patienterna är nöjda med den öppna mottagningen och att man framför allt uppskattar att inte bli ifrågasatt och att man alltid kan lita på att få komma just den dag man vill. Patienterna accepterar i stor utsträckning väntetiden men kan ha vissa invändningar när den blir klart över en timma. Detta inträffar dock inte särskilt ofta. Vi har observerat att patienterna i stor utsträckning respekterar och accepterar att tiden för den enskilda konsultationen ej kan bli hur lång som helst och man accepterar även att få några mindre akuta problem skjutna på framtiden till ett tidsplanerat besök.

Var står vi nu?

Efter tre kvarts års erfarenhet med öppen mottagning vid Björknäs vårdcentral är vi på vårdcentralen fullkomligt övertygade om att det är en verksamhet som kommit för att stanna. Den upplevs i alla väsentliga punkter som positiv för patienterna. Den har dessutom för första gången sedan vårdcentralen öppnat tillåtit en acceptabel ar-

betsmiljö för mottagningsköterskorna som nu använder sin huvudsakliga arbetstid åt kvalificerad medicinsk rådgivning samt assistans vid medicinsk behandling på mottagningen. Mottagningsköterskan har fortfarande ansvaret för de patientadministrativa rutinerna på mottagningen men de dominerar ej längre arbetssituationen fullt ut.

En annan synnerligen positiv effekt är att kontinuiteten mellan patient och områdesläkare förefaller ha ökat ytterligare sedan den öppna mottagningen uppstod.

För läkarna innebär modellen med öppen mottagning och samtidigt områdesansvar att var och ens totala patientansvar har blivit tydliggjort och var och en läkare har tvingats göra prioriteringar mellan maximal kvalitet i det enskilda patientbesöket och maximal kvalitet för behandlingen i det egna upptagningsområdet. För åtminstone vissa läkare har dessutom variationen i arbetsinsats från dag till dag upplevts som positiv. Negativt har varit att lunchtiden ej har kunnat respekteras fullt ut alla dagar.

Innan genomförandet fanns en viss rädsla vid vårdcentralen för att distriktssköterskebesök skulle överföras till läkarbesök. Samstämmiga bedömningar från distriktssköterskor och läkare verifierar dock att så inte har blivit fallet.

Laboratoriesköterskans och biträdenas arbetssituation har påverkats på så sätt att tiden mellan 10–12 har blivit synnerligen intensiv. I gengäld har eftermiddagen blivit lugnare för dessa personalkategorier och man har då haft möjlighet att göra en del efterarbeten och även i viss mån varva ner inför dagens slut. Vi uppfattar vid vårdcentralen detta som en ganska naturlig och bra rytm i arbetet med arbetstoppen före lunch.

Arbetsituationen för mottagningsköterskorna har betydligt förbättrats med den öppna mottagningen och deras resurser har frigjorts för meningsfullt medicinskt arbete.

Till sist kan vi konstatera att öppen mottagning hos oss har kommit för att stanna. Vi önskar många fler vårdcentraler glädjen med öppen mottagning och få känna den uppskattning det ger från patienterna.

Författare:

Kenneth Widäng, distriktsläkare och vårdcentralchef

Björknäs vårdcentral, Boden

Allmänmedicinen i Umeå angår Sverige

OLLE HELLSTRÖM

Många praktiskt verksamma allmänläkare känner tilltagande osäkerhet vad gäller värdet av vår ensidigt naturalistiskt orienterade utbildning och därmed värdet av den kunskap som produceras på universitetens Allmänmedicinska Institutioner. Allmänmedicinen är gryende specialitet. Så länge vi tvingas rekrytera institutionernas ledare från våra servicespecialiteter borde vi se till att vi får professorer som förstår och ser verksamhetens möjligheter. Vi måste ställa oss skeptiska till den kunskapsproduktion, där forskarna av produktionstekniska skäl måste begränsa sitt intresse till endast det som går att se med färdigformad mekanisktiskt orienterad synförmåga.

Allmänmedicinens specifika tillskott till medicinen måste bygga på något utöver det som kan uppfattas med traditionellt naturalistiskt perspektiv. Mötet med människor vars symtombeskrivning kan innehålla invärtesmedicinska eller andra hanterbara komponenter, måste i första hand studeras utifrån ett humanvetenskapligt perspektiv. Artikeln är en positiv beskrivning av sådana tendenser som vi måste vara rädda om.

Nyckelord: Allmänmedicin, vetenskapsteori, debatt.

Den som följt allmänmedicinska artiklar i fackpressen har inte kunnat undgå att lägga märke till att det under 80-talet producerats arbeten av annorlunda karaktär i norrlandsregionen än i landet i övrigt. På vad sätt skiljer sig "Umeåskolan" från det som händer i till exempel Uppsala? Vilken väg skall allmänmedicinen forceras in på? Finns det olika möjliga vägar? Hur ser de perspektiv ut som styr vårt handlande som läkare och som avgör hur vi bemöter våra patienter?

Jag försöker beskriva ett humanvetenskapligt alternativ till vårt oreflekterade traditionella och dominerande naturalistiskt organiserade allmänmedicinska perspektiv. Löftesrika alternativa tendenser i Umeå fungerar som "störningar" i den behagliga omedvetenheten om existensen om världen utanför det vi uppfattar med vår trångsynthet eller med vår "välavgränsade klarsyn". Att slå vakt om den föreställning vi länge handlat med ledning av och byggt vidare vår person och sociala situation på är djupt mänskligt. Detta behov hindrar oss emellertid också samtidigt från att förstå och ta till oss kritiken av de teoretiska fundamenten

för vår verksamhet.

Huvuddelen av det som producerats hittills på 80-talet i Umeå kan visas vara baserat på ett sammanhängande begreppssystem i vilket ett vägledande handlingsperspektiv kan skönjas. Jag påstår att detta perspektiv har en löftesrik, humanvetenskaplig prägel. Min tes bygger jag på det jag läst och tolkat av tillförordnade professor Bengt Mattsson och gruppen kring honom på allmänmedicinska sektionen i Umeå.

Människosyn och kunskapsyn

Patienten kan ses som något utöver ett objekt för läkarens förebyggande, utredande, behandlande och rehabiliterande verksamhet. Allmänmedicinsk vetenskap kan utvecklas och redan existerande företeelser kan göras begripliga och utnyttjas i praktisk verksamhet. Genom att studera egna och andra mänskliga specifika reaktioner i möten med sökande människor, kan vi träna upp blicken för de gränser traditionellt naturalistiskt organiserad kunskapsproduktion belastat vår praktiska verksamhet med. Därefter kan vi försöka överskrida dessa gränser i praktisk verksamhet och beskriva vad som händer. Det som händer får forma nästa omgång attacker i tidigare icke utforskad begreppsvärld och motsvarande verklighet.

Vi har själva belastat vårt medvetande med osynliga gränser för vår handlingsfantasi i mötet med patienter. Ett naturvetenskapligt organiserat *oväsen* begränsar vår möjliga förmåga. Vi kan inte öka effektiviteten i vårt handlande om vi på ett neurotiskt sätt måste hålla oss till kontrollerbara rörelser i stället för kreativa handlingar.

Ingvar Johansson, filosof och delaktig i den allmänmedicinska teoriutvecklingen i Umeå, har i Dagens Nyheter försökt peka på metafysikens värde i filosofin. Översatt till vår medicinska verklighet har naturalistisk kunskapsproduktion en tendens att med sitt *oväsen* hindra oss att ställa de grundläggande frågorna. Vad karaktäriserar en människa? Hur skall vi förhålla oss till patienter? Finns där ytterligare mänskliga grundläggande drag hos patienter än att som objekt styras av och anpassas till subjektet – naturen?

Möjligheten till ett kunskapsmässigt utvecklingssprång ligger i att samtidigt våga se både objekt och subjekt i en och samma person; både sjukdom (symtom, skada) och sänkt välbefinnande; både rörelsen och avsikten, det vill säga den mänskliga handlingen

som ägnad att leda till både fysisk och existensiell överlevnad. Det som i ett naturalistiskt perspektiv bara stör tankerörelserna blir det bärande i det humanistiska. I det senare perspektivet ses det existentiellt betingade momentet i subjektets avsiktliga orientering i världen som det mest intressanta. Den som presenterar sin existentiellt svårhanterliga situation, till exempel en förestående skilsmässa, med låt oss säga magkatarr och sömnproblem, bör inte primärt uppfattas som objekt för mekanistiskt föreställda systemförskjutningar. Framför allt är patienten upptagen av att som subjekt förstå och handla med sin verklighet via en föreställning av den i sitt medvetande. Det senare synsättet är det specifikt mänskliga och först när vi kan formulera detta och motsvarande allmänmedicinska verksamhetssammanhang med ett konsistent begreppssystem, kan vi på säkrare grund än nu avgöra när patienten med magkatarr behöver ut sättas för medicinsk teknik respektive när interaktionell kommunikation är adekvat. Ett synsätt på patienten som *subjekt* på sin handlingsarena, berörd av yttre och inre krafter leder till att *interaktion* blir det centrala i mötet, inte teknisk *manipulation*. Det är i den interaktionella kommunikationen som subjektets möjligheter frigörs – utan att kunna dokumenteras traditionellt vetenskapligt med aktuellt tillgängligt språk – det vill säga förståelsen för den egna situationen, hoppet, visionen. I den *instrumentella* kommunikationen har den objektseende läkaren som mål att ta kontroll över patienten och kan givetvis dokumentera det han med sitt perspektiv uppfattar.

Känslor uttrycks med relationer

Känslor styr i någon mån allt mänskligt handlande. Handlingar iscensätts också ofta för att förmedla plågsamma upplevelser av oförmåga, det vill säga upplevd relation mellan det vi vill och det vi förmår. Jag är *oroad*, känslomässigt upprörd, inför risken att *alla* vackra allmänmedicinska utvecklingstendenser skall kvävas. Det går inte att förmedla känslor med konventionella språkliga medel. De måste medieras med hjälp av *förhållandet* mellan aktuell och önskvärd situation. På samma sätt försöker den "psykosomatiskt sjuke" förmedla sina upplevda relationsproblem med kända sjukdomssymtom som språkligt medel. Egentligen uttrycker de något individen upp-

fattar svårförståeligt, en relation mellan den handlande som person och dennes verklighet. Det *meningsfulla* i ett sådant budskap förstår vi först när vi ser det kommunikativa innehållet som ett led i vidare försök att få bekräftelse på en föreställning om utsikterna att bli hörd och sedd via handlingar. Hoppet om gensvar på existensiellt berättigande (betydelse) driver oss att bland olika alternativ välja sådana handlingar som i en viss situation bäst överför besvarbara budskap. Det är lättare att säga "magvärk" än att med nyanserade ord försöka uttrycka en gnagande ångest inför ett omöjligt val. Patienten väljer den strategi som maximerar möjligheten att bli förstådd, hörd, sedd. Han (hon) har en föreställning om att läkaren uppfattar magkattarr mer som organfel än som ett sätt att uttrycka existensiellt betingade svårigheter.

Kunskap, makt och möjligheter

Den som vågar ifrågasätta det outtalade och formulera handlingar som inte självklart ger de sociala poäng som ogenomtänkt utförda vetenskapsliknande reproduktioner ger, han eller hon *kan* utveckla aktuell handlingsarena i alternativ riktning. Det etablerade systemets representanter har som strategi att undvika att notera eller debattera alternativa synsätt. Meriteringsystem för forskare och regler för ekonomisk resursfördelning kväver nya perspektiv. Positioner och privilegier försvaras framför allt med hjälp av mer oväsen av oreflekterat traditionellt slag.

Det nya i Umeå är att en liten grupp allmänläkare sedan många år på allvar försökt tänja förståelsegränserna inom allmänmedicinen. De har samarbetat med representanter för både human- och naturvetenskapliga fakulteter. Om allt det här finns att läsa i fem årsrapporter/verksamhetsberättelser och i ett 80-tal artiklar från allmänmedicinska sektionen, Umeå universitet. I dessa och i den litteratur de hänvisar till finns rikliga exempel som antyder en medvetenhet om allmänmedicinens möjligheter att som en särskild och positivt formulerad specialitet tillföra något till medicinsk kunskapsutveckling och praktik. Naturligtvis finns också i artiklarna moment av traditionell natur. Forskarna ska inte bara leva trivsamt, de skall existera också.

Umeåskolans profil

Man har i Umeå tagit mindre fasta på naturalistiskt organiserad kunskap och teknokratiska lösningar på mänskliga problem. I stället har man patientens egna möjligheter för ögonen. När jag nu väljer att belysa Umeåskolans insats med reflexioner kring ett litet urval artiklar, så gör jag det väl medveten om att icke nämnda kolleger också bidragit till den människo- och kunskapsutveckling arbetena avslöjar.

Ulla Söderholm har i en rad artiklar frikostigt delat med sig av sina erfarenheter. I ett medicinskt humanveten-

skapligt perspektiv betonas mer förståelse och samarbete mellan individer och grupper än kontroll, kamp och konkurrens. Hennes programförklaring kommer fram i en framtida tillbakablick på vår tid (1). Ulla avslöjar en förmåga att i sin handlingsvägledning väva in visioner om ett vackert mänskligt liv. Dessa är resultat av feed-back på kreativa handlingar i vardagliga möten. Självreflexion och studier av skönlitteratur med mera berikar det öppna sökandet.

I avsnitten om cancers gäta och synen på hypertoni i vår tid ironiserar Ulla över den trångsynthet som styr forskningen. De som fattat det naiva i vår tids positivistiskt styrda korrelationsysteri hade "inte samma möjlighet att göra sin röst hörd som de som var inne i etablissemangen... Man hade på något vis fixerat sig vid sådant som är lätt att mäta och registrera: blodtryck, antal cigaretter, kaffekonsumtion, vikt och blodfetter... Anpassat forskningen till de metoder som man hade och till vad som var lätt och populärt att skriv avhandlingar om."

När jag för första gången läste Ullas artikel 1984 tändes ett hopp, förtvivlans motpol. Jag var själv handlingsförslamad av brist på "kommunikativ näring". Handlingsförslamning och upplevt förtryck visade jag utåt med likgiltighet och vanmäktigt missnöje. Jag försökte i analogi med den "psykosomatiskt sjuke" uttrycka min kringskurna handlingsrepertoar med självdestruktiva handlingar. Vad jag icke kunde finna ensam är just detta som utvecklas i dialogen mellan människor; hoppet, handlingskraften, visionen. Ulla artikulerade det sammanhang i vilket min vanmakt vuxit. Artikelns fick mig att förstå att jag inte var ensam. Hon gav mig hopp om att någon skulle kunna höra också mig om jag försökte bli värderad på basis av *mitt* handlande. Det är framför allt gensvaren vi behöver för att *befinna* oss väl, för att må bra. När jag omsätter i vardagliga mänskliga möten teorin bakom dessa personligt upplevda samband mellan existensiella frågor och depressivt beteende kan jag hos mina medmänniskor underlätta det växande som får vanmäktiga att avstå från både mediciner, skilsmässa, alkoholism och självmord. Min handlingsförmåga bygger då på andra kvaliteter än mekanistiskt organiserade faktabanker i hjärnan.

Niels Lynöe jämför i en mycket stimulerande artikel (2) medicinsk rationalitet med det otänkbara för Pytagoras samtida att använda icke-rationella tal för att uttrycka något inom ramar för deras konventionellt bestämda heltalsuniversum. Att de övriga i gruppen i Umeå förstår innebörden av de medicinska implikationerna i denna analogi och också handlar i mänskliga möten, vägleda av motsvarande föreställningar, visdar artikel efter artikel. Den här typen av kunnande går bara att erövra genom handling, tanke och

eftertanke. Niels hade inte kunnat uttrycka sina väl funna bilder utan aktuell sparring och kommunikativt klimat.

Bengt Matssons produktion präglas av ett lågmält och intensivt arbete med klar humanvetenskaplig prägel. Att hans paradigmiskt otrogna sökande måste ske i "uppforsbacke och motvind" (3) bekymrar inte Bengt. Han vet med Karin Boye att "nog finns det mål och mening i vår färd - men det är vägen som är mödan värd" (4). "Är de existensiella frågorna möjliga att reducera till forskningsbara variabler? Ord räcker ej, de syftar på en upplevelse men är inte upplevelsen. I det ögonblick då jag uttrycker min upplevelse i ord har den försvunnit" (4). Med dessa ord fångar Bengt det dilemma som naturvetenskapsmännen tar hela sin omedvetna subjektivitet i anspråk för att inte fatta. Känslor kan bara uttryckas med relationer, i sista hand mellan Jaget och världen. Budskap ska inte manipuleras, de bör utgöra näring för respekt, gensvar, förståelse. Sjukdomssymtom är bland annat *uttryck* för något.

Spänningen mellan fysikalism och existentiell humanism är central även för Carl Edvard Rudebeck. Patienten uttrycker någonting med sina handlingar. Vår uppgift "är att underlätta för människor att träffa val som gör att de stärker sin hälsa" (5). Helhetssynen som vägledning i vår verksamhet "blir ingen arbetssam sammanfogning av delar som egentligen söker splittring utan en tvingande verklighet" (5).

Carl Edwards intensiva debattinlägg om sjukvårdens effektivitet rekommenderas till noggrant studium i sin helhet (6). Den verifierar värdet av Umeågruppens mångåriga öppett sökande dialogcirkel där utvecklande handlingsvägledande föreställningar i sig integrerar praktiska erfarenheter och teoretiska kunskaper från skilda och omfattande områden. Artikelns antyder att de specifikt allmänmedicinska perspektiv som grott i Umeå kommer att kunna leda till effektivisering av hela hälso- och sjukvårdens verksamhet. När vi kan formulera kategorier som aldrig kommer att upptäckas med traditionell naturalistisk kikarsyn på människan, då garanterar detta att nya begrepp berikat vår handlingsrepertoar. Ty vid *integrerad* forskning och praktik, tanke och handling (i avsikt att nå förståelse av samband mellan verkliga företeelser och dess begreppsliga motsvarighet) borgar förmågan att i ord kunna formulera företeelserna i den konkreta verkligheten för att praktiken inte är en illusion. Den som däremot då och då med kikarsikte och med färdigformulerade medvetandebegränsningar vågar lämna sin teoriverkstad och låter sig konfronteras med en förutfattad verklighetsbild - han lever *enbart* i illusionernas värld. Det han skriver *kan* naturligtvis överensstämma med existerande företeelser natur, men det finns inga garantier

för detta: "det blir svårt att åstadkomma en rationell omfördelning av arbete och resurser inom sjukvården så länge som det som sker (i övergångszonerna mellan sjukt och friskt och mellan liv och död) ligger dolt i det kliniska enskildheternas töcken utan samlade överväganden och handlingar" (6).

Sammanfattning

Det är av enastående stor vikt att svensk allmänmedicin bereds möjligheter att utvecklas i den riktning Umeåskolan stakat ut. Först när vi har formulerat det vetenskapliga och det praktiska innehållet positivt det som gör allmänmedicin till en särskild specialitet, först då kan vi på ett konstruktivt sätt integrera i det nya territoriet av konsistenta begrepp sådant som går att hämta ur andra specialiteter. Att ledaren spelar en nyckelroll för mobilisering av kreativa handlingar och latent förmåga har visats på ett *positivt* sätt i Umeågruppen.

"En människa utan visioner är bara en halv människa" (Freire).

En vision faller inte över oss bara för det vi talar eller skriver om den. Vi måste kämpa för och stödja våra kolleger i deras tydliga kamp mot både inre utbildningsbetingat förtryck och yttre förtryck i form av mer naturalistiskt oväsen. Detta gör vi allmänläkare bäst genom att till exempel reflektera och handla, genom att tänka igenom och publicera fallbeskrivningar med rent humanvetenskapligt innehåll.

Min genomgång visar att utvecklingsarbetet i Umeå kan tillföra svensk allmänmedicin ett teoretiskt och praktiskt fundament just genom att man där inte låtit tankeverskamheten begränsas av omedvetna låsningar och falsk objektivitet. Förståelsen av den tekniska hanteringen av mänskliga delproblem måste ses som ett väsentligt *komplement* till förståelsen av människan som social varelse, produkten av egna valhandlingar, inte bara resultat av teknisk-fysisk påverkan. Det vore intressant att i AllmänMedicin få se en samlad redogörelse för vad man gjort på andra orter i landet för att förstå det specifika i allmänmedicinen som specialitet.

Litteraturreferenser:

1. Söderström U. Drömmen om en värld där människan styr sina krafter i det godas tjänst. Läkartidningen 1984;81: 3512-15.
2. Lynöe N. Placebo - doktorn som drog. (Under publ.)
3. Mattsson B. Allmänmedicin - ett nytt ämne i läkarutbildningen ur Läkarutbildning och Medicinsk forskning i Umeå 25 år. 1984: 25-8.
4. Mattsson B. Ägandetendens i sjukvården, ett sätt att undvika ansvar. Medicinsk kommentar. Läkartidningen 1980;77: 1729-30.
5. Rudebeck CE. Allmänläkaren som visste för mycket. AllmänMedicin 1984;5: 188-9.
6. Rudebeck CE. Visst kan sjukvården bli effektivare! Läkartidningen 1985;82: 2307-8.

Författarpresentation:

Olle Hellström, distriktsläkare på Vårdcentralen, 78041 Gagnef i Dalarna.

Debatt

Allmänläkare i biståndssvängen

Att få delta i utveckling

INGEMAR HERMANSSON

Mot bakgrund av personliga erfarenheter under åtta års biståndsarbete diskuterar författaren det medicinska biståndets roll och utformning. Bistånd är bara en del av våra relationer med tredje världen. Man måste analysera internationella relationer, samhällsstruktur för att hitta bra vägar för bistånd. Tredje världens länder måste själva bestämma över resursanvändningen; om den stämmer med våra "biståndsideal" kan vi tillskjuta finansiella eller kunskapsmässiga resurser. Mötet med u-landspersonalen måste ske i en anda av jämlikhet. Allmänläkare har många kunskaper och erfarenheter som är användbara i biståndssammanhang.

Nyckelord: Allmänmedicin, u-land.

1970-72 Tunisien

"Svenskar är de värsta rasister jag träffat, till och med värre än fransmännen", sade den kraftfulla tunisiska sköterskan till mig. Jag var ny på det svenskt styrd barnavårdsprojektet i Tunisien, förut franskt "protektorat". Hennes ögon blixtrade, mungiporna drogs ned i en förakttfull grimas. Den svenska personalen hade lagt beslag på en toalett för eget bruk (svensk personaltoalett) och hänvisat den tunisiska personalen till en annan (tunisisk personaltoalett). Också andra kontaktstörningar fanns. Tunisierna talade om för mig, som var ny, ute på mitt första u-landsuppdrag, att de inte accepterade sådant. Tillsammans ändrade vi missförhållandet.

Ett av projektens syften var givetvis kunskapsöverföring och försök att motivera tunisierna att driva vidare en sund barnavård med prevention och god nutrition. Innehållsmässigt var det inget fel på programmet. Men hur tror man, att man skall kunna motivera sina "counterparts" om man behandlar dem som om vi är vi och de är de? Om de betraktas som för orena att gå på samma toalett? Våra "counterparts" är våra medmänniskor, med annan bakgrund, andra erfarenheter, ofta djupare insikt i livets grundvillkor - de har mycket att lära oss. Känner de inte att

vi betraktar dem som jämbördiga människor vill de inte ta emot den kunskap vi (eventuellt) har att ge dem (1).

"Detta är ett fattigt land, som hjälper ett rikt land att känna sig som hjälpare", sade den tunisiska sjukvårdsadministratören för guvernoratet, när han såg hur de inhemska resurserna drogs alltmer till den lilla del, där vi svenskar styrde. Vi har startat i och för sig lovärda aktiviteter inom barna- och mödravård. En del svenskar hade gjort briljanta soloinsatser, men det krävde också tunisiska resurser. Vi hade inte den rätta överblicken och lokalkunskapen för att fördela riktigt. Ur jämlikhetssynpunkt var vi farliga (2).

Det bästa i Tunisien-projektet var forskningar om tunisiska barns hälsa och nutritionstillstånd, ledda av professor Yngve Hofvander, där det var en fröjd att få delta. De pekade på väsentliga problem i landet och ledde också till en lokal handbok om barnnutrition. Forskning om u-landsproblem, där resultaten är till för landets egen befolkning, kan vara fina biståndsinsatser.

Efter mina upplevelser i Tunisien har jag aldrig trott på de ljuva locktonerna i biståndsdebatten att vi svenskar måste bestämma mer i u-landet om biståndsresursernas användning (3). Vi har sällan eller aldrig tillräckliga kunskaper om förhållanden i andra länder för att klara det. Låt hellre landets egna göra större eller mindre missstag, de kommer att lära av det. Vi skall vara deras partner i samarbete.

Etiopien 1974

Jag var i Etiopien just under revolutionens inledningsfas under den torkkatastrofen. Jag arbetade några månader i den extremt heta Danakilöknen, "jordens helvete" enligt en thriller från kiosklitteraturen. Som västerländsk biståndsarbetare kunde jag simma i en swimmingpool för tjänstemän grupp I och beställa drinkar i deras bar på bomullsplantagen vid Awash-floden. Plantagen var en del av ett brittiskägt, multinationellt företag.

Vi försökte ge sjukvård, organisera vaccinationer och fördela föda bland afarerna, ett halvnomadiserande, djurskötande folk, som var de egentliga ägarna till området. De avhystes ibland under torkan med hjälp av militär och polis, när de sökte sig ned mot Awash-

floden för att hitta lite vatten, eftersom de då måste gå över plantageområdet (4). De var inte längre önskvärda på sina egna marker, som tagits av ett multinationellt företag i samarbete med den förra etiopiska regeringen.

På plantagen fanns chefsvillor, villor för tjänstemän grupp I och lite enklare villor för tjänstemän grupp II, som också hade en liten mindre swimmingpool och bar. Fast anställda etiopiska arbetare hade hyddliknande men bra bostäder. Utanför plantagen fanns en oordnad by med folk av olika etniskt ursprung, som väntade på säsongarbetet, bomullsplockningen. Där fanns sprit- och ölbarer, gonorrésmittade skökor, den råa, manliga sexualitetens tjänrinnor. Konflikter, våld och mord var vanliga. Hygienen var urusel. Längst bort, ute i öknen fanns markens egentliga ägare, afarerna, föraktade av de flesta. Deras samhälle var ålderdomligt, halvfeodalt. I torkan i öknen dog deras djur, de fick ju inte komma ned till floden. De själva hungrade eller törstade ihjäl, medan vi badade i swimmingpoolen. Jag tyckte mig se ett tvärsnitt av världens klasstruktur.

Ett stort, västerländskt bistånd mobiliserades, till att börja med dåligt samordnat. Jag tänkte: bistånd kan så lätt bli ett skrapande på ytan. Vi uppriktade av massmedias bilder. Vi deltar i hjälpaktioner. Vi glömmar snart. Men kvar finns orättvisans strukturer, som är en bakgrund till katastroferna. Biståndet, även det medicinska, måste sättas in i ett större samhällsligt perspektiv: är det en del av en utvecklingsprocess mot jämlikhet och rättvisa? Katastrofbistånd måste finnas, är nödvändigt, men det räcker inte med det (5).

Och det räcker inte heller med bistånd. Våra relationer med tredje världen går till ringa del genom biståndskanaler. Det finns andra kanaler: finansiella, kommersiella, teknologiska, kulturella med flera och överallt har vi övertag- och deltar ofta i utsugningen av tredje världen (6).

Nord-Jemen 1977-82

Hälsovårdens biståndsorganisationer samlades i Sana'a, huvudstaden med sagolik arkitektur, för att diskutera hur vi skulle arbeta. Mot bakgrund av mina erfarenheter sade jag: "vi vill arbeta på ett jemenitiskt sätt". Ett västerländskt hänskratt rundade genom salen. OK, det fanns korrupsion, slapphet, brist på kunskap, erfarenhet i Jemen, mycket fungerade dåligt. Men man måste ha varit västerländskt blind, om man inte kunde se den jemenitiska klarsynen, viljan till förändring, studielusten och den djupgående erfarenheten av vad som är möjligt att göra i det egna landet.

Några år senare, när Hälsoministeriet blivit lite starkare, sade den jemenitiska hälsoministern inför alla biståndsorganisationerna: "Gör som svenskarna, arbeta med och genom

oss, stöd oss". Något hänskratt hördes inte längre. Det finns utländska resurser, kunskaper, erfarenheter och pengar, men landet heter Jemen och till slut är det jemeniterna som vet hur man skall göra det och kommer att göra det.

Alma-Ata-Deklarationen 1978 om "hälsa för alla år 2000" med sin rekommendation om basal, enkel, praktisk, vetenskaplig sjuk- och hälsovård betydde mycket för oss. Hälsoministeriet drog så småningom igång primärvårdsprogrammet. Det var fascinerande att delta och våra satsningar på utbildning av jemeniter började ge utdelning (7, 8).

Men strukturen i Nord-Jemen är svår. Den privata sektorn drar resurser till större centra och till kurativ vård. I en by hade primärvårdsvårdare med sitt begränsade antal läkemedel, sina vaccinationer, sin hälsoupplýsning svårt att dra folk, medan den okunniga privata vårdaren, med sitt sinne för pengar, hade all världens medikamenter, gav injektioner mot allt ont och fick massor av patienter, samtidigt som han förvred folks syn på vad som är riktig sjuk- och hälsovård. I en karikatyrmässig skärpa såg jag hur snett sjukvården kan gå, när vinstintresset får styra och inte befolkningens behov. Låt oss förskonas från detta i Sverige!

Fruktansvärt var det också att se hur multinationella företag säljer mediciner i tredje världen, mediciner, vars biverkningar är alltför farliga för oss svenskar. Detta är hänsynslöst mot människor. Neutralisera allt vinstintresse i sjuk- och hälsovård!

Trots att jag är svag i arabiska, kände jag mig efter 5 1/2 år där som hemma. Landets problem blev en del av mina problem. Kurser i språk, u-land, hälsovård, u-landskunskap hade så småningom givit mig bättre överblick. Jag blev planerare, budgeterare, kontakman och lärare. Men kanske jag givit det jag kunnat ge. Egentligen är jag ju glesbygdsläkare i Sverige???

Allmänläkare med kompletterande utbildning för u-land är nog en lämplig grupp för biståndsarbete. Vi skall ha en förmåga att se samhälleliga sammanhang, en vana att samarbeta med andra sektorer. De medicinska frågorna är sällan av specialisttyp. I bästa fall har vi viss lärar- och upplysande erfarenhet. Vi skall vara de breda greppens läkare. Vi har vanan vid mjukdata. Allt detta är värdefullt i u-land.

Syd-Jemen 1985-86 "Det finns inga intelligenta jemeniter", sade den västerländska ambassadkvinnan till mig. Jag studsade, hade mött så många och skulle möta många fler. Hälsoministeriet i Aden, den gamla brittiska kronkolonien, nu en socialistisk republik, tog med mig på resor i hela landet. Man ville visa mig problemen. Man behandlade mig som en partner i utvecklingen, en tänkbar resurs och resursförmedlare, det kändes bra.

I mars-april 1985 satt jag i nya medicinska fakulteten i Aden, inbjuden att delta i femårsplaneringen för 86-90. I samarbete med välutbildade, i många fall högt begåvade jemeniter, gjorde jag förslag till program för primärvårdsvård, prevention, gjorde femårsbudget för kurser, utrustning, transportmedel. Aktiviteten och entusiasmen var hög. Vi planerade bort för mycket pengar. Vi fick krympa, men krympningen skedde alltid så att de mest behövande skulle få mest av det nya tillskottet av hälsovårdsresurser (9). Vi planerade också för handikappade barn, för primärvårdsforskning. Jag kände mig engagerad. Jag gjorde sedan mitt bästa för att argumentera för ökade svenska tillskott till detta amtibiösa u-land (10).

Men svårigheter finns i hela tredje världen. Tålmodet måste vara oändligt. Vi besökte ön Socotra i Indiska Oceanen, en del av Syd-Jemen, fram till revolutionen 1967 styrd av en sultan, som då avsattes. En av hans döttrar, alltså en sultanprinsessa (vad får man inte se i biståndsarbete) är nu vanlig sköterska-barnmorska på ön. Men arbetet fungerar inte bra.

Viktshorten fylls inte i, ordningen är dålig. Skall man döma ut vården? Nej, förklara varför och rusta upp. Personalen hade för svag utbildning. Alfabetiseringskurser var deras grundskola, efter sköterskeutbildning hade de sedan lämnats utan övervakning av högre utbildad personal. Vad vi såg var bara början till ett sjuk- och hälsovårdssystem. Femårsplaneringen handlade mycket om åtgärder för att höja kvaliteten.

Ett u-land kan inte bygga allt på en gång, näringsliv, skolor och hälsovård. U-landsmänniskan måste ha ett stort tålmod. Vi biståndsarbetare måste också ha tålmod. Att det inte fungerar beror inte på att folk är dumma. Vår skarpsynthet skall vi använda till att se var vi kan sätta in våra resurser som bara är en ringa återbetalning av allt vi fått från tredje världen.

Den 13-18 januari 1986 låg jag i ett hus mitt i stridslinjen i inbördeskriget Aden, rädd att sticka upp huvudet till fönsterhöjd. Tanks, granater, kulspurteld, springande soldater, flyg och kanonmuller. Bullernivån i krig är enorm, man får inte sova. Ett fem dagar kort prov på krigets fasor. Jag tänkte: "Vilken gynnad varelse jag alltid varit - men inte vill jag dö här och nu".

Kriget utlöstes av intern maktkamp, förstärktes av kvardröjande, regionala motsättningar, som vi föraktfullt brukar kalla stamstrukturer, fast vi alla också tillhör olika stammar. Det var som en fasansfull olyckshändelse, ett meningslöst krig, i det mest ambitiösa utvecklingsland jag sett. Politiken är densamma efter kriget. OK, skrota alla vapen i världen och överför resurserna till jämlikhetens sjuk- och hälsovård. Men glöm inte att de förtryckta i världen, jordens fördömda (11), måste ha rätt att resa sig ur förtrycket, försvara

sig mot det övervåld de utsätts för, dagligen, nu och sedan århundranden (12).

Som alla privilegierade människor skeppades jag ut ur Aden och det på brittiska drottningens lyxkryssare "Britannia" (och jag som alltid varit republikan). Skeppsrkestern ställdes upp i färggranna uniformer och spelade Glenn Miller för oss lyxflyktingar – ungdomsnostalgi för mig, men det passar inte med en rykande krigsstad bakom ryggen.

De ekonomiska skadorna var stora, men när jag kom tillbaka till Hälsoministeriet i Aden i april 1986 var utvecklingsviljan i Hälsoministeriet lika stark som förut. Jag hade inte heller väntat mig något annat. Trots alla problemen har jag alltid känt mig mer optimistisk i tredje världen än i Sverige. Varför?

Värmen i kontakten, utvecklingsviljan, att man aldrig ger upp trots alla vidrigheter. Kanske också att man slipper se "Rapport" och "Aktuellt" med det negativistiska urvalet av så kallade nyheter, som alla våra massmedia ägnar sig åt. Man trummar in allt hemskt som händer, alla misslyckanden. Men: det pågår mycket uppbyggnadsarbete i tredje världen, mycket kamp för behovstillfredsställelse, jämlikhet och rättvisa. Låt oss delta i den kampen!

Litteraturförteckning:

1. Freire P. Pedagogik för förtryckta. Stockholm: Gummessons Kursiv, 1972.
2. Hermansson I. Att överlämna ett projekt. Stockholm: Sida Rapport nr 4/72: 14–18.
3. Andersson C, Heikensten L, de Vylder S (red). Bistånd i kris. Stockholm: Liber förlag, 1984.
4. Bondestam L. Den dömda dalen. Lund: Forum-Utkik, 1974.
5. Jonung L. U-landsekonomi. Stockholm: Liber förlag; Ekonomi under debatt, 1983.
6. Hermansson CH. Sverige i imperialismens nät. Stockholm: Arbetarkultur, 1986.
7. Hermansson I. Hälsa för alla i Nord- och Syd-Jemen år 2000? Vilhelmina: Forskningsenheten i Vilhelmina 2: 1984.
8. Hermansson I. Nord- och Syd-Jemen startar primärvård. AllmänMedicin 1984: 170–174.
9. Hermansson I. Primärvården och allmänmedicinen i en bristsituation. AllmänMedicin 1986: 130–132.
10. Lackner H. PDR Yemen-outpost of socialist development in Arabia. London: Ithaca Press, 1985.
11. Fanon F. Jordens fördömda. Stockholm: Raben och Sjögren, 1969.
12. Memmi A. Portrait du colonisé. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1973.

Författarpresentation:

Ingemar Hermansson, distriktsläkare i Vilhelmina.*

*Postadress: Storgatan 17, 912 00 Vilhelmina

D
ebatt

Primärvårdsbyrån städar ut allmänmedicinen

CARL EDVARD RUDEBECK

På Socialstyrelsens Primärvårdsbyrå saknar man förståelse för allmänmedicinens internationellt accepterade grunder. Detta framgår av ett debattinlägg signerat Ulf Nicolausson i AllmänMedicin 1/87. Med den medicinska profilering och samhällsorientering som Nicolausson förespråkar städas allmänmedicinen ut från den svenska primärvården.

Primärvårdsbyrån städar ut allmänmedicinen

I AllmänMedicin 1/87 går Ulf Nicolausson, chef på Socialstyrelsens Primärvårdsbyrå, till angrepp mot Göran Sjönelles husläkarförslag (ledare i samma tidning 4/86). Han nöjer sig emellertid inte med detta utan levererar en attack mot allmänmedicinen som medicinsk disciplin överhuvud taget. Åtminstone är detta den tolkning, som hans inlägg omedelbart inbjuder till. Sakfrågan gäller det av UN många gånger påkallade behovet av "differentierad kompetens" i primärvården.

Specialiseringen är ett av den moderna kliniska medicinens viktigaste kännetecken, kanske det allra viktigaste. Dess syfte är att höja kvaliteten. Fördjupning ökar kompetensen att handlägga avgränsade grupper av medicinska problem. Kunskapsmängden inom medicinen har också blivit så stor, att den måste fördelas på många mindre områden.

Specialiseringen är på detta sätt intimt förbunden med hög kvalitet. Var kommer allmänmedicinen in i detta?

Är allmänmedicinen egentligen bara en vårdpolitisk idé och från medicinsk synpunkt ett provisorium, där ekonomiska och organisatoriska omständigheter omöjliggör ett specialiserat sjukvårdsutbud?

Eller är i stället allmänmedicinen att betrakta som en specialisering – en betoning – inom medicinen, som med ett eget kunskapsområde och med egen metodik likt andra discipliner tillvaratar kvaliteten framför allt i kraft av sin särart?

Att primärvårdssatsningen inte har något med allmänmedicinen som vetenskaplig disciplin att göra utan i stället har vårdpolitisk bakgrund är nog ganska klart. Men som UN mycket riktigt påpekar i sin artikel är primärvår-

den och allmänmedicinen olika saker och allmänmedicinen måste därför i första hand diskuteras som medicinsk specialitet. När han själv gör detta, intar han emellertid med logisk kraft provisorieståndpunkten. På primärvårdsbyrån tror man inte på allmänmedicinen och det är angeläget att göra detta tydligt för svenska allmänläkare.

Profilering eller oselektat arbete

UN ser allmänmedicinen som en hopplös strävan att "göra allting". Han avfärdar därför, det engelska listsystemet och föreslår i stället medicinsk profilering. Han inser inte, att listsystemet, eller det geografiska området, som är den svenska avgränsningsprincipen, just uttrycker allmänmedicinens särart. I ett kliniskt arbete som kännetecknas av kontinuitet i förhållande till människor av bägge könen, alla åldrar och till familjer och där dessutom alla typer av hälsoproblem står på dagordningen, ger själva vardagen en nödvändig mänsklig och social relief. Symtomens innebörd för den enskilde blir ofta tydliga och medicinska och icke medicinska orsaker till symptom kan vägas mot varandra med stor sakkunskap och utan oprecis utslutningsdiagnostik. Den medicinskt, tekniska interventionen kan hållas tillbaka till förmån för de helande krafter som finns i och kring människan själv. Det är här som allmänmedicinens specifika kvaliteter ligger och som måste ställas i förhållande till specialiseringens förtjänster och brister. Specialiseringens mest uppenbara baksida är en dogmatisk, och i medicinskt handlande, omsatt oförmåga att se de många gånger självklara sammanhang inom vilka hälsa och ohälsa avgörs.

Kontinuiteten, tillgängligheten och familjeperspektivet är för allmänläkaren vad kniven är för kirurgen. Men nödvändiga praktiska förutsättningar borgar inte självklart för hög kvalitet. Omfattande klinisk träning under handledning måste till för att den blivande allmänläkaren ska kunna tillgodogöra sig sina specifika, kliniska förutsättningar. Kunskap måste utvecklas, som gör att man faktiskt får förklaringar på det man upplever och observerar i det dagliga arbetet. En vetenskaplig betoning på hälsoproblemen som fenomen i människors liv i stället för som biologiska fenomen är nödvändig, om kunskapen ska nå sam-

Tabletter kan ge direkt lokal irritation på magen.



ASA och andra antiinflammatoriska som används
vid tex osteoartrös och reumatoid artrit.

Felden®

Pfizer

Suppositorier 10 mg och 20 mg

Antiinflammatorikum med analgetisk och antipyretisk effekt.
Grupp 12B.2510

Deklaration. I suppositorium innehåller: Piroxicam
10 mg aut 20 mg et. const. q.s.

Indikationer. Reumatoid artrit, osteoartrös och Mb.
Bechterew

Kontraindikationer. På grund av korsreaktion skall
FELDEN ej ges till patienter som fått symptom på astma,
rinit eller urtikaria via intag av acetylsalicylsyra eller
andra antiinflammatoriska medel av icke-steroid natur.

Aktivt ulcus ventriculi eller duodeni. Tillstånd med ökad
blödningsbenägenhet. Suppositorierna skall inte använ-

das av patienter med inflammation eller nyligen inträffad
blödning i rektum eller anus.

Försiktighet. Ulcus ventriculi eller duodeni i anamne-
sen. Patienter med nedsatt hjärtfunktion. Tillägg ytterligare
erfarenhet erhållits bör FELDEN inte ges till barn.

Graviditet och amning. Kategori C. Se speciellt
avsnitt märkt g i FASS. Antiinflammatoriska med hämmande
effekt på prostaglandinsyntesen, givna under senare del
av dräktighet, ger djurexperimentellt upphov till int-
eruterin slutning av ductus arteriosus. Givna i fullgången
tid kan de förlänga väckarbete och fördröja förlösning-
en. Då data finns för att detta är relevant också för
människa, bör konvulsiv behandling med antiinflammato-
rika under sista månaden av graviditeten endast ske på
strikt indikation. Under dagarna närmast före beräknad
förlösning skall medel med prostaglandinsynteshäm-

mande effekt undvikas. Piroxicam passerer över i
modersmjölk, men risk för påverkan på barnet synes
osannolik med terapeutiska doser till modern.

Biverkningar. *Gastrointestinala:* Dyspepsi, diarré. Fall
av blödningar eller perforering har rapporterats.

Allergiska: Exantem, urtikaria, rinit och astma. Liksom
med andra antiinflammatoriska kan Stevens-Johnsons syndrom
förekomma i sällsynta fall.

Dermatologiska: Erythema multiforme och ljusöver-
känslighetsreaktioner har rapporterats.

Centralnervösa: Huvudvärk, yrsel och trötthet har rap-
porterats.

Hematologiska: Hämmning av trombocytaggregationen
med ökad blödningsbenägenhet. Trombocytopeni och
trombocytopenisk purpura har rapporterats. Minskad
hemoglobinhalt och hematokrit utan tecken på

Osteoartrös, Reumatoid artrit och Mb. Bechterew.

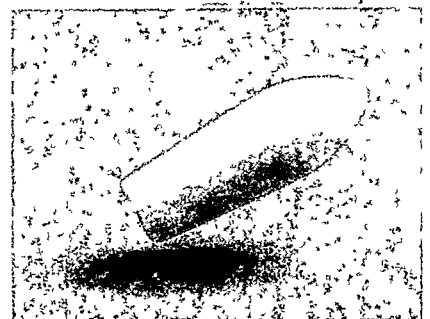
Felden suppositorium ger 24 timmars effektiv lindring utan tillägg av en enda tablett.

Effektivt mot nattsmärta och morgonstelhet.

Effektivt även under dagen.

AS[®] eller andra smärtmedel.

Urtikler.



FELDEN
SUPPOSITORIUM

gastrointestinal blodförlust har rapporterats. Enstaka fall av aplastisk anemi har rapporterats.

Övriga. Ödem. Detta bör beaktas vid behandling av patienter med misstänkt eller manifesterad hjärtsufficiens. Enstaka fall av förhöjda transaminaser finns beskrivna utan att ikterus eller andra leverfunktionsrubbingar påvisats. Piroxicam kan medföra reversibel stegring av reaktkväve utan att serumkreatininstegring eller andra tecken på njurpåverkan noterats.

Dosering. Rekommenderad dosering: 10-20 mg dagligen som engångsdos. Undantagsvis kan 30 mg per dygn provas, fördelat på flera tillfällen. Vid administrering av doser överstigande 20 mg per dygn ökar risken för biverkningar.

Interaktion. Eftersom FELDEN i likhet med andra antiinflammatoriska är högräddet bundet till plasmaal-

bumin och har liten distributionsvolym finns teoretiska möjligheter för så kallade displacement-interaktioner med andra starkt albuminbundna substanser såsom perorala antikoagulantia. Då plasmakoncentrationen är låg förefaller risken för displacement-interaktion vara liten. Patienter som behandlas med högräddigt albuminbundna läkemedel skall kontrolleras noggrant för eventuell dosjustering av FELDEN. Samtidig behandling med FELDEN och digoxin påverkar ej läkemedlets plasmaknivå.

Observera. Patienter med ulcüs i anamnesen bör kontrolleras kontinuerligt.

På grund av den renala utsöndringen av piroxicam skall patienter med gravt nedsatt njurfunktion kontrolleras noggrant. FELDEN i likhet med andra antiinflammatoriska medel av icke-steroid natur, minskar trombocytaggrega-

tionen och förlänger blödnings tiden, varför försiktighet bör iaktas vid dosering till patienter med ökad blödningsbenägenhet.

Liksom för andra icke-steroida antiinflammatoriska har ödem - främst ankelödem - rapporterats hos ett fåtal patienter. Detta bör beaktas vid behandling av äldre patienter eller patienter med nedsatt hjärtfunktion, där FELDEN kan ge upphov till hjärtsufficiens.

Förpackningar. Suppositorier: 10 mg
10 st, 50 st

Suppositorier: 20 mg
10 st, 50 st

Tillverkare. Pfizer
Ombud: Pfizer AB, Box 501, 183 25 Täby, tel. 08-759 01 30.

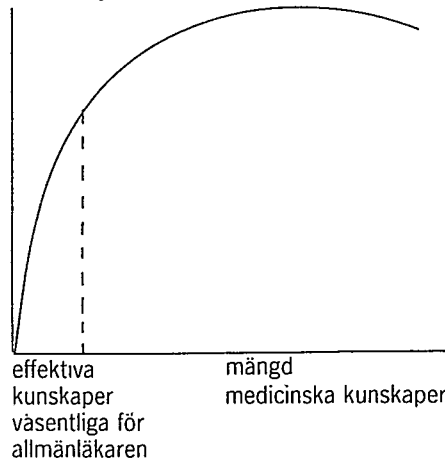
Pfizer

klang med praktiken. Ingen missuppfattning inom allmänmedicinen är större än att helhetssynen är att kunna alltting och att alltting är lika viktigt.

Angränsning nödvändig och möjlig

Men sjukdomarna då, blir här den obligatoriska invändningen. Självklart är de viktiga även på vårdcentralen. Kunskapen om dem som självständiga storheter utgör den sjukdomsorienterade medicinens tillämpning på och anpassning till primärvårdens epidemiologiska förutsättningar. Om allmänläkaren tränas till intellektuell vakenhet och öppenhet i stället för att skrämmas till en strävan att bli spränglärd, är en hård prioritering av det sjukdomsinriktade kunskapsstoffet fullt möjligt. Allmänläkaren utvecklar ett hanterligt instrument av medicinska kunskaper och kliniska undersökningsmetoder med hög verkningsgrad. Merparten av de medicinska kunskaperna är överkunskaper i förhållande till dem, som allmänläkaren kan använda. Över en kritisk gräns blir dessutom överkunskaperna en ren ballast. Det blir nämligen svårt att skilja viktigt från oviktigt, när kunskapen själv och inte ett professionellt förankrat kunskapsbehov tar kommandot. Se figur!

Figur:
Förhållandet mellan medicinsk kunskapsmängd och "klinisk nytta".
"klinisk nytta"



Praktiskt blir naturligtvis avgränsningsprincipen att vid de tillstånd, där det oselektade arbetet inte ger tillräcklig erfarenhet, patienten remitteras till eller direkt vänder sig till specialist. Här finns ju redan en mängd överenskommelser runt om i landet, som nästan har karaktären av vårdprogram. Andra gånger handlar det om enskilda överväganden och diskussioner mellan kolleger emellan. Några stora nackdelar för den specialiserade medicinen och patienterna med nuvarande arbetsfördelning har, så vitt jag vet, inte påtalats. Oaktat UN:s syn på allmänmedicinen är det svårt att förstå hans starka krav på "differentierad kompetens".

På teorins område avgränsar sig allmänmedicinen längs den linje, där ett humanvetenskapligt synsätt i förhållande till patienternas behov är irrele-

vant eller fördunklande. Verksamhetsområdet (det man gör), kunskapsområdet (det man måste kunna) och det vetenskapliga området (dominerande teoretiska perspektiv) har långt ifrån identiska gränser, men detta gäller all praktisk verksamhet som vägleds av vetenskap och beprövad erfarenhet. Förhållandet mellan sjukgymnaster och arbetsterapeuter är ett annat exempel på en oklar men ändå praktiskt hanterlig gränsdragning.

Allmänmedicinen en anpassningskonst?

Vissa förhoppningar väcks, när UN gör den nödvändiga åtskillnaden mellan allmänmedicinen som kunskaps- och verksamhetsområde. Kanske hittar också han en liten kärna? Förhoppningarna grusas dock omgående. Han skriver: "En flexibel arbetsfördelning vid vårdcentralen kan tillåta läkarna att fördjupa sina kunskaper inom olika områden, vilket måste innebära större möjligheter att öka kunskapsutvecklingen inom allmänmedicinen". Av den efterföljande meningens framgång det, att allmänmedicinens olika områden är "allt från barnhälsovård och barnsjukvård till geriatrik och gerontologi".

Aldrig någonsin blir för UN allmänmedicinen allmänmedicin, utan den är hela tiden någonting annat. Därav troligen också hans rädsla för den nödvändiga och livgivande spänningen mellan specialiserad medicin och allmänmedicin. Följden av hans resonemang är, att den bäste allmänläkaren är den som inte alls utövar allmänmedicinen. I stället bör han eller hon hära specialister genom att profilera sig eller möjligen bedriva samhällsinriktad hetsjakt på det onda kolesterolet och andra riskfaktorer hos medelålders män på dekret från HS90:s kansli.

Att den vuxna ohälsan sannolikt ofta börjar som psykosocialt lidande i barnaåren och att en familjeorienterad primärvård här skulle kunna göra viktiga insatser ägnar UN inte en tanke.

Han reducerar allmänmedicinen till anpassningskonst. Primärvårdsbyråns liknöjdhet och obefintliga förståelse för allmänmedicinens internationellt accepterade grunder är mycket beklagligt, då detta sannolikt försvårar en utveckling av primärvården som svarar mot människornas upplevda och faktiska behov. Utan allmänmedicinen som självständig disciplin förlorar primärvården sin viktigaste sammanhållande och utvecklande kraft.

UN:s inlägg får därför bli en kraftfull uppmaning till allmänmedicinen, att med bättre konsekvens än hittills hävda sitt vetenskapliga och praktiska fokus, som är den upplevande och handlande människan.

Författarpresentation:
Carl Edvard Rudebeck, distriktsläkare.

Postadress: Mariehems vårdcentral, Morkullevägen 9, 902 37 Umeå

FoU i allmänmedicin – en introduktion

Det finns inte många böcker om forskning inom primärvård och allmänmedicin och det är därför glädjande att Gösta Tibblin har tagit initiativet att skriva en sådan.

Det var en liten bok där författaren jovialt delar med sig sina kunskaper om den etablerade forskningens skrivna och oskrivna regler.

Tibblin understryker att det är fråga om en *Introduktion* och han deklarerar att "avsikten var att göra ett collage och plocka de bästa bitarna ur tillgängliga material och få en bok som skulle passa svenska förhållanden".

Utöver att Tibblin klippt och klistrat ihop, kanske inte alltid de bästa bitarna så bjuder han också på smakprov på det som en fransk filosof har kallat "forskarens spontana filosofi". Han ger till exempel sin egen syn på hur bildandet av ett vetenskapligt paradigm går till och tycks vara nöjd med UHÅs beskrivning av ämnesområdet. Trots detta går författaren ändå på jakt efter det han kallar NISCHER för den allmänmedicinska forskningen. Efter att ha givit exempel på sådana, lämnar författaren emellertid paradigmdiskussionen. Han inte bara lämnar denna utan han ser helt bort ifrån den när han kommer till de metodologiska avsnitten, där han istället tar hjälp av vetenskapsfilosofen Karl Poppers kritiska rationalism. Helt i överensstämmelse med Popper låter författaren metoderna definiera vad som är forskningsbart. Härmed får vi också en för allmänmedicinen inskränkande avgränsning när det gäller vilka frågeställningar som är vetenskapliga och vilka som inte är det.

En blivande allmänmedicinsk forskare kan känna sig på förhand vingklippt.

Tibblin anslår en förtrolig ton till exempel när han ger goda råd om det akademiska livets spelregler. När det till exempel gäller vem man ska citera i sina artiklar påminner han om att "... du kanske håller på att glömma att citera en blivande opponent eller samarbetspartner".

Karl Popper beskriver det vetenskapliga samhället som ett öppet samhälle, där forskarna presenterar sina teorier på ett sådant sätt att de är lättillgängliga för kritik. Thomas Kuhn beskriver däremot det vetenskapliga samhället som något av det mest slutna, rigida och repressiva som existerar – en verklighet som läsaren av Tibblins bok påminns om.

Men till vilken läsekrets vänder sig författaren? Vi hade väntat oss att det var till oss allmänläkare, men efter att ha läst boken känner vi oss inte så säkra på det.

*Ulla Söderström, Umeå
Niels Lynöe, Umeå*

Utvecklingsenheten för primärvård i Gävleborgs län, Hofors

MALIN ANDRÉ · MATS RIBACKE

Som pådrivande resurs för att etablera utvecklingsarbete inom primärvården har utvecklingsenheten/vårdcentraler under 80-talet byggts upp inom flera landsting. Hoforsenheten var en av de tidigaste. Den har fungerat i en mycket realistisk miljö, långt från sjukhus och med brist på allmänläkare. Erfarenheterna och lärdomarna därifrån bör kunna vara av intresse och till stöd för dem som engagerar sig i FoU-arbete inom primärvården på andra håll.

Nyckelord: Forskning, utvecklingsarbete, utvecklingsåtgärder.

Att presentera en utvecklingsenhet för primärvård är att berätta om en process där ideologiska motiv och övergripande syften bryts mot personliga resurser och intressen, lokala önskemål och behov och lokal vårdgivartradition. Vårdideologisk mognad och ambition skall inventeras och likriktas och via extra resurser resultera i utvecklande förändringsarbete.

Denna artikel kan uppfattas som en titt i backspegeln, vad hände de första fem åren vid Utvecklingsenheten i Hofors? Den ena av oss, MR, beskriver några viktiga processsteg och arbetsområden, varpå MA refererar och kommenterar några projektrapporter. Vi avslutar med att utifrån våra erfarenheter diskutera företeelsen utvecklingsenhet/utvecklingsvårdcentral.

Bakgrund

Utvecklingsenheten för primärvård i Hofors är en länsresurs för Gävleborgs län och tillkom genom ett politiskt beslut 1979. Den började byggas upp 1981. Motiverna bakom beslutet var flera.

Sedan början av 1970-talet finns i Gävleborgs län en väl etablerad central resurs för förebyggande arbete, hälsosektionen inom hälso- och sjukvårdsavdelningen vid landstingets kansli. Där pågick ett inventerande registerarbete, som så småningom resulterade i kommundiagnoser för länet. Man upplevde nu behov av en enhet ute i vården, där man kunde pröva modeller för förebyggande aktiviteter med utgångspunkt i detta arbete. Uppgifterna om ohälsa skulle omsättas i riktade förebyggande insatser och på

så sätt skulle denna utvecklingsvårdcentral bli en metodprovningseenhet. Väl i linje med detta preventiva engagemang låg det då pågående HS 90-arbetet, där hälso- och sjukvårdsavdelningens chef fungerade som sekreterare. Han kom där i kontakt med förväntningarna om ökade insatser från primärvården och insåg behovet av utvecklingsarbete. Detta arbete borde ske i strukturerad och ändamålsenlig form och för detta krävdes kunskaper om former och metoder.

Som inspiration fanns också den utvecklingsenhet för primärvård som Blekinge län byggt upp i Olofström. Ett inte oväsentligt skäl till lokaliseringen i Hofors var rekryteringsproblemet på läkarsidan.

Läkarrekryteringsbehovet medförde att resurstillskottet byggdes upp kring läkargruppen. Förutom chefen, distriktsläkare i ordinarie vård till 50 procent, skulle övriga ordinarie läkare kunna avsätta 25 procent av sin arbetstid för utvecklingsarbete. Dessutom anställdes en projektsekreterare, (be-teendevetare) och en sekreterare.

Enheten förväntades "pröva praktiska arbetsformer för de teoretiska modellerna om primärvård", studera vårdkonsumtion, utvärdera vårdinsatser, stimulera FoU-arbete, svara för utbildningsinsatser samt stimulera rekryteringen av distriktsläkare.

Arbetsätt

Innan utvecklingsarbete kan starta måste medvetenhet och intresse för detta skapas och alltså själva idén med utvecklingsenhet förankras. Det måste göras tillåtet att ifrågasätta. Till en del är detta ett psykologiskt problem och ett utbildningsproblem som får finna sin lösning efter lokala förutsättningar, men samtidigt blir utvecklingsarbetet en vägröjare för sig självt genom att exemplifiera. Vi brukar tala om "exemplets makt".

En andra förutsättning innan utvecklingsarbete kan komma igång är att bassjukvården fungerar. Det måste finnas tillräcklig läkarresurs så att övrig personal känner sig trygg i den roll de uppfattar som mest central, nämligen att hjälpa sjuka. Förändringsarbete är en extra ansträngning.

Vårdideologiska diskussioner och därmed också behov av förändring i attityd och arbetsätt kom på ett naturligt sätt att ingå i förberedelserna inför flyttning till ny hälsocentral 1983. Dis-

kussionerna ledde bland annat till att en lokalt anpassad vårdlagsorganisation prövades. De praktiska arbetsrutinerna visade sig hållfasta som underlag för introduktion av datorstöd.

Avgränsade projekt är en lämplig arbetsform för att förtydliga och dra nytta av "exemplets makt". Det har därför blivit vår genomgående strategi och har varit tacksamt att förena med den mer övergripande inriktningen av utvecklingsarbetet. Dock har det hela tiden funnits utrymme för helt fristående projekt, i syfte att ta till vara initiativ från personal som förmått formulera problem.

I tabell I beskrivs en enligt vår uppfattning väl användbar modell för projektarbete.

Ibland har det lokala motivet för att genomföra projekt i Hofors sammanfallit med länsmotiv/-behov. Initiativen till dessa har ofta kommit från Utvecklingsenheten och anammats av den lokala primärvården. Det gäller till exempel de projekt som haft sin utgångspunkt i kommundiagnosarbetet. Då det gällt organisatoriska frågeställningar inom mottagningen, eller utvärdering av funktioner, har initiativet kommit från personalen själv och vi har bedömt det vara av intresse även utanför Hofors att få problemet belyst. De exakta resultaten är bara lokalt intressanta men ger relief åt den som någon annanstans funderat åt samma håll, och metodkunskapen är alltid värdefull.

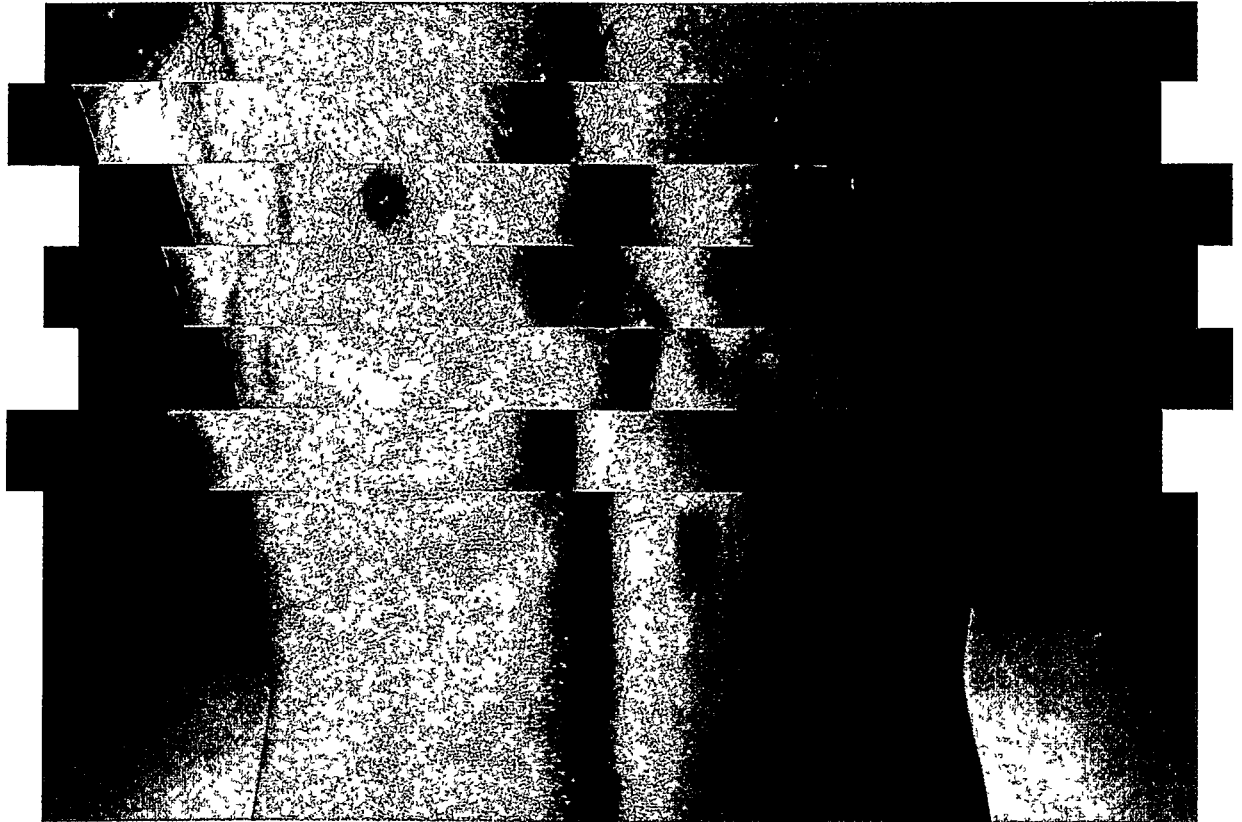
Punkterna 3 och 5 uppmuntrar båda till litteraturstudier, något som inte tillräckligt ofta kan framhållas som väsentligt, men som anmärkningsvärt ofta försummas.

Det kändes viktigt att tillsammans med primärvårdspersonalen i Hofors kunna visa på konkreta resultat av förändringsarbete, innan Utvecklingsenheten kunde göra anspråk på en roll ute i länet. De första åren blev därför krävande för personalen på hemmaplan, bland annat genom den kvardröjande läkarbristsituationen som hela tiden krävde medvetna prioriteringar.

Att vara länsresurs

En del av uppdraget som länsresurs kan fyllas genom att bearbeta problem som känns angelägna i Hofors och som upplevs väsentliga även på andra håll. Flera av projekten inom det preventiva området kan ses i ett större perspektiv som exempelgivande insatser utifrån en

Slagkraft mot nedre luftvägsinfektioner



**Abbotycin[®] Novum
(Erytromycin)**

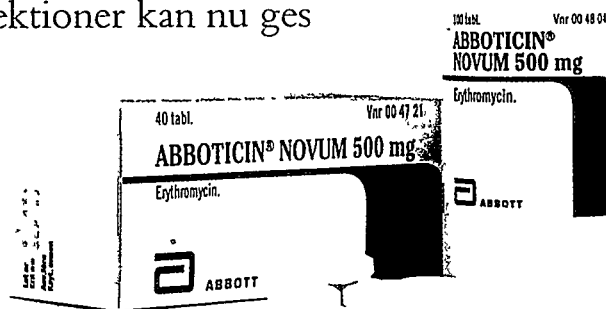
Erytromycinets goda effekt vid nedre luftvägsinfektioner är känd. Med Abbotcin® Novum uppnås högre erytromycinkoncentrationer i lungvävnad än i serum. Kliniska studier, där erytromycinkänsliga bakterier orsakat infektionen (vid bronkit, bakteriell pneumoni, Mycoplasma- och Legionellapneumoni), visar att ca 90% av patienterna blir friska.

Mindre magstörningar

Abbotcin® Novum ger dessutom mindre magstörningar. Erytromycinet frigörs först i blodet och inte i mag-tarmkanalen, vilket medför en bättre tolerans. Färre patienter behöver avbryta kuren och en högre utläkningsfrekvens kan förväntas.

Dosering: 2+2

Abbotcin® Novum doseras 2 tabletter à 500 mg 2 ggr dagligen. Vid svårare infektioner kan nu ges upp till 4 g per dygn.



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.

Willey, R F et al, Br J Dis Chest, 12:13, 1978.

Shanson, D C et al, J Antimicrob Chemoth, 14:75, 1984.

Rasch, J R & Mogabgab, W J, Antimicrob Agents Chemoth, 5:693, 1965.

Nordström, K et al, Scand J Inf Dis, 15:43, 1983.

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, 27:18, 1969.

Wollmer, P. et al., Lancet, Dec 18:1361, 1982.

ABBOTICIN® NOVUM Antibiotikum Grupp 7B 3005 R

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

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

Absorptionen av erytromycinethylsuccinat är något lägre än för erytromycin-searar (ABBOTICIN® tabletter), varför en högre dos av den biologiska

inaktiva estern måste ges för att motsvara plasmakoncentrationer av erytromycin skall uppnås.

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

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.

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

40 st Vnr 004721

100 st Vnr 004804

Kontraindikationer. Försiktighet. Graviditet och amning. Biverkningar. Interaktion. Se ABBOTICIN® tabletter.



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

ideologisk arbetsmodell. Ett flertal av våra projekt har varit didaktiskt mycket användbara exempel i undervisningssammanhang på vårdhögskolan, för besökande personalgrupper och för egen personal.

Som ett sätt att stimulera till FoU-arbete utanför Hoforsenheten har vi ansvarat för kurser i FoU-arbete. Dessa har haft en mycket konkret uppläggning, där kursdeltagaren fått hjälp att bearbeta en frågeställning, fått metodkunskap för att kunna gå vidare till projektplan och så småningom genomföra sitt projekt. Handledaransvar och uppföljningsdagar har varit försök att i positiv mening ställa krav och samtidigt bjuda resurs. Dessa kurser har mött ökande intresse, och den senaste lockade 25 deltagare. De representerar 12 projekt som med stöd ska lotsas i hamn. Vi vet att det därefter ute i vården har tillkommit ytterligare några som kan bidra till kritisk kvalitetshöjande bevakning av vårdarbete.

Utanför dessa projekt har andra handledaruppdrag varit aktuella, till exempel inom HSA-utbildningen. En viktig målgrupp är läkare under utbildning, främst FV-läkare i allmänmedicin. Trögheten kring FV-läkarprojekt har varit stor, beroende på låg prioritering inom hälsocentralerna av FoU-arbete generellt, och samtidigt osäkerhet om metoder och problemlösning. En ljusning tycks på gång, vid senaste kurs i FoU-arbete deltog 4 FV-läkare. Vår erfarenhet är att tillgängligheten till stödpersoner betyder mycket för om FV-läkarprojekt och andra projektarbeten blir genomförda. För oss har vår geografiska svåråtkomlighet varit ett hinder i handledaruppgiften.

En väsentlig uppgift är att svara för en biblioteksfunktion. Denna innebär stöd vid litteratursökning, att skaffa viss baslitteratur inom FoU-området och att skaffa litteraturlistor, rapportserier och rent allmänt vara välorienterade om vad som sker inom FoU-området på andra håll i landet. Personliga kontakter utanför länet, till exempel mot andra utvecklingsenheter, akademiska institutioner, Språi med mera är viktiga i denna uppgift. Det senaste försöket att skapa vi-känsla inom primärvården i länet är tidskriften VIP-eX.

Under de första åren såg vi FoU-arbete som något i sig värdefullt. Var och en som ville försöka sig på ett projekt var en framgång för den tanke vi representerade. Vi lärde oss också att sjukvårdens personal tvekar i kontakten med obekanta kompetenser. En stödperson med metodkunskap, som i botten har sjukvårdsutbildning, när lättare ut i vården, kan infiltrera och mitt i verksamheten peka på problemen. Det ger möjlighet till projekt av aktionsforskningskaraktär, som även kan beskrivas som vårdprogramarbete i praktiken.

Denna insikt, och önskemålet att engagera många i verksamhetsanknutet

FoU-arbete, har gjort att vi från Utvecklingsenheten initierat två multicenterstudier. Den ena riktas mot fot/bensårsbehandling inom distriktsvården i ett helt sjukvårdsdistrikt. Det baseras på patientregistrering enligt ett gemensamt utarbetat formulär. Under användningen har metodproblemen förtydligt behovet av kriterier och definitioner, och på så sätt ökat medvetenheten. Summeringen ger underlag för diskussioner och utbildning kring orsaker till sår, påverkande faktorer och behandling.

Den andra multicenterstudien avser beskriva innehållet, omfattningen och kvaliteten i diabetesvården inom två sjukvårdsdistrikt, såväl vid sjukhusens öppna mottagningar som vid hälsocentralerna. Det kan ses som ett konkretiserat vårdprogramarbete, där kunskaps- och insiktshöjande diskussioner på ett naturligt sätt vävs in i en utvärdering. Hela tiden drivs projektet på deltagarnas villkor, men med förtydligande diskussioner och kontinuerlig, pådrivande uppföljning. Utvärderingsmetoder, pedagogisk kunskap och allmänt kvalitetsmedvetande kan förväntas komma andra patientgrupper gillgodo på sikt. Projektet är dessutom ett exempel på systematiserad samverkan mellan vårdnivåer. Denna förändring av arbetssättet blev möjlig genom att en projektsekreterare med gedigen vårdutbildning, Barbro Hemgren, knöts till Utvecklingsenheten. Hon är vår resurs i dessa projekt.

Pågående projekt

Som ett komplement till den rapportbeskrivning som följer nedan bör nämnas ett par väsentliga projekt som löpt över tid och som kommer att avrapporteras under 1987.

Prevention av hjärt/kärlsjukdom

Registerstudier av dödsorsaksmonster har påvisat överdödlighet i åderförkalkningssjukdomar i hjärtat, främst infarkt, bland män i Hofors. Iakttagelsen gällde ursprungligen en 10-årsperiod 1969-78 men står väsentligen oförändrad 5 år senare, 1974-83. I ett samarbetsprojekt mellan primärvården, företagshälsovården vid den dominerande industrin, OVAKO Steel, och landstingets företagshälsovård drivs ett projekt som avser att identifiera riskindivider och riskgrupper för intervention. Cirka 7.000 personer över 25 år har inbjudits till en screeningsundersökning som tar sin utgångspunkt i en blodtrycksregistrering och kompletteras med ett frågeformulär avseende övriga riskfaktorer. I en uppföljningsfas har blodfettvärden kontrollerats. I anslutning till undersökningen har rökslutarhjälp erbjudits, dietisk kontakt för kostomläggning och viktreduktion samt påverkan av förhöjda blodfettvärden likaså. Arbetet har genomförts inom ramen för ordinarie resurser, vilket inneburit viss tidsutdräkt.

Vårdkonsumtionsstudier

Sedan 1983 används pappersrutin som tillåter datorisering och därigenom besöksregistrering. Denna vårdproduktionsredovisning har kompletterats genom undersökning av kommuninvånarnas besöksandel vid det närliggande länsdelsjukhusets mottagningar. Då utveckling över tid bedömts intressant har rapportering anställt och beräknas ske 1987. Besöksregistreringen har också kunnat användas som utgångspunkt för en del projekt, se nedan, liksom komplettering inom projekt såsom till exempel vårdkontakter för personer 80 år och äldre.

RAPPORTER FRÅN UTVECKLINGSENHETEN I HOFORS

Utvecklingsenheten för Primärvård i Hofors (UPH) har sedan starten presenterat färdiga projekt i en rapportserie. Rapporterna spänner över det vida fält som är *allmänmedicin*. Det speglar i val av metod och form de skilda nivåer av erfarenhet och kunnande som finns inom ett primärvårdsområde.

Resurspersoner på UPH har varit *Mats Ribacke*, enhetens chef och samtidigt halvtids distriktsläkare på mottagningen, *Birgitta Olsson*, projektsekreterare-beteendevetare samt sekreterare *Britt Öberg*. Det är dessa personer som står bakom huvuddelen av rapporter som presenteras. Artikeln beskriver de enskilda rapporterna. Dessa kan rekvireras från: *Utvecklingsenheten, Centralgatan 14, 81300 Hofors, telefon 0290-27920*.

Beskrivning i Hofors

"*Kommunbeskrivning av Hofors*" (1) tillsammans med "*Enkät om vård och hälsa i Hofors*" (2) var bland de första rapporter som kom från UPH. När kommunbeskrivningen kompletteras med en enkät om *livsstil och sjukvårdskontakter* erhålles en fullständig bild av de individuella och samhälleliga förutsättningarna för hälsa på orten.

En rapport om *arbetslöshet* kompletterar bilden av Hofors (3). Jämfört med läget i länet är arbetslösheten i Hofors låg. Könsskillnaden är dock påtaglig med nästan dubbelt så hög arbetslöshet hos unga kvinnor jämfört med unga män.

Tillsammans med kommundiagnosmaterialet framtaget på landstingets hälso- och sjukvårdsavdelning har dessa rapporter utgjort underlag och utgångspunkt för mycket av det förebyggande arbete som initierats av UPH.

Att ha tillgång till en aktuell kommunbeskrivning är ju nödvändigt både för att bedriva en behovsanpassad sjukvård och för ett förebyggande hälsoarbete. På flera orter finns detta basmaterial som en självklarhet inom primärvården.

I dessa rapporter beskrivs Hofors som ett utpräglat industriellt samhälle, där näringslivet helt domineras av stålverket OVAKO Steel (före detta SKF Steel). Andelen ogifta män i Hofors är

hög. Hälsoläget präglas av motsatser. Å ena sidan är dödligheten för medelålders män i ischemisk hjärtsjukdom och suicid högre än längsgenomsnittet. Andelen långtidssjukskrivna är högst i landet. Å andra sidan är vårdkonsumtionen både vad gäller öppen och slutent sjukvård lägre än länets. Andelen män aldrig sjukskrivna är länets högsta. Socialhjälpkostnaderna är knappt hälften av länets.

Förebyggande arbete

I direktiven för UPH:s arbete ingick att utveckla förebyggande arbete i primärvård. Genomgående tema i detta arbete har varit att försöka omsätta idéer om prevention i praktiken.

Projektsekreteraren har under fyra år arbetat med *barnolycksfall* i kommunen (4). Under ett år registrerades alla olycksfall bland barn i Hofors. Efter rapportering av olycksfall utfördes en uppföljande telefonintervju. En högre olycksfallsfrekvens noteras i Hofors jämfört med andra undersökningar, vilket delvis kan förklaras av att tandläkarna deltog i registreringen, delvis av ett regelbundet letande efter olycksfall på sjukhusets mottagning. De relativt detaljerade uppgifter om olycksfall som inhämtades gjorde det möjligt att använda materialet som underlag i förebyggande arbete. En barnsäkerhetsgrupp bildades samtidigt i kommunen och har praktiskt kunnat omsätta idéer om förebyggande insatser.

Samtidigt med olycksfallsregistreringen gjordes en enkätundersökning till småbarnsföräldrar för att belysa attityder och kunskaper om barnolycksfall (5). Enkätundersökningen tyder på att föräldrars kunskap om olycksfallsrisker är god men endast få kontakter ansvariga myndigheter för förbättring av riskfyllda miljöer. Kanske behöver föräldrar stöd just i detta mer än ökad information.

För att kartlägga risker med *skolvägen* gjordes en enkätundersökning som skolbarn och föräldrar tillsammans besvarade (6). Med denna som underlag har flera trafikfarliga miljöer förbättrats.

I Hofors är andelen män avlidna i självmord högre än länets och rikets. Detta var utgångspunkt för en retrospektiv *registerstudie över män avlidna i självmord under 14 år* (7). Hoforsmännen avvek i riskfaktormönster jämfört med fynd från andra undersökningar. Stor andel hade vänt sig till primärvården kort tid före självmordet. Studien har varit utgångspunkt för arbete att förebygga självmord som pågår i Hofors.

Rapporten om *långtidssjukskrivna i Hofors* är den senaste i rapportserien (8). Den är utförd av projektsekreteraren i samarbete med sociologer från Umeå universitet. I undersökningen har man dels gjort en statistisk bearbetning av material om långtidssjukskrivna i Hofors och dels gjort djupintervjuer med ett urval av de långtids-

sjukskrivna. Det är en utomordentligt intressant och läsvärd rapport, som dels kartlägger långtidssjukskrivningarnas mönster, dels förmedlar tänkande och värderingar om hälsa och sjukdom, som är förknippade med den brukskultur där hoforsborna lever. Dessutom diskuteras långtidssjukskrivningar i ett aktuellt sociologiskt perspektiv.

Undersökningen visar att sjukdomar i rörelseorganen dominerar, framför allt diagnosen "annan reumatism utom i lederna". Mönstret har förstärkts under de undersökta åren. Speciellt påtagligt är detta hos förvärsarbetande medelålders och yngre kvinnor ur socialgrupp 3. Detta förklaras av kvinnors inträde på arbetsmarknaden i ensidiga och tunga arbeten. Detta sker inom stålindustrin, där de tar över arbeten som männen är på väg att lämna och där kvinnorna förslits snabbare än männen. Dessutom är kvinnornas arbeten på den offentliga arbetsmarknaden också tunga och monotona. Intervjuerna ger en skakande bild av det lidande som de långtidssjukskrivna utsätts för både fysiskt och psykiskt. De intervjuades sjukdomssymtom och upplevelser av hälso- och sjukvårdens insatser förmedlas i rapporten utan medicinska "glasögon". Det är omtumlande och stimulerande att som medicinare ta del av dessa vittnesmål.

Syftet med rapporten är att vara grund för utvecklingsarbete av förebyggande och rehabiliterande natur.

Äldreomsorg

Flera av UPH:s projekt rör äldreomsorgen. I kommunens södra del öppnades ett servicehus samtidigt som ålderdomshemmet lades ner. Flera studier utfördes i samband med detta. En intervjuundersökning i syfte att belysa hur de äldre själva upplever *flyttning till och boende på servicehus* gjordes (9). Den visar att många känner sig ensamma och isolerade på servicehuset. Detta är mer uttalat hos de äldre som flyttat från ålderdomshem än hos dem som flyttat från eget boende. För många är det svårt att på eget initiativ utnyttja de möjligheter till aktiviteter som finns i servicehuset.

Att betydande hälsoproblem är den viktigaste faktorn som styr inflyttning till servicehus klargjordes vid inflyttningsintervjuer av gäster på servicehuset.

Under servicehusets första år följdes utnyttjandet av social hemtjänst (10). Trots oförändrat ADL-status bland de boende ökade utnyttjandet med 50 procent, vilket kan tala för övervård. Frågan ställs om gäster på grund av ensamhet gör sig beroende med ökat utnyttjande av social hemtjänst som följd.

Ålderdomshemmet har det primära sjukvårdsansvaret samt en regelbunden tillsyn av de boende. Servicehusets gäster förväntas däremot själva ta initiativ till sjukvårdskontakt. Resursanvändning av sjukvård har registrerats.

Till servicehusets 45 gäster åtgick en arbetsdag per vecka för distriktssköterska, en timma per vecka för distriktsläkare. Läkarens tidigare fasta ronder på ålderdomshemmet ersattes smidigt med regelbundet återkommande hembesökseftermiddagar samt filialmottagning.

Även *vårdtyngdsmätning* utfördes på servicehuset i syfte bland annat att värdera användbarhet av vårdtyngdsmätning med ADL-index i öppen vård (11). Man konkluderar att också ovan personal kan använda Katz' index, det ena av de två använda instrumenten.

Kartläggning av äldres hälsotillstånd och levnadsvillkor samt vårdbehov har gjorts i form av hembesök av distriktssköterska *hos alla 80 år och äldre med eget boende* (12). Studien visar att de gamlasociala nätverk ofta är tunt och de är då beroende av formella kontakter. Av de äldre hade flera kontakt med distriktsläkare än med distriktssköterska. 80 procent hade haft kontakt med distriktsläkare under sista året.

Distriktssköterskorna upplevde undersökningen meningsfull. En fortsatt uppläggning där nyblivna 80-åringar erbjuds hälsokontroll gör det lätt att integrera verksamheten i övrigt distriktssköterskearbete.

Alkoholmissbruk

Inom socialförvaltningen i Hofors planerades ett öppenvårdsprojekt för missbrukare i Hofors. Man ville erbjuda missbrukare vård och behandling på hemmaplan. Utvecklingsenhetens projektsekreterare utförde en utvärdering efter ett års verksamhet. Där redovisas att intagning på institution hade minskat, vilket medfört minskade kostnader för kommunen. Ett flertal av de inskrivna hade också minskad alkoholkonsumtion och uppgav ökat välbefinnande.

Mottagningsarbete

Den nya *R/P-blanketten* togs i bruk för att förenkla mottagningsarbete och samtidigt tjäna som underlag för kontinuerlig besöksregistrering. Rapporten beskriver blanketten, instruerar om användning samt redovisar exempel på utdata från besöksregistreringen (13).

Rapporten om *läkartidsbehov för primärvårdsaktiviteter* diskuterar åtgång av läkartid utifrån situationen i Hofors (14). Om primärvården i framtiden ska leva upp till sitt områdesansvar kommer nya arbetsuppgifter att läggas under primärvården. Hemsjukvård, förebyggande arbete liksom kontinuerlig efterutbildning är alla tidskrävande aktiviteter. Om primärvården i Hofors skall fylla sina åtaganden visar rapporten att det behövs att antalet läkartjänster behöver dubbleras. Detta innebär för Hofors del en läkare per 1.000 invånare.

Frågeställningar som väckts bland mottagningens sköterskor och undersköterskor ledde till projekt som redo-

Svenska Hoechst Diabetesfond.

Svenska Hoechst AB instiftar en fond för vidareutveckling av svensk diabetesvård.

För varje 100-tal sålda Daonil-tabletter 1,75 mg och 3,5 mg avsätts 1,50 respektive 3 kronor till en diabetesfond.

Fondens första anslag kommer att utdelas under hösten 1987. Fondsumman 1987 beräknas bli

FONDENS STYRELSE:

Kjell Asplund, doc Umeå
Calle Bengtsson, prof Göteborg
Göran Blohmé, doc Göteborg
Suad Efendić, prof Stockholm
Claes Hellerström, prof Uppsala
Rolf Sammann, dr Svenska Hoechst AB
Bengt Scherstén, prof Dalby
Torsten Tuvemo, doc Uppsala
Jan Östman, doc Huddinge

Fonden står öppen för en bred kategori yrkesutövare inom forskning och diabetesvård. Mera information, regler, ansökningsblanketter m m erhålles genom Svenska Hoechst AB.

Hoechst 

Svenska Hoechst AB
Lakemedelsdivisionen
Box 42026, 126 12 Stockholm
Telefon 08-19 00 60

Svenska Hoechst
Diabetesfond.

En fond för
svenska forsk-
nings och
utbildnings-
projekt
inom diabetes

visas i rapporterna om *laboratorieutnyttjande* (15) och *Sköterskerådgivningen* (16). Upplevelsen av ökad arbetsbörda på mottagningens laboratorium samtidigt med personalminskning var utgångspunkt för undersökning om labverksamheten. I rapporten om patientrådgivning beskrivs en uppföljande enkätundersökning av patienter, som vid hänvändelse till Hälso-centralen enbart fått råd av sköterska. 1/3 av patienterna uppgav att de önskat läkartid, men av dessa blev ändå drygt hälften nöjda med råd från sköterska.

UPH som länsresurs

UPH i Hofors har inte bara verkat lokalt utan är en resurs för hela länet. För att stötta och stimulera i länets FoU-arbete gjordes en *inventering av pågående FoU-projekt* (17). Syftet var att kännedom om projekt skulle kunna spridas både inom primärvårdens personal och till utanförstående, bland andra politiker. I en *kartläggning av verksamhetsprofiler vid länets alla hälso-centraler och distriktssköterskemottagningar* beskrivs förutsättningar för arbete i primärvård (18, 19). Även om FoU i primärvården kan utvecklas i motvind och med knappa resurser ökar möjligheterna att driva utvecklingsarbete om det finns förutsättningar för att det praktiska arbetet i primärvården kan drivas med god kvalitet.

AT- och FV-läkarprojekt

Flera AT- och FV-läkararbeten finns bland rapporterna. En *olycksfallsregistrering under 3 månader i kommunen* presenteras (20). Den bedöms som ett enkelt och användbart instrument för fortsatta förebyggande insatser. Ett AT-läkarprojekt jämför *S-glukos fastande respektive icke-fastande* hos en grupp diabetiker och diskuterar övergång till kontroll med icke-fastepröver (21). I rapporten om *terminalvård* redovisas en studie av den vård som erbjudits de personer som avlidit i kommunen under året. Det framgår att endast 1/5 avlidit utanför sjukhus (22). Mer än hälften av de avlidna saknade kontakt med distriktsläkare/distriktssköterska.

En rapport studerar *akuta röntgenremisser under 6 månader* (23). Några indikationer för röntgen diskuterar. Som ett AT-läkarprojekt presenteras ett förslag till handläggning av behandlingsrutiner av *patienter med lumbala smärttillstånd* (24). Rapporten om *patienters medicinkunskap* diskuterar resultaten av en väntrumsenkät där patienter fått svara på uppgifter om medicinering (25). Patientens uppgift har sedan jämförts med journaluppgifter. Undersökningen bekräftar tidigare kända förhållanden, nämligen att med ökat antal mediciner minskar patientens kunskaper om dem.

SAMMANFATTNING

Arbetet inom Utvecklingsenheten har formats i sitt konkreta sammanhang. Resultatet kan ses som en spegling av

innehållsdiskussioner kring svensk allmänmedicin och svensk primärvård under de aktuella åren och hur dessa idéer konkretiserats efter Hofors lokala förutsättningar.

Förutom förväntningarna om rekrytering av distriktsläkare till Hofors upplevdes förväntningarna om kommundiagnosbaserat arbete som mest påtagligt. Det betydde att Utvecklingsenhetens arbete dominerades av ett samhällsmedicinskt perspektiv. Det var då värdefullt att ha tillgång till en projektsekreterare med beteendevetarbakgrund, som var van att handskas med informationskällor utanför sjukvården. Registerstudier (suicid, långa sjukfall) och inventerande interventionsstudier (hjärt/kärlsjukdom, barnolycksfall) kunde demonstreras vara användbara modeller för preventivt arbete av denna karaktär. Gemensamt för dessa projekt var att de initierades och drevs från Utvecklingsenheten, sjukvårdspersonalen upplevde dem ibland som ålagda utifrån.

För att engagera hälso- och sjukvårdens personal i utvecklingsarbete krävs att projekten är nära verksamhetsanknutna. De två multicenterstudier som beskrivits ovan är exempel på en ändrad inriktning av Utvecklingsenhetens arbete. Ett annat skäl till denna ändrade inriktning är att projekten på så sätt förankras ute på respektive vårdcentraler, Utvecklingsenheten blir endast en stödresurs. På sikt är förhoppningen att Utvecklingsenheten själv driver ett fåtal projekt, och då av metodologiskt viktig karaktär, medan de lokala projekten är knutna till lokalt giltiga problem och behov.

Utvecklingsenhetens arbete har förstås också påverkats av de lokala förutsättningarna. Den ständiga läkarbristen har försvårat skapandet av en "drivhusmiljö". Mottagningsarbete i en bristsituation kräver engagemang och kan inte skötas halvhjärtat. Trots otryggheten på läkarsidan, och behovet av ständiga prioriteringsdiskussioner, har den lokala primärvårdspersonalen visat förståelse, ibland engagemang och ofta uppskattning av Utvecklingsenhetens arbete.

Hofors perifera läge i länet har försvårat personliga kontakter med andra FoU-intresserade personer och minskat tillgängligheten av Utvecklingsenheten som stödresurs i projektarbete, kontakterna med norra länsdelarna har varit få. Brev, kurser, primärvårdstidskrift kan inte ersätta personliga kontakter.

Det fanns stora förväntningar på vad en utvecklingsenhet inom primärvården skulle kunna uträtta. Bemanningssituationen har inte tillåtit oss att till alla delar uppfylla dessa förväntningar och ibland har de mer tjänat till att skapa otillfredsställelse än stimulans. Vi som arbetat inom Utvecklingsenheten i Hofors har dock fått delta i en oerhört stimulerande process, som vi i viss mån

själva styrt men också känt att vi påverkats och utvecklats av.

Tabell I.

Att beakta vid projektval.

1. Lokalt motiverat.
2. Innefattar verksamhetsmål "exemplets makt".
3. Metodik existerar/är utvecklingsbar.
4. Effektmätning möjlig.
5. Relatera till andras projekt.

Refererande rapporter från UPH i Hofors

1. Olosson B: Hofors – en kommunbeskrivning. Maj 1983.
2. Ribacke M, Olsson B, Öberg B: Enkät om vård och hälsa i Hofors. Frågor och svar om vårdutnyttjande, vårdorganisation, egenvård, alternativ vård och livsstil. Februari 1983.
3. Olsson B: Arbetslöshet och ohälsa. Vad vet vi och hur ser det ut i Hofors? Maj 1983.
4. Olsson B: Barnolycksfallsregistrering i Hofors kommun. Januari 1985.
5. Olsson B: Barnolycksfall i Hofors kommun. Enkätundersökning bland småbarnsföräldrar. Oktober 1984.
6. Olsson B: Är skolvägen farlig? Enkätundersökning bland elever och föräldrar i Hofors kommun. Maj 1986.
7. André M: Själv mord bland män i Hofors kommun 1969–1982. December 1985.
8. Dahlgren L, Lindgren G, Olsson B: 1.111 långtidssjuka i Hofors. En kartläggning av orsaker till och effekter av långtidssjuk-skrivningar i ett brukssamhälle i Gävleborgs län. Mars 1987.
9. Ribacke M, Olsson B: Boende på servicehus. Vårdtyngd och resursanvändning. Delrapport 3. Hur upplever den äldre vårdtagaren och hans anhöriga flyttning till servicehus? Intervju- och enkätundersökning. Maj 1983.
10. Ribacke M: Vårdtyngd och resursanvändning inom social hemtjänst och sjukvård för gäster vid servicehus. Sept 1985.
11. Eriksson A: Boende vid SMHI – vårdtyngd och åldersdemens. Maj 1986.
12. Ribacke M, Olsson B: Hälsotillstånd och levnadsvillkor bland hemmaboende äldre i Hofors kommun. Intervju vid hembesök av distriktssköterska. Oktober 1986.
13. Ribacke M: Ett informationssystem inom primärvård, R/P-blankett Hofors.
14. Nielsen JE: Läkartidsbehov för primärvårdsaktiviteter. April 1985.
15. Westlund S, Forsman A: Studie över laboratorieutnyttjandet vid Hofors hälso-central. November 1985.
16. Lund-Olsen I, Nornholm M, Sundberg A, Svensson T, Söderström G: Patientrådgivning vid hälsocentralen i Hofors. Juni 1986.
17. Olsson B, Ribacke M: Utvecklingsarbete inom primärvården i Gävleborgs län. En inventering. Oktober 1983.
18. Olsson B, Ribacke M: Kartläggning av verksamhetsprofiler vid Gävleborgs läns landstings primärvårdsenheter. November 1983.
19. Olsson B, Ribacke M: Kartläggning av verksamheten vid Gävleborgs läns landstings distriktssköterskemottagningar. December 1983.
20. Stavåker L: Olycksfallsregistrering Hofors. Projektarbete under AT-FV-tjänstgöring, allmänläkarblock, Sandvikens sjukvårdsdistrikt. Mars 1983.

Northern light - en reserapport

Kära SFAM:are,
här kommer ett vykort från Luleå, daterat kursverka 41, 1986, då *Primärvårdens roll i vården av äldre* avhandlades under gynnsamma omständigheter i en miljö som ledde tankarna till ett jaktstolt för en rysk tsar: åttakantiga hus av liggande grå torrvara i en mager tallskog med vitmossa. I matsalen en öppen spis i natursten som vägde 16 ton.

Kursprogrammet var väl laddat och innefattade en av kvällarna ett besök på kraftverket i Boden, som lät oss ana att det är häruppe i norr den finns, den uppämda energin, den magasinerade erfarenheten, som kan få snurr på ideturbinerna, driva hypotesgeneratorerna, och få snilleblixarna att spraka i den framtida primärvårdens transformatorer och ställverk för att sen susande ge sig ut på kraftnätet söderut...

En annan kväll bjöds på Norrbotten Big Band med Sylvia Vrethammar. Sättning: fem saxar, fyra tromboner, fyra trumpeter samt rytmsektion, piano, bas och trummor. - *"It don't mean a thing, if it ain't got that swing"* (Arr: Duke Ellington).

Man skulle kunna beskriva den här kursen som en veckolång jam session, där tankar och erfarenheter av primärvård och äldreomsorg spelades upp i grupp och solonummer, där melodislingor grep i varandra osökt, som då riktigt lyckliga musiker träffar varandra. Och de som spelade var: distriktsköterskor (tätt från glesbygd) och distriktsläkare (glest från tätbygd). Även gästartister bestods oss: vårdbiträden, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, hemtjussar, en gerontologpsykolog (sic!), en geropsykiatriker (som vi först tog för ett själmlirarproffs i NHL), en hälsovårdsinspektör - som i sig var ett medicinhistoriskt enmansbrassband (stående ovationer!) samt sist, men inte minst Mimmi, 84 år, som framförde en mörk ballad från sekelskiftets Tornedalen. Leader of the band arrangör var *Kenneth Widäng*, sydsvensk distriktsläkare som dragit så snabbt som möjligt så

lång bort som möjligt efter studierna i Lund (nio år i Jokkmokk och nu i Boden). Hans solonummer var mycket uppskattade och hade ett finskt "idéös" (där ett och annat "stick" lät ana hur sturig, småländsk envishet växer med kubiken på bjudet motstånd). Vid sin sida, och till sitt stöd, hade han den skönsjungande vokalissan *Elisabeth Wiklund-Johansson*, till vardags distriktsköterska i Boden, och nu medansvarig för kursen.

Kursens ledmotiv då? De stora frågorna (Singin' the Blues, Man): Hur ska vi hjälpa människor som vill leva och dö i sina hem, att få göra det under värdiga former? Hur stödjer man anhöriga? Men även de vardagliga frågorna: Hur samarbetar vi över "kulturgränserna", mellan de som kan medicin och de som kan omvårdnad? Hur river vi de ekonomiska barriärerna mellan landsting och kommun? Viktiga frågor. Idag gäller det våra anhöriga. Imorgon du och jag. Hur vill vi själva dö? Angelägna frågor. Hur kan man undvika att bli lika förtvivlat utlämnad och ensam som stackars Steven Callahan (som vi i väntan på tåget hem råkade i Luleås bokhandel och tjuvläste), och som skildrat den yttersta utsattheten: hur han hjälplöst drivande på Atlanten iakttagit "himlen från en plats på första parkett i helvetet", 1.800 sjömil från närmaste land?

Hur förebygger man då haveriet? Jo, tex genom att vi är lyhörda gentemot dem vi betjänar, genom att vi vågar lita till vårt eget gehör, genom att vi bildar små fina band som spelar så att andra stannar upp och lyssnar när vi spelar oss ur disharmonierna mellan kommun och landsting, sjukvård och socialvård, myndighetsutövning och stöd, makt och hjälp.

Återstår nu att se om den under kursvecka 41 oemotståndligt taktstampande kursfoten fortsätter sin swing, vardagsstövelbeklädd, i den uppländska leran...

"It don't mean a thing, if it ain't got that swing"

Love from
Birgit "Fnittret" Kialt (altsax)
Ingegerd "La Dona" Kvarnström (trumpet & voc)
Tobbe "BrumBrum" Lorenz (bass)
Jan "Chico" Stålhammar (percussion)

Distriktsköterskor och distriktsläkare i Uppsala norra sjukvårdsdistrikt

21. Lund-Olsen I: Diabeteskontroll av icke-fastande patient. Projektarbete under AT-tjänstgöring, allmänläkarblock, Sandvikens sjukvårdsdistrikt. April 1983.

22. Eiliffsson F: Dödsorsaksmonster och vård i livets slutskede. Projektarbete under FV-tjänstgöring, allmänläkarblock, Sandvikens sjukvårdsdistrikt. Augusti 1984.

23. Lindman U: Akuta röntgenremitter från Hofors hälsocentral. April 1986.

24. Hermansson U: Lumbala smärttillstånd. Ett förslag till handläggning, behandlingsrutiner, ett vårdprogram. Projektarbete under AT-tjänstgöring, allmänmedicindelen. Februari 1983.

25. André M: Medicinkunskap och medicinhantering hos patienter med långtidsmedicinering vid Hofors hälsocentral. November 1983.

Författarpresentation:

*Malin André**, distriktsläkare

*Mats Ribacke***, distriktsläkare, utvecklingschef

Postadress:

*Hofors hälsocentral, Centralgatan 14, 813 00 Hofors telefon 0290-279 60

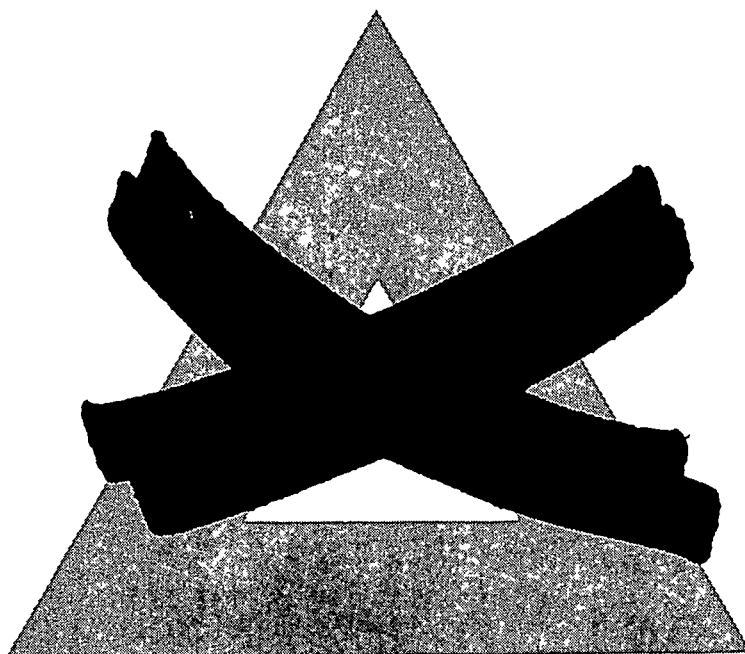
**Utvecklingsenheten för Primärvård i Hofors, Centralgatan 14, 813 00 Hofors, telefon 0290-279 20

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1986

Priserna är exklusive nysättning och originalarbete. Mervärdesskatt tillkommer. Särtryck beställs direkt från Kurt Nilsson, Sätterian, Box 93083, 54103 Skövde, telefon 0500-86770.

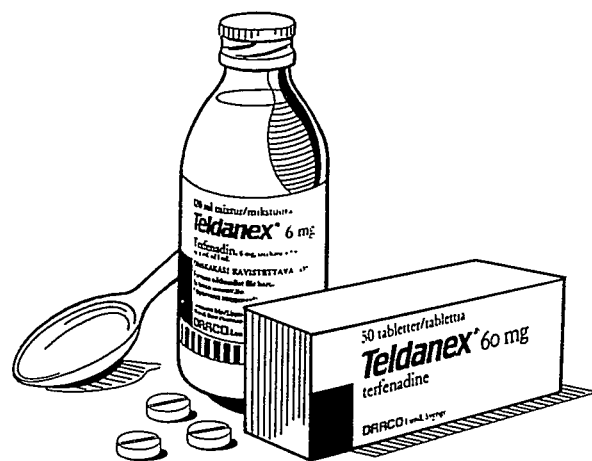
	Första 100 ex	Följande 50 ex
16 sidor	2.200:-	125:-
8 sidor	1.150:-	95:-
4 sidor	750:-	65:-
2 sidor	575:-	60:-
Tillkommer för särskilt omslag med tryck på fram- och baksida	820:-	95:-





terfenadine
Teldanex[®]

—det sederingsfria
antihistaminet



Tabletter 60 mg mixtur 6 mg/ml
Antihistamin H₁-antagonist

Deklaration. 1 tablett innehåller: Terfenadine 60 mg, lactosum 305,6 mg, constit. q.s.

1 ml mixtur innehåller: Terfenadine 6 mg, saccharum 300 mg, constit., conservans (methyl parahydroxybenz., propyl parahydroxybenz.) et aqua purif. ad 1 ml.

Egenskaper. Teldanex är ett antihistamin som i kliniska prövningar ej givit upphov till sedering. Preparatet innehåller terfenadin som absorberas och metaboliseras snabbt efter oral tillförsel. En stor del av given dos övergår i en aktiv metabolit medan mindre än 1% av terfenadin självt är biologiskt tillgängligt. Preparatet har antagonistisk effekt på H₁-receptorer och hämmar histaminutlösta kvaddlar med maximal effekt efter 4 timmar. Effekten kvarstår i minst 12 timmar. Det ger i klinisk dosering inga antikolinerga, adrenerga eller serotonin-effekter. Det potentierar ej effekten av diazepam eller alkohol.

Den terminala halveringstiden av den aktiva metaboliten är ca 17 timmar. Vid dosering morgon och kväll är plasmanivåerna av metaboliten genomsnittligt 50% högre än efter en enstaka dos. Av bildad aktiv metabolit utsöndras ungefär 1/3 i urinen och 2/3 i faeces. Farmakokinetiken har ej studerats vid nedsatt njurfunktion, lever-sjukdom eller hos barn och äldre.

Indikationer. Allergiska rinit och histaminutlösta hudbesvär.

Graviditet och amning. Kategori B:1, se speciellt avsnitt märkt ☒. Uppgift saknas om terfenadin passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. Exantem, urtikaria, huvudvärk, yrsel och illamående har förekommit i enstaka fall. En mycket låg frekvens av fotosensibilisering har också rapporterats.

Dosering. *Tabletter:* Vuxna och barn över 12 år: 1 tablett morgon och kväll.

Barn 6–12 år: 1/2 tablett morgon och kväll.

Mixtur: Vuxna och barn över 12 år: 10 ml morgon och kväll.

Barn 6–12 år: 5 ml morgon och kväll.

Förpackningar. *Tabletter 60 mg:* (vita med gravyr M inom två cirklar på ena sidan och skåra på andra sidan). 20 st (tryckpack). 50 st (tryckpack). 100 st (tryckpack).
Mixtur 6 mg/ml: 120 ml

Kartläggning och förebyggande av barnolycksfall i Hofors kommun

BIRGITTA OLSSON

Både i primärvårdsutredningen och i HS90 betonas hälso- och sjukvårdens ansvar för förebyggande av barnolycksfall (1). Men hur arbetar man förebyggande när man på de flesta håll saknar lokal kunskap om var, när och hur olycksfallen inträffar?

I denna artikel redogörs för ett försök med barnolycksfallsförebyggande verksamhet på lokal nivå, där man inom landstinget registrerat barnolycksfall och tillsammans med bland annat kommun och frivilligorganisationer påbörjat ett preventivt arbete. Åtgärder som vidtagits belyses med några exempel.

Nyckelord: Olycksfall, barn, prevention.

Inledning

Redan 1979 presenterade den statliga barnolycksfallsutredningen sitt betänkande. Man pekade på vikten av att ett system för registrering av olyckor kom till stånd lokalt för att skapa förutsättningar för förebyggande åtgärder. Olycksfalls- och skademönstret vad gäller barnolycksfall är väl kartlagt på riksnivå. Man vet relativt väl vilka olycksfall som är vanliga, när de inträffar och vilka skador som uppkommer. Men de flesta av dessa undersökningar ger knappast underlag för *preventivt arbete på kommunnivå* (2-4).

Syfte

I Hofors pågår sedan våren 1983 försök med barnolycksfallsförebyggande arbete. För att få det lokala kunskapsunderlag som var nödvändigt inleddes detta arbete med en registrering av olycksfall som drabbade Hoforsbarn 0-15 år.

Metod

Samtliga mottagningar där Hoforsbarn kunde tänkas söka vård deltog i registreringen: hälsocentral, BVC, distriktsköterskemottagning, folkhälsovård och skolsköterskemottagningar i Hofors samt jourcentral och kirurgmottagning vid länsdelsjukhuset i Sandviken. Via telefonintervjuer med barn eller föräldrar kartlades omständigheter kring olycksfallen - var, när, hur olycksfallen inträffade och vad barnen var sysselsatta med vid olyckstillfällena.

Resultat

Under 1 år, juni 1983-maj 1984, kom 339 olycksfall till sjukvårdens kännedom, vilket innebär att cirka vart 7:e barn i Hofors sökte vård på grund av olycksfall det året.

Köns- och ålderfördelning

Pojkar råkade ut för fler olycksfall än flickor och 12-åriga pojkar var de som råkade ut för jämförelsevis flest olyckor. Skillnaden mellan könen gjorde sig gällande redan i de låga åldrarna för att accentueras fram till 12-årsåldern. I åldersgruppen 13-15 år dominerade däremot flickorna (figur 1).

Var inträffade olycksfallen

131 av olycksfallen inträffade inomhus, därav 38 i skolan. 208 av olycksfallen inträffade utomhus, de flesta i närheten av hemmet, på egen gård, grannstomt eller lekplats i anslutning till hemmet. 48 av utomhusolyckorna inträffade i trafiken.

Skadande produkt

Vid inomhusolyckorna skadade barnen sig företrädesvis på byggnadsdelar och fast inredning men även möbler. Leksaker och sportutrustning liksom annan person gav upphov till skador både inom- och utomhus.

Utomhus skadades barnen framför allt på "natur" som står för mark, stenar, kvistar och dylikt. Endast 5 barn

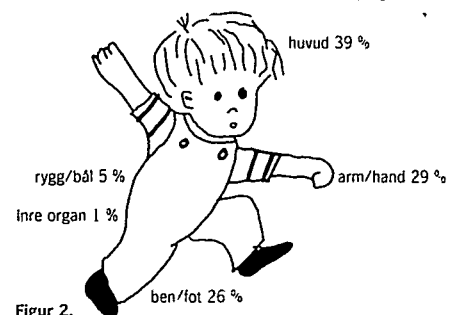
skadades av kemikalier (tändvätska, insektsbekämpningsmedel och lut). Ingen skadades av läkemedel eller tobak under registreringsperioden.

Skadad kroppsdel

Huvudet var den mest utsatta kroppsdelens vad gäller skador. Nästan 40 procent av skadorna var lokaliserade till huvudet.

Armar/händer och ben/knän/fötter skadades oftast vid sport/idrott eller omkullåkning på cykel. Vid skador på nedre extremiteter i åldersgruppen 13-15 år stod flickorna för dubbelt så många skador som pojkarna. Skador som flickorna främst ådragit sig vid handbollsspel.

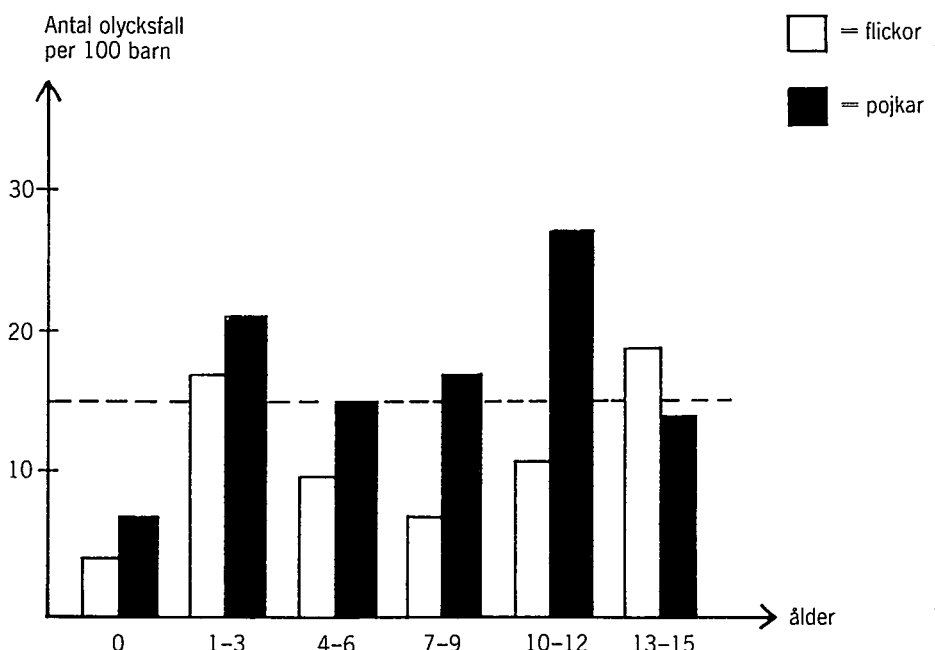
Hockeyspelande pojkar skadade oftast ansikte eller mun/tänder (figur 2).



Figur 2. Skadad kroppsdel.

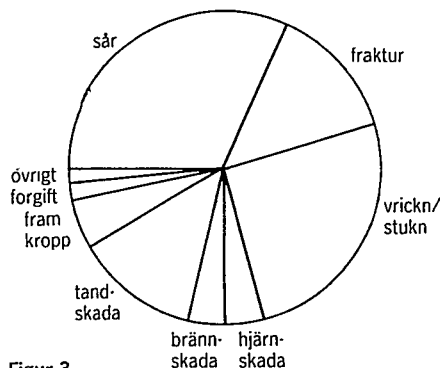
Typ av skada

33 procent av skadorna var sår-, kläm- eller krosskador. Vrickningar och stuk-



Figur 1. Antal olycksfall per 100 barn i respektive åldersklass i befolkningen i Hofors kommun.

ningar var också vanliga. Flickor i åldersgruppen 13–15 år stod för cirka 1/3 av samtliga vrickningar/stukningar. Tandskador och brännskador var vanligast i 1–3-årsåldern (figur 3).



Figur 3. Typ av skada.

Omhändertagande av skadorna

De 339 registrerade olycksfallen uppskattas ha gett upphov till minst 500 sjukvårdsbesök, därav cirka 300 läkarbesök.

För 63 procent av de skadade barnen kunde sjukvårdens insatser inskränkas till ett besök med en mindre åtgärd och eventuellt ett återbesök. För 32 procent krävdes mer omfattande åtgärder med fler återbesök. 4 procent blev opererade, inlagda och/eller krävde upprepade återbesök. Totalt 28 vård dagar registrerades fördelade på 9 barn. Längsta vårdtiden var 11 dagar. 1 procent (2 barn) dödades.

Diskussion

Under det året som olycksfallsregistreringen pågick i Hofors kommun registrerades alltså 339 olycksfall i åldern 0–15 år, vilket innebär cirka 15 olycksfall per 100 barn. Till detta får man lägga ett antal olycksfall man glömt rapportera. Vid stickprovsundersökningar visade sig ett bortfall på 2–6 olycksfall per månad av varierande svårighetsgrad. Skolsköterskorna har heller inte rapporterat bagatellfallen de behandlat. Andra studier visar en olycksfrekvens på cirka 10 procent, men den högre barnolycksfallsfrekvensen i Hofors torde endast bottna i ett ihärdigare insamlingsförfarande.

Hoforsmaterialiet visar i övrigt inga större avvikelser från andra registreringar. Möjligen finns en större andel sport- och idrottsskador, men dessa måste då ses mot bakgrund av att idrottsintresset är stort i kommunen med ett stort antal utövare inom olika grenar (5).

För att sedan fungera som underlag för förebyggande av barnolycksfall måste ett registreringsmaterial brytas ner i detaljer, detaljer som det inte finns utrymme att redovisa i en artikel av denna typ. Till exempel vid vilken skola inträffade olycksfallen, inträffade de på raster eller lektion? Vilken skolgård är den mest olycksdrabbade? När inträffar slalomolyckorna, är det till exempel vid idrottsdagar? Var cyklar man oftast omkull och vad beror det på? På vilken badstrand trampar man på glasbitar? Vilken typ av olyc-

kor inträffade på dagis? Vilket bostadsområde uppvisade flest lekplats-olyckor?

Frågorna visade sig vara många när det olycksfallsförebyggande arbetet inleddes, men kunde i de flesta fall besvaras.

Förebyggande arbete

I samband med olycksfallsregistreringen bildades en barnsäkerhetsgrupp med representanter från landsting, kommun och några frivilligorganisationer. Utvecklingsenheten står tillsammans med kommunens konsumentnämnd som sammankallande i barnsäkerhetsgruppen och här diskuteras möjliga vägar inom det förebyggande arbetet med utgångspunkt i registreringen. Var och en i gruppen tar sig sedan an det som bäst passar den egna organisationen. (Några exempel ges i vidstående rutor.)

Utvecklingsenheten bidrar med sammanställningar av materialet från barnolycksfallsregistreringen som det förebyggande arbetet sedan baseras på.

Kommunens konsumentnämnd har ansvar för produktkontroller, arrangerar utställningar och informerar kommuninnevanorna via "Hoforsbladet" som regelbundet går ut till hushållen.

Barnomsorgen har hand om vidareutbildningen av dagmammor och daghemspersonal och där nu diskussioner om förebyggande av olycksfall ingår som en naturlig del.

Barnavårdscentralen når alla småbarnsföräldrar och har möjlighet att påverka vad gäller förebyggande av olycksfall som drabbar de små barnen. Man har även börjat låna ut barnbilstolar till alla nyblivna föräldrar.

Skolan och skolhälsovården har en stående spalt om olycksfall i skoltidningen, informerar lärare vid studiedagar och går skyddsronder för att se över barnens arbetsmiljö. För närvarande pågår också diskussioner om vilka möjligheter skolhälsovården har till omprioritering av arbetsuppgifter mot mer förebyggande arbete.

Röda korset informerar medlemmar och håller kurser, till exempel mörkerövningar för både vuxna och barn.

Polisen har hand om trafikundervisning både i skolor och förskolor och har mer målmedvetet kunnat inrikta undervisningen mot det som är aktuellt just för Hofors.

Trafiksäkerhetskommittén har tagit initiativ till samordning av resurser inom kommunen vad gäller trafikmiljön. Under våren 1986 har man kartlagt skolvägar inom kommunen och eventuella risker förknippade med dem och arbetet med att eliminera riskerna har inletts (6).

Hyresgästföreningen har sedan tidigare ett upparbetat nät av kontaktkommittéer i bostadsområden som har aktiverats genom ett eget länsomfattande barnmiljöprojekt – Bo Barn Bra. Projektet har lett till en rad förbätt-

Exemplet gamla spisar

Via registreringen kunde konstateras att 8 småbarn bränt sig på ugnsluckor och spisplattor. BVC reagerade på det här och uppgifter om var de här olycksfallen inträffat plockades fram. Det visade sig att brännskadorna var koncentrerade till ett bostadsområde – ett äldre hyreshusområde med spisar av äldre modell. Hyresgästföreningen kontaktade bostadsstiftelsen som sa att man planerat att renovera de här lägenheterna och då också byta ut spisarna, men först om några år. Efter diverse diskussioner gick stiftelsen med på att köpa in ett antal håll- och ugnsskydd att låna ut till familjer med småbarn tills spisarna var utbytta.

Exemplet slalomolyckor

Under en kort period rapporterades 12 slalomolyckor. Nästan alla slalomolyckor hade inträffat vid friluftsdagar, som skolan arrangerat och de barn som skadades var de som inte hade egen slalomutrustning utan lånat av någon kamrat. Bidningen var då inte rätt inställd och löste inte ut vid fall. De som saknade egen slalomutrustning hade ju inte heller någon större erfarenhet av slalomåkning och gick lätt omkull. Skolhälsovården tog upp detta till diskussion med ansvariga gymnasiklärare. När dessa uppmärksammats på problemet ledde det till bättre kontroll av utrustning inför friluftsdagar.

Exemplet ostädad badstrand

Under badsäsongen var barnen, speciellt vid en av kommunens badstränder, utsatta för olycksfall av typen: trampat på glasskärvor. Detta påpekades för fritidsförvaltningen som lovade hålla efter och städa den här badstranden bättre.

ringar av den fysiska miljön, framför allt vad gäller sanering av lekplatser i hyreshusområden (7).

De erfarenheter som gjorts i Hofors visar på vikten av att engagera olika organisationer i barnsäkerhetsarbetet. Den lokala förankringen blir på så sätt god och man kan arbeta på många olika områden. Men för att ett effektivt barnolycksfallsförebyggande arbete ska kunna bedrivas krävs en ansvarig, exempelvis en barnsäkerhetskonsulent som allmänheten kan vända sig till och som dessutom har på sitt ansvar att samordna och driva barnsäkerhetsfrågorna inom kommunen.

Referenser:

1. HS90.
2. Barnolycksfall. Betänkande av barnolycksfallsutredningen. SOU 1979:28.
3. Gustavsson, L.H: Barnolycksfall i Östersund. Socialmedicinsk skriftserie nr 38. Stockholm 1972.
4. Schelp L, Svanström L, Svanström K: Olycksprevention på kommunnivå. Socialmedicinsk tidskrift 9/81 (488-92).
5. Olsson B: Barnolycksfallsregistrering i Hofors kommun. Rapport nr 17, Utvecklingsenheten januari 1985.
6. Olsson B: Är skolvägen farlig? Enkätundersökning bland elever och föräldrar i Hofors kommun. Rapport nr 23. Utvecklingsenheten maj 1986.
7. Wikander E: Vägen vidare... Intervjuer med barnmiljöarbetare i fyra kommuner. Barnmiljörådet 1986.

Författarpresentation:

Birgitta Olsson, projektsekreterare

Postadress: Utvecklingsenheten för Primärvård Hofors (UPA), Centralgatan 14, 813 00 Hofors
Tel 0290-279 20

Nordiskt allmänläkarseminarium i Reykjavik

Nyckelord: Utbildning.

Den 19-20 september avhölls det vartannat år återkommande nordiska allmänläkarseminariet i de nordiska läkarförbundens regi, denna gång i Reykjavik.

Programmet var väl förberett, samtidigt som det fanns stort utrymme för åsiktsutbyte. Här är ett lite personligt färgat axplock från dagarna.

Vidareutbildningen blir alltmer likartad. Man kan dock nämna att vi svenskar tyckte att norrmännen tog lite lätt på handledningsfrågan, men å andra sidan tyckte norrmännen att svenskarna var märkliga i sin tro att man utbildade sig till allmänläkare på sjukhus.

I och med att Danmark får allmänmedicin erkänd som specialitet inom de närmaste åren är allmänmedicin egen specialitet i samtliga de nordiska länderna.

Frågan om en eventuell specialistexamen ventilerades men någon aktiv önskan att införa specialistexamen de närmaste åren framkom ej.

På grundutbildningen får allmänmedicinen i samtliga nordiska länder rangen av klinisk specialitet med examination. I ett längre perspektiv kan man undra om det inte är inom denna specialitet som de blivande läkarna bäst lär sig de basala yrkesfärdigheterna som anamnesupptagning, fysikalisk undersökning osv. Med allmänmedicinens nuvarande etablering på universitetens inser man dock att vägen dit är lång.

Allmänläkarvårdens organisation, privat och offentlig, förefaller kunna vara ett ämne för principiell diskussion. När man tittar på hur det fungerar över Norden, upptäcker man att någon privat vård av sådan omfattning att den har någon praktisk betydelse ej finns. Skillnaderna handlar egentligen bara om på vilket sätt samhället ersätter sina läkare, antingen genom direkt anställning eller som entreprenörer. Otaliga varianter och mellanställningar finns också.

En iakttagelse var att i de länder där man har mest utpräglad entreprenöransättning, Norge och Danmark, föreföll allmänläkarnas relativa lön i förhållande till övriga läkarkollektivet högre än vad den var i de länder där allmänläkarna var direktanställda. Det verkade också alldeles klart att smidigheten i organisationen, åtminstone för den rena sjukvården, kanske är större i entreprenörssystemet. Möjligheterna till uppsökande verksamhet, förebyg-

gande vård och adekvat vidareutbildning verkar vara större vid direktanställning.

Som alltid när allmänläkare träffas var samtalsklimatet utomordentligt öppet och fritt. Organisationskommittén med Svein Magnússon i spetsen stod för perfekta arrangemang.

Denna typ av nordisk gemenskap kan hjälpa oss att inte bli alldeles hemmablinda. Från kulturellt mycket närbesläktade utgångspunkter har man kommit fram till lite olika praktiska lösningar, och resonemang kring detta ger belysning åt vardagsverkligheten.

Författarpresentation:

Anna-Karin Furhoff, döl

Postadress: Sollentuna sjukhus och vårdcentral, Box 164, 19123 Sollentuna

Kenneth Widäng

Postadress: Björknäs vårdcentral, Box 511, 96128 Boden

Välkommen till norrländska allmänläkardagar i Östersund

den 3-4 september 1987 på Hotel Winn.

Tema: Allmänläkaren och läkemedel. Dessutom seminarier, postersession och högtidsföreläsning.

För organisationskommittén: Ragnar Asplund, Hans Beijer, Olof Englund, Göran Lehtipalo och Hans-Olof Nylén.

Ett samarrangemang med Hässle.

PROGRAM

Torsdagen den 3 september

11.30-13.00

Lunch.

13.00-13.15

Hälsningsanförande. Praktiska frågor.

SYMPOSIUM:

Allmänläkaren och läkemedel

13.30-13.50

Allmänläkaren som läkemedelsförfattare. Hans-Olof Nylén.

13.50-14.30

Allmänläkaren som läkemedelsprövar. Hans Beijer, HO Nylén.

14.30-15.00

Paus med kaffe.

15.00-15.20

Läkemedelsindustrin och allmänläkarna.

15.20-16.15

Framtidens läkemedelsinformation - samhällets eller industrins ansvar? Barbro Westerholm.

16.15-17.00

Kort summering och synpunkter från auditoriet.

19.00

Middag med social samvaro. Hässle vård.

Frederagen den 4 september

7.30-8.30

Frukost.

8.30-10.45

SEMINARIER:

Seminarium 1. Detta har vi gjort.

Rapporter och redovisningar om arbeten, projekt och utvecklingsarbete i allmänmedicin. Moderator: Hans Beijer.

Seminarium 2. Att handlägga icke medicinska problem och etiska spörsmål. Diskussion kring fallbeskrivningar. Moderator: Ragnar Asplund.

Seminarium 3. Allmänläkaren som administratör - utmaning eller påläga? Moderator: Hans-Olof Nylén.

11.00-11.45

POSTERSESSION.

Moderator: Göran Lehtipalo.

11.45-13.15

Lunch.

13.15-14.00

HÖGTIDSFÖRELÄSNING.

Professor Hans Åberg, Umeå.

14.00-14.30

Avslutning. Stafetten går vidare.

14.30

Kaffe.

Praktiska upplysningar:

ANMÄLAN

Använd bifogade blankett som insändes till SJ Resebyrå, Box 148, 83122 Östersund före den 15 juni 1987. Telefon 063-103077. Markera önskemål om färdsätt och logi.

KURSAVGIFT

400 kronor som insättes på postgiro 4224593-6 i samband med anmälan. I kursavgiften ingår de båda dagarnas lunch, frukost och kaffe. Hässle bjuder på middagen.

ÖVRIGA KOSTNADER

Övriga kostnader för resor, hotellrum och traktamenten ingår ej i kursavgiften. Ersättning för dessa utgifter bör sökas hos respektive arbetsgivare. Allmänläkardagarna är anmälda till Landstingsförbundet som extern kurs.

SEMINARIER

Varje deltagare skall ange vilket seminarium vederbörande önskar delta i och angelägenhetsordning. Kollega som avser medverka med inlägg eller anförande skall också ange detta i anmälan. Tag kontakt med Hans Beijer, telefon 063-142275 och diskutera med honom vilket ämne det gäller. Visst finns det mycket att lyfta fram och redovisa av vad vi gjort och samlat på oss.

POSTERS

Deltagare som önskar medverka med posters skall ange detta i anmälan och vederbörande skall också vara beredd att under cirka 10 minuter presentera sitt alster vid postersessionen fredagen den 4 september klockan 11.00-11.45. Intresserade kontaktar Göran Lehtipalo, telefon 063-22820.

Kansliet för allmänläkardagarna

Hälsocentralen Frösön, Box 601,

83201 Frösön.

Telefon 036-142300.



Suscard[®] stoppar anfallet nitroglycerin under läppen.

Den nya nitroglycerintabletten Suscard placerar man under överläppen, buccalt. Används som situationsprofylax vid angina pectoris, d v s när patienten inom den närmaste timmen eller timmarna kommer att utföra en extra ansträngning. Suscard kan också användas akut för att kupera bröstsmärta.

Det unika med buccal administrering är styrbarheten. När situationsprofylax inte längre behövs tar man helt enkelt ut tablett.

Med situationsprofylaktisk behandling får angina pectoris-patienterna möjlighet till ett aktivare liv. Den unika hållbarheten ger en trygghet i behandlingen både för läkare och patient. Tabletterna håller minst 3 år i obruten förpackning och 5 månader om de förvaras helt öppet.

Suscard finns i styrkorna 2,5 mg och 5 mg. Förpackningar: 2,5 mg 30 st och 100 st; 5 mg 30 st och 60 st. För ytterligare information se FASS.

Finns i lathanterlig
30 förpackning.



Hässle
Färdigkvalitet

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

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