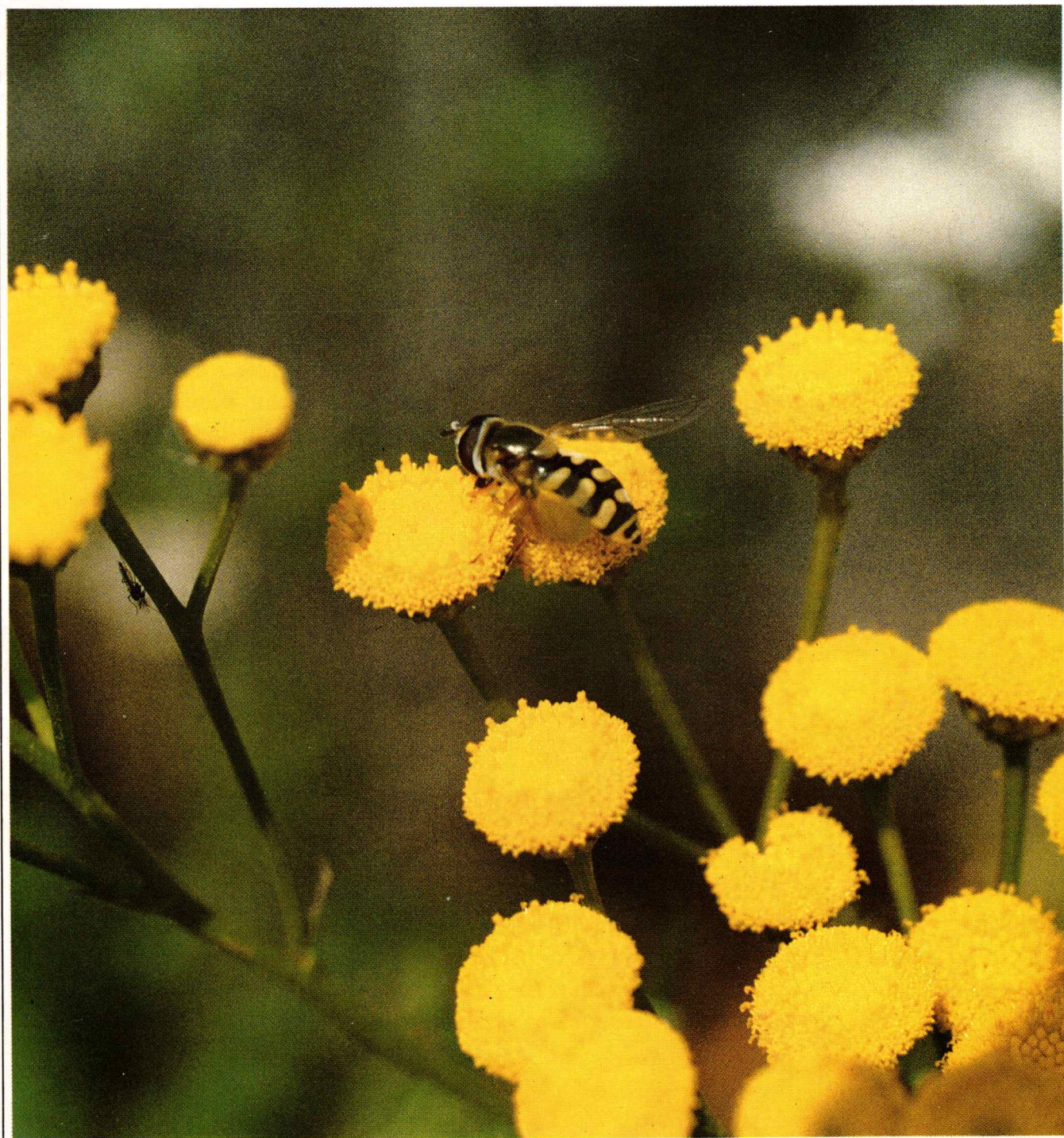


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

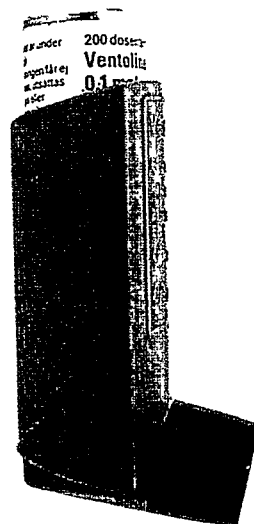


Allmänmedicin
som
vetenskap

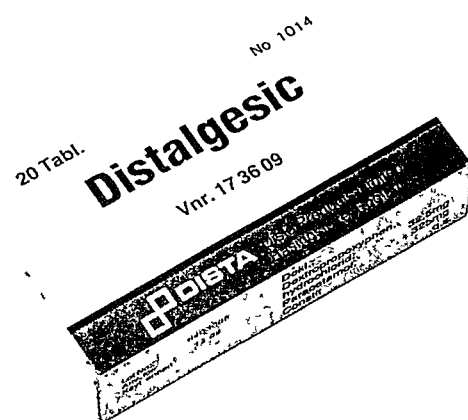
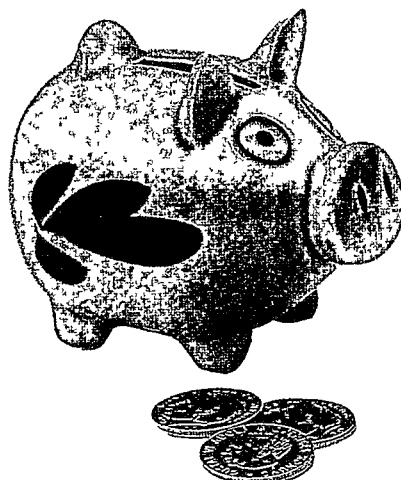
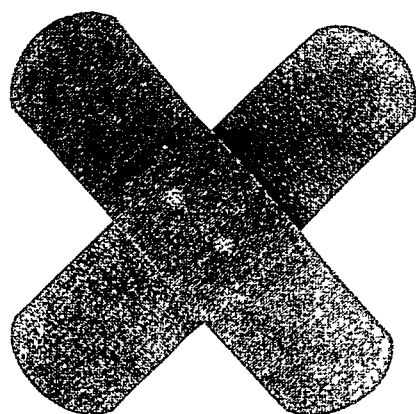
4
1987

Basdata
till
vad nytta

Är dina förväntningar vid analgetikabehandling enbart smärtlindring?



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



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



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

DISTALGESIC 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.

Manus-stopp!

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

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1987/1988.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivnings-vecka
5-6/87	28/ 9-87	48
1/88	2/12-87	4
2/88	25/ 1-88	14
3/88	8/ 4-88	22
4/88	10/ 6-88	37
5/88	1/ 9-88	44
6/88	6/10-88	48

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmän Medicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau.

Huvudredaktör:
Bo Haglund,
Institutionen för socialmedicin.
172 83 Sundbyberg. Tel.: 08/98 91 00.

Redaktionskommitte:
Malin André
Cecilia Björkelund
Anders Håkansson
Carl Edvard Rudebeck

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

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

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

Tidningen utkommer med 4-6 nummer per år.
Prenumerationsavgiften inbetalas till postgiro
37 54 40-5 till AllmänMedicin. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde,
1987

ISSN 0281-3513

Ledare:

Allmänmedicinen som vetenskap
Carl Edvard Rudebeck ✓ 140

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Områdesansvaret i vetenskaplig belysning -
avhandling av distriktsläkare. *Per Bjurulf* ✓ 141

Fiberrik kost vid typ II-diabetes - spännande
avhandling från Dalby. *Lars Lindholm* ✓ 142

Föreningsnytt:

Regionalt idéseminarium om specialistutbildning i allmänmedicin. *Mogens Hey, Erik Trelle* ✓ 143

Sydsvenska allmänläkarklubben — 145

Intresset för problemorienterad journalföring
(POMR) har ökat i svensk primärvård *NBO 88/97* ✓ 146

First National Congress of General Practice — 146

Debatt:

Pillersjukan. Polyfarmaci som diagnos
Peter Olsson ✓ 147

Skillnader i hjärtinfarktdödlighet -
en kommentar. *Anders Överby* ✓ 148

Förutsättningar för primärvårdsutveckling.
En diskussion med exempel från I- och U-värld
Ingemar Hermansson ✓ 150

Kurser och konferenser:
Dalbydagarna — 152

Basdata i primärvård:

Basdata - till vad nytta? Redovisning av ett
treårsmaterial från vårdcentralen Teleborg
Anders Håkansson ✓ 154

Fallbeskrivningar:

Screening av höftledsluxation. *Kurt Palmén* ✓ 157

Vulkanskydd. Ett alternativ till patienter i
öppenvården. *Atle Wohrm, Ulf Forshammar,
Paul Konopik, Sten-Åke Tamreus* ✓ 159

Samhällsmedicin i primärvården:

Barnombudsman i primärvården - ett
exempel från USA. *Leif Svanström* ✓ 162

Läkemedelsförskrivning:

Kan digitalisbehandlingen i öppen vård
förbättras?
Lars Weinehall, Kurt Boman, Jan-Erik Ögren ✓ 164

Recensioner:

Ortopedi i primärvård ✓ 166

Allmänmedicinen som vetenskap

En vetenskap anger ett sätt att betrakta och utforska verkligheten på. Den säger ingenting om alla andra sätt att betrakta och utforska den på men tillåter sig att lämna dem därhän så länge som dess frågeställningar och metoder inte tangerar andra vetenskapers. Att se verkligheten är alltid att se den på ett bestämt sätt och att samtidigt inte se den på alla andra möjliga sätt.

Den naturvetenskapliga medicinens styrka ligger i dess reduceringar, genom vilka människan betraktas som en del av den materiella världen; en högt stående biologisk art. Den avindividualiserade människan har atomer, molekyler, celler och organ som alla andra. Sjukdomarna är störningar i dessa system och symptomen det sätt på vilket dessa störningar når medvetandet. I detta perspektiv ökar möjligheterna till diagnos och terapi med graden avindividualiseringen.

En mycket stor del av medicinen har specialiserats som en självklar del i naturvetenskapernas och teknikens utveckling. Kunskapens omfång och djup har ökat. Specialisten är den obestridliga auktoriteten som bara kan ifrågasättas av andra specialister inom samma område. Som naturvetenskaplig medicin är allmänmedicinen därför ingenting annat än en tillämpning av en uppsättning specialistkunskaper, där anpassning gjorts till primärvårdens epidemiologiska och organisatoriska förutsättningar. Rimligen borde därmed allmänmedicinen delas upp i sina delområden; "invärtesmedicin, kirurgi, pediatrik, psykiatri, gynekologi, bakteriologi etc i primärvård" med självständiga institutioner inom dessa områden. Önskvärd organisation på vårdcentralerna vore ett arbetslag av specialister i basdisciplinerna.

Även beteende- och samhällsvetenskaperna uppvisar en specialisering. Att addera kunskaper från dessa områden till det medicinska kunskapsområdet ökar inte självklart allmänmedicinens självständighet. Den omedelbara konsekvensen är att allmänläkaren får ytterligare expertområden att försöka hålla sig ajour med. Den vetenskapliga positionen snarare försvagas än förstärks. Rimligare vore, att "institutioner för socialt arbete i primärvården" inrättades och att det sociala arbetet på vårdcentralerna uteslutande bedrevs av kuratorer.

Som naturvetenskaplig medicin kan allmänmedicinen endast hävda sin självständighet i sin praktik. Den allmänmedicinska forskningen får till stor del ägnas åt att legitimera denna praktik, då specialiseringen vetenskap-

ligt och tekniskt fortfarande är den starkaste tendensen i medicinen. Den legitimerande forskningen kommer i längden inte att vara förnyande. Den snarare befäster en verklighet än den upptäcker nya och utvecklingskraften kommer att sina. Allmänmedicinen kommer att vara kortlivad som medicinsk specialitet om den inte identifierar en genuin kunskapsfront som står i samklang med dess praktik. Det starka engagemang som kännetecknar många allmänläkare talar för att en sådan front verkligen finns. De upplever en unik verklighet som driver dem i deras yrkesgärning trots specialiseringens förtjänster och en ganska ljum allmänhet.

En unik verklighet är inte en summa av reducerade verkligheter utan är just en reduktion av verkligheten, som gör att specifika mönster framträder. Vilken är den unika verklighet allmänmedicinen står inför, som varken innebär en natur-, beteende- eller samhällsvetenskaplig reduktion? Mot naturvetenskapen ställer allmänmedicinen den unika upplevande, handlande och sociala människan och mot beteendevetenskapen den mänskliga kroppen. Syntesen, som inte är en summa utan en ny verklighet, är den levande människokroppen, som möjliggör en existens i spänningen mellan naturens lagbundenhet och den fria handlingen. En kropp, som inte blir begriplig som en summa av alla sina celler utan som en helhet av möjlig eller iscensatt handling och där alla känslor och upplevelser naturligt motsvaras av ett kroppsligt tillstånd och en kroppslig hållning. Kroppens delar blir begripliga i förhållande till denna helhet och det samma gäller symptomen.

Vad talar för att detta är allmänmedicinens genuina kunskapsfront?

– Majoriteten av befolkningens symptom förklaras ej av sjukdomar.

– Många symptom blir omedelbart begripliga när de ses i förhållande till den enskilda människans upplevelser i ett socialt sammanhang.

– Resultat av behandling blir ofta dåligt om avgränsade symptom möts av en avgränsad behandling.

– Starka och av medicinen oberoende krafter är verksamma även vid påtagliga och allvarliga sjukdomstillstånd.

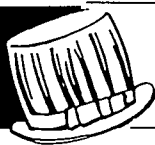
– Människor upplever och presenterar symptom i första hand som fenomen i den kropp de upplever och inte i naturvetenskapens kropp. Många symptom missförstås om man inte inser, att deras presentationer i första hand är existensiella utsagor, något

som emellertid ej ska blandas samman med gängse uppfattning av psykosomatik. Även smärtan efter en skada är existensiell eftersom det är meningslöst att tala om smärta som inte upplevs.

– Även resultatet av kroppsundersökning påverkas eller avgörs av att patienten inte kan skilja på sin kropp och sig själv. Det går inte att pröva passiv rörlighet om inte patienten är passiv, det vill säga avslappnad. Det går inte att skilja smärtreaktionen från rädslan om man inte är tränad att urskilja denna nyans.

Först med en ingående kännedom om den kropp, i vilken människan genomför sitt livsprojekt, hur den upplevs och framträder, kan man med god precision identifiera de kliniska situationer där naturvetenskapen är tillämplig. Man kan då också genom de kroppsliga presentationerna få en ganska god förståelse för en människa på mycket kort tid. Båda dessa färdigheter är centrala i allmänmedicinen men nås inte via naturvetenskapen. De kan i stället identifieras som ett i medicinen välkänt fenomen, – den kliniska blicken – vilket inte gör dem mindre vetenskapligt intressanta. I sin epidemiologiska verklighet med många olika symptom men få allvarliga sjukdomar tvingas allmänmedicinen ta fasta på och utveckla det kommunikationsproblem som är själva grundelementet i all klinisk medicin, nämligen att få en subjektiv erfarenhet att meningsfullt kommunicera med den medicinska expertkunskapen. Här finns ett självklart vetenskapligt centrum och en formidabel utmaning för allmänmedicinen, där klinisk grundforskning och effektivitet omedelbart hänger samman. Vetenskapligt handlar det om ett vitalt tillskott till humanvetenskaperna; en kroppslig förankring om man så vill. Den naturvetenskapliga medicinens kast på intet sätt överbord, men de situationer där den är ändamålsenlig får rangen av specialfall inom den vidare ram, som allmänmedicinens specifika reduktion ger.

Carl Edvard Rudebeck



Områdesansvaret i vetenskaplig belysning – avhandling av distriktsläkare

PER BJURULF



Melcher Falkenberg, vårdcentralchef på vårdcentralen i Kisa, disputerade den 24 april 1987 på en avhandling med titeln "Diabetes Mellitus and Hypothyroidism in a Community. Epidemiological and therapeutic aspects". Det var den första avhandlingen i Linköping av en distriktsläkare. Fakultetsopponent var professor Bengt Scherstén i Dalby. Ordförande vid disputationen var professor Per Bjurulf, som också varit huvudhandledare. Avhandlingen baserades på sex artiklar som sammanfattas i en ramberättelse i vilken emellertid också tas upp en hel del nya resultat.

Nyckelord: Screening, diabetes mellitus, thyroidea sjukdomar, primärvårdsområde.

Målet för undersökningen var

- att bestämma prevalensen av diabetes mellitus i ett primärvårdsområde utgående från existerande register. Vidare göra en inventering av riskfaktorer med särskild betoning på speciella lokala faktorer.
- att förbättra utbildningen av diabetiker som ett integrerat led i behandlingen.
- att bestämma prevalensen av thyroidea sjukdomar (hypo- och hyperfunktion) bland äldre kvinnor i ett primärvårdsområde med hjälp av screening och bestämma om screening är berättigad.
- att utvärdera tillstånd hos patienter med radiojodbehandlad hyperthyroidism och föreslå lämpligt uppföljningssystem för patienter med thyroidea dysfunktion i primärvårdsområdet.

Diabetes mellitus är ett vanligt tillstånd i svenska befolkningen. Falken-

berg finner emellertid att i Kisa vårdcentralsområde finns den högsta prevalensen, som redovisas i svenska material, även då han genomför åldersstandardisering. En kritisk diskussion genomföres om det som påvisats är sanna skillnader. De välkända riskfaktorerna hereditet, övervikt, låg fysisk aktivitet och diet kunde påvisas vara av betydelse. Särskilt höga tal kunde påvisas för hereditet. Några mer specifika lokala faktorer kunde han ej påvisa.

Mot bakgrund av denna epidemiologiska genomgång anger Falkenberg ett preventivt program, som redan startat avseende såväl primär- som sekundärpreventiva insatser.

Den kvantitativt stora förekomsten av icke insulinberoende diabetes är motiv för ett effektivt omhändertagande. Som led i avhandlingsarbetet har därför särskilda metoder utvecklats, som bygger på moderna pedagogiska principer – nämligen att patienterna själva får formulera sina problem (problembaserad) och i grupp med andra patienter själva utforma patientundervisningens uppläggning och innehåll (deltagarstyrd). Denna undervisningsmodell utformades i samarbete med pedagogisk expertis i en före-, efter- och experiment-kontrolldesign och utvärderades med såväl attityd och kunskapsmätning som metabol kontroll. Det visar sig att patienterna kunde tillägna sig och bevara kunskapen bättre än vid traditionell patientvård. Undervisningen hade också påfallande påverkan av attityder ("livskvalitet") men endast övergående effekt på metabola parametrar kunde påvisas i 6-månaders uppföljning. Fakultetsopponenten påpekade att denna intervention med utvärdering när det gäller icke insulinberoende diabetiker förefaller vara ett pionjärarbete sett även ur internationell synpunkt.

I ramberättelsen redovisas också den förskjutning i behandlingen som skett av primärvårdsområdets diabetiker i ett sjuårsperspektiv liksom den kraftiga ökningen av antalet som behandlas inom primärvården.

Även beträffande thyroidea dysfunktion kunde Falkenberg påvisa mycket höga siffror hos kvinnor över 60 år. Han tillämpade här ett särskilt utformat screeningsförfarande och nådde den anmärkningsvärta höga siffran på 97,3 procent medverkande. En siffra som kan tala för att screening och förebyggande åtgärder som utgår

från vårdcentralen får osedvanligt gott gensvar. Falkenberg genomför en kritisk och inträngande metoddiskussion om individbaserad screening och av thyroidea dysfunktionens betydelse för diffusa symtom inom primärvården. Han är tveksam till masscreening men rekommenderar en liberal policy beträffande thyroidea diagnostik hos kvinnor över 60 år med typiska symtom och fynd.

Falkenberg går även igenom alla som i Östergötland under en tvåårsperiod fått radiojodbehandling för hyperthyreos i en femårs uppföljning. Han finner anmärkningsvärt höga siffror av toxisk nodulär typ och liksom tidigare forskare höga siffror för utveckling av hypothyroidism. Dock olika höga för de olika morfologiska typerna. Någon skillnad i uppföljningens kvalitet mellan sjukhus- och primärvård kunde ej påvisas och han föreslår ett uppföljningssystem baserat på primärvården för ett antal riskgrupper.

Falkenberg kan på sitt befolkningsbaserade material ej påvisa att diabetes ger ökad risk för thyroidea sjukdom och ej heller att thyroidea sjukdom ger ökad risk för diabetes. Tidigare rapporter baseras på sjukhusmaterial och kan vara en effekt av Berksons fallacy.

Det genomgående temat i avhandlingen är osedvanligt konsekvent drivna försök att granska och föreslå modeller för primärvårdens områdesansvar. Vidare att utveckla nya terapeutiska metoder och follow-up-procedurer anpassade till primärvårdens ansvar, kompetens och resurser. Diabetes mellitus och thyroidea dysfunktion användes framför allt som exempel i denna kunskaps- och metodutveckling.

Fakultetsopponenten konstaterade att avhandlingen står i centrum för allmänmedicinens ansvarsområde både i relation till sluten sjukvård, till samhälls- och beteendevetenskaperna, till socialmedicin och till befolkningen. På ett utomordentligt didaktiskt sätt visade han på avhandlingens förtjänster men även på vissa brister framför allt i relation till att bättre utnyttja beteendevetenskaplig expertis och kunskap.

Inom Hälsouniversitetet i Linköping planeras att rätt stora delar av läkarutbildningen skall ske inom primärvården i Östergötland (cirka 15 veckor). För att detta skall kunna ske med god effekt krävs fortsatt kunskapsuppbyggande av den typ som denna avhandling har producerat. Det



Fiberrik kost vid typ II-diabetes – spännande avhandling från Dalby

LARS LINDHOLM



Barbro Hagander inleder med en pedagogiskt upplagd översikt över sitt forskningsområde. (Fotograf: Per Nyberg, Dalby.)

Valborgsmässoafton 1987 disputerade distriktsläkare Barbro Hagander i Dalby på en avhandling med titeln "Fibre and the Diabetic Diet – An evaluation of the metabolic response to standardized meals".

Typ II-diabetes eller NIDDM (non-insulin dependent diabetes mellitus) behandlas idag med tre olika metoder, ofta i kombination: kostreglering, tabletter och insulin. Barbro Haganders avhandling koncentreras på typ II-diabetiker med enbart kostbehandling. Hennes övergripande frågeställning – eller undran – är: vilken roll kan kostfiber ha i behandlingen av typ II-diabetes?

Typ II-diabetes

Typ II-diabetes är en sjukdom som har en smygande debut och som kännetecknas av hyperglykemi, normala eller förhöjda insulinnivåer i serum och viss ärftlig predisposition. Olämpliga kostvanor och fetma brukar även anses vara av betydelse för sjukdomens uppkomst. Lämpliga kostråd är att sänka energi- och fettinnehållet i kos-

ten nödvändigt att kunna redovisa och motivera den diagnostik och terapi som bedrivs inom primärvården och ställa den i relation till diagnostik och behandlingsbehov hos patienter som remitteras.

Författarpresentation:

Per Bjurulf är professor i socialmedicin vid Regionsjukhuset i Linköping.

Postadress: Avdelningen för socialmedicin, Regionsjukhuset, 581 85 Linköping, tel 013-19 10 37, 19 10 19

ten liksom att öka innehållet av kolhydrater, särskilt kostfiber.

Fem akutförsök och en långtidsstudie

Avhandlingen omfattar sex arbeten av vilka fem beskriver akutförsök på typ II-diabetiker och friska frivilliga och det sjätte en långtidsstudie på den förra gruppen. I dessa arbeten undersöker Barbro Hagander och medarbetare hur kolhydratmetabolismen påverkas av att fiberhalten i kosten varieras. Studierna på patienter och friska kompletteras med djurförsök, dels som förberedelse för humanförsöken och dels för att vissa undersökningar (av bland annat levermetabolismen) ej kan utföras på människa. Barbro Hagander kombinerar sålunda på ett elegant sätt den allmänmedicinska forskningen på patienter från primärvårdsdistriktet med fysiologisk grundforskning.

Utförande

Frukt, vete, råg och betfiber studeras både på friska och på typ II-diabetiker. Likaså studeras hur speciella baktekniken av olika sädeslag påverkar glukosomsättningen. Det metabola svaret följs genom kontinuerlig glukosregistrering och genom analys av hormon från bukspottskörtel och mag-tarmkanal. Påverkan på blodfetterna registreras även.

Resultat och diskussion

Resultaten visar i korthet att fiberrik kost har ett gynnsamt inflytande på glukosmetabolismen, framför allt hos typ II-diabetiker. Effekten varierar



Bengt Scherstén – först att disputera i Dalby – inleder Barbro Haganders disputation, som blev nummer fjorton i ordningen. (Fotograf: Per Nyberg, Dalby.)



Bengt Vessby i aktion som fakultetsopponent. (Fotograf: Per Nyberg, Dalby.)

dock för olika fiberkällor och med olika baktekniker. Sålunda medför till exempel bröd bakat på råg ett lägre glukosvar än bröd bakat på vete, vilket troligen beror på att råg innehåller mer lösliga fibrer än vete. Ett realistiskt kosttillskott av fiber (40 g/dag) givet under åtta veckor förbättrar den metabola kontrollen hos tidigare välreglerade diabetiker i jämförelse med en kost med lågt fiberinnehåll (15 g/dag). Hypotetiskt finns ett samband med den förlängsammade absorptionen av glukos som erhålls genom kostfibertillskottet. Såväl LDL-kolesterol som kvoten LDL/HDL-kolesterol sänks även av fiberrik kost. Förbättringen av glukosnivåerna efter en fiberrik måltid kan måhända även leda till en långsiktig trend att (helt) normalisera fasteblodssockret.

Vad kan man lära?

Vad kan man då som allmänläkare lära av Barbro Haganders avhandling? Jo, bland annat att en ökning av typ II-diabetikernas intag av kostfiber, till en realistisk nivå kring 40 g/dag, leder till en förbättrad glukosmetabolism även hos patienter som tidigare ansetts vara "välinställda". Detta kan förhoppningsvis leda till en minskad komplikationsfrekvens i framtiden. Det faktum att fiberrik kost även leder till en sänkt LDL-kolesterolnivå och LDL/HDL-kvot är av stor betydelse för patienternas risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom. Fibertillskott till kosten kan även användas som ett hjälpmedel att få typ II-diabetikerna att gå ner i vikt – en nog så viktig uppgift!

Författarpresentation:

Lars Lindholm, docent, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby

Regionalt idéseminarium om specialistutbildning i allmänmedicin

MOGENS HEY · ERIK TRELL

Fredagen den 30 januari 1987 hölls vid Långstorps kursgård i Höör ett idéseminarium om specialistutbildning i allmänmedicin.

Deltagande var distriktsläkare Ingemar Andersson, Bromölla, Åke Bengtsson, Bromölla, Ian Eilenberg, Malmö, Krister Haglund, Oskarström, Gustav Haglund, Olofström, Mogens Hey, Höör, Bengt Järhult, Olofström, tf professor Lars Janzon, Malmö, Ingvar Ovhed, Lyckeby, Håkan Thimansson, Höör, samt Erik Trell, Malmö.

Bakgrund

Seminarier var en regional uppföljning av möte hösten 1986 i Stockholm i Socialstyrelsens regi om specialistutbildningen i allmänmedicin. Bakgrunden var att det föreligger ett stort behov av stöd till handledarinsatser, men också till synpunkter på specialistutbildningens olika element och utförande. Detta gäller både beträffande grundutbildning, utbildningsinslag under AT- och FV-tjänstgöring (bland annat NLV-kurser) samt efterutbildning. Idéseminariet kom till övervägande del att handla om de två sistnämnda.

Framtidens NLV-kurser

Beträffande NLV-kurser är dessa under omstöpning, och det finns planer på att de skall övergå från Socialstyrelsens regi. Härvidlag kommer i första hand universiteten ifråga, men just för allmänmedicinen finns särskilda skäl för mer decentraliserad förmedling och motsvarande ekonomiskt stöd, för vilket också Socialstyrelsen visat intresse och förståelse.

Seminariets teman

Seminarieret innehöll tre delar. Under förmiddagen diskuterades det samhällsmedicinska perspektivet i utbildningen; docent Lars Janzon, tillförordnad professor i epidemiologi vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö, föreläste kring detta tema och diskussion vidtog.

Efter lunchen diskuterades allmänmedicinsk identitet, handledarnas och kursernas roll etcetera och slutligen presenterade seminariedeltagarna erfarenheter från specialistutbildningen

på hemmaplan samt synpunkter och ställningstagande beträffande framtida initiativ, behov av samordning inom regionen och regionens åtagande inom kursutbudet.

Grundutbildningen

Lars Janzon redogjorde först för den ämnesbeskrivning och utbildningsplan för klinisk samhällsmedicin som är stadfast 1984 inom medicinska fakulteten vid Lunds universitet och dess institutioner för samhällsmedicin i Dalby respektive Malmö. Ämnesbeskrivningen är synnerligen extensiv, och eftersom den är godkänd i medicinska fakulteten har den en stor betydelse i normativt och befästande avseende. Under grundutbildningen förmedlas ämnet klinisk samhällsmedicin under terminerna 3, 6 och 10 och syftar till att ge de medicine studerande en teoretisk bas, en praktisk bekantskap samt en avrundande insikt i ämnesområdet.

På grund av dess omfattning är det ett allmänt önskemål, som nu även märks bland de medicine studerande, att ämnet kan ges en större och mer samlad plats i curriculum. Ett kort utdrag ur ämnesbeskrivningen redovisas i faktaruta.

Epidemiologi

Lars Janzon föreläste därefter mer speciellt kring epidemiologi och dess roll i både samhällsmedicin och övriga medicinska discipliner. Det framgick att epidemiologi har en synnerligen stor betydelse och bör infogas bland de basala färdigheter som läkare nu för tiden bör behärska för att framgångsrikt kunna utöva sitt yrke, icke minst i dess med tiden alltmer påtagliga inslag av FoU, ansvarstagande för folkhälsan i avgränsat område, prevention etc.

I den efterföljande diskussionen framfördes att en NLV-kurs i epidemiologi därför borde vara obligatorisk för åtminstone den allmänmedicinska och helst även övriga specialistutbildningar. Vidare framfördes från Gustav Haglund synpunkten att epidemiologi borde införlivas med medicinska basic sciences, jämbördigt med exempelvis fysiologi, patologi etcetera. Dock utgör epidemiologi endast ett, om än centralt och viktigt, element i det mångfacetterade specialistområdet allmänmedicin, där också de praktiska kliniska momenten är lika framträdande.

Praktiktjänstgöring

Bengt Järhult framförde att praktiktjänstgöring i allmänmedicin måste utifrån storklinikerna med hänsyn till det annorlunda sjukdoms- och problempanorama som i praktiken föreligger. Det kan finnas många skäl till att bättre integrera och införliva allmänmedicinsk undervisning med undervisning i övriga specialiteter.

Epidemiologin kan såväl i det praktiska arbetet som i olika administrativa och ledningsfunktioner vara ett nödvändigt och ändamålsenligt instrument. Det framkom i diskussionen att gehör för sådana aspekter troligen är större efter viss tids verksamhet än under den basala undervisningen, och att det finns mycket av efterutbildningsinnehåll i dessa frågor.

Allmänmedicinsk identitet

Diskussionen gled därefter gradvis över på det andra temat; det vill säga allmänmedicinens identitet, handledarens roll, kursernas roll etc. Mitt i verksamheten kan utvecklingen te sig statisk och betydelsen av egna och andras insatser obetydlig eller obefintlig, men över ett längre perspektiv, exempelvis tio år, ser man ändå att klara trender och förändringar finns. Gustav Haglund redogjorde för den allmänmedicinska identiteten och dess olika ringar från kärnan av att bota, trösta och lindra i läkar-patientrelationen till att förebygga och förutse i ett allt komplexare nätverk och samspel med övriga samhällsinstanser.

Erfarenheter från USA

Det är intressant att detta är i enlighet med nyare tendenser i Amerika. Professor Sven-Olof Isacson vid institutionen för klinisk samhällsmedicin, och professor Bo Nilsson vid ortopediska kliniken vid Allmänna sjukhuset i Malmö, bevistade nyligen Association of American Medical College's 97:e årsmöte, den 25-30 oktober 1986. De har berättat att det i föredrag efter föredrag gavs en bekräftelse till ett medicinskt utbildnings- och verksamhetsinnehåll som till stor del motsvarar aktuella samhällsmedicinska och primärvårdstankegångar i Sverige. Nackdelarna med en helt okontrollerad marknadsekonomi inom sjuk- och hälsovårdssektorn har blivit skrämmande uppenbara i USA, och pendeln är nu på väg åt motsatt håll. Man tycker sig

se att Sverige paradoxalt nog befinner sig både flera år före, och fem år efter denna svängning av opinionsläget i Amerika.

Nya kunskapskällor

Vad som är relevant även för Sverige är dock nödvändigheten av ökade kvalifikationer. I takt med stegrad komplexitet och vidgning av läkarens roll och yrkesfunktioner, kanske speciellt i ledningshänseende, finns ett genuint gap mellan teoretisk och praktisk utbildning och de behov och krav som föreligger. Hälsoekonomi, epidemiologi, pedagogik, övriga samhällsvetenskaper etcetera är exempel härpå.

Detta ställer krav på både grund-, specialist- och och kanske framför allt, efterutbildningen. Beträffande åtminstone grundutbildningen kan nya pedagogiska metoder såsom problemorienterad undervisning etcetera vara speciellt relevanta i det allmänmedicinska sammanhanget, där dylika angränsande kompetensområden och färdigheter aldeles speciellt kan komma ifråga.

Problemorienterad undervisning

Det är dock av vikt att beakta att problemorienterad undervisning icke blott är en pedagogisk metod, utan även innehåller en komponent av de faktiska problemen i sig. Dessa kan därvid bättre inventeras och formuleras. Vad som främst aktualiserar problemorienterad undervisning i allmänmedicinen är just de nya behov och uppgifter som vuxit fram i moderna samhällen.

Allmänmedicinens utbildningsbehov

För allmänmedicinens del kan nämnas områden som: epidemiologi, folksjukdomar, patientnära laboratoriediagnostik och kliniska undersökningsmetoder, patient-/läkarinteraktion, läkemedelsinformation, administrativa och managementfrågor, individuellt och allmänt preventivt arbete, livskvalitet, health promotion, egenvård, primärvårdsforskning och -utveckling med mera, med mera. Många av dessa finns inte eller endast bristfälligt med i existerande medicinska curricula, och då hjälper det inte att enbart ändra de pedagogiska principerna, även om detta givetvis också är väsentligt och konstruktivt.

Lokala initiativ

Detta bevitnades från många håll av de deltagande. I Lyckeby har på eget initiativ studiecirkel i primärvård/epidemiologi/samhällsmedicin igångsatts för att svara mot dessa båda befintliga och upplevda behov. I Blekinge har dessutom ett praktiskt programarbete med folkhälsan och med åter-

kommande primärvårdsdagar påbörjats. Detta har engagerat vida sektorer av personalkategorier och samhällsinvånare.

Specialistexamen?

Inslag av stark önskvärdhet eller rent av obligatorium borde åligga en del färdigheter och insikter, såsom epidemiologi. Inom ortopedi har en försöksverksamhet med frivillig specialistexamen igångsatts. Det kunde också vara något för allmänmedicinen, och göras substansiell genom att kompetensen mer efterfrågades och/eller värdesattes, exempelvis i anställnings- och lönehänseende.

Kurser i allmänmedicin?

En viss tveksamhet beträffande NLV-kurser i allmänhet redovisades. Gustav Haglund framförde att lika svårt som att formulera allmänmedicinens identitet, lika svårt är det att ge kurser i ämnet; speciellt av heltäckande karaktär under en vecka. I stället bör ökade krav på handledning som är kvalificerad och som kan dokumenteras ställas. Den behöver löpa under längre tid och ge nödvändig erfarenhets- och insiktsmängd. Mer formaliserade kurser i allmänmedicinens olika temata kan i så fall komma som ett efterutbildningsmoment. Även detta behöver resurser, vilka borde kunna slussas från sådana medel som nu används till NLV.

Åke Bengtsson nämnde att även en del praktiska skäl kan tala för en sådan tanke; stor del av dagens distriktsläkare saknar NLV-kurser och behöver ha efterutbildning för att få vidgade kunskaper i dessa avseenden. Åke Bengtsson var tveksam till huruvida sådan efterutbildning skulle vara obligatorisk.

FV-utbildning

Ian Eilenberg betonade att FV-utbildningen i både allmänmedicin och för övrigt varierar mycket på olika ställen. Det finns inga metodlektorer, inget program att bocka av, ingen egentlig samordning.

Handledarstödet

Mogens Hey ansåg att det också föreligger en dålig planering vid tillsättning av FV-blocken. Handledarna har en fundamental betydelse och bland sådana roller och ansvar bör också vara att rådgiva beträffande specialistutbildningens innehåll, exempelvis önskvärdhet av NLV-kurs i allmänmedicin i denna. Handledarutbildning är därför väsentlig.

Analoga förhållanden gäller under AT-tjänstgöringen där bristande homogenitet och kontinuitet föreligger.

FV-läkarnas vardag

För primärvårdens del är också ett återkommande dilemma att utbildningstjänsterna ofta måste tagas i bruk för den löpande verksamheten, och att samma realiteter försvårar handledaruppgifterna.

FAKTARUTA

Utdrag ur ämnesbeskrivningen för klinisk samhällsmedicin (Dalby/Malmö) vid Lunds universitet (1984-06-05)

BESKRIVNING AV ÄMNET OCH UTBILDNINGENS MÅL

Ämnet klinisk samhällsmedicin vid Lunds universitet består av allmänmedicin, långvårdsmedicin och socialmedicin.

Det övergripande målet för undervisningen i klinisk samhällsmedicin är

— att komplettera cell-organperspektivet på sjukdom med ett *individ- och familjeperspektiv* som ger en helhetssyn på individens problem.

— att ge ett *samhällsperspektiv* på halsa och sjukdom i befolkningen.

Den samlade undervisningen under termin 1-10 syftar till att ge de studerande kunskaper och färdigheter inom områdena epidemiologi, preventiv medicin och administrativ medicin samt kliniska kunskaper inom allmänmedicin, långvårdsmedicin och socialmedicin.

Centralt i utbildningen är att lära de studerande att med sin medicinska kunskap nyttja hälso- och sjukvårdsresurserna i kombination med annan samhällelig service på ett för individ och samhälle optimalt sätt. Kunskaper om primärvårdens arbetsformer är därvid ett viktigt moment i utbildningen.

Den blivande läkaren skall efter genomgången kurs i klinisk samhällsmedicin ha *bi-bragts ett samhällsperspektiv på halsa och sjukdom och kunna handlägga* vanligt förekommande akuta och kroniska sjukdomar inom ämnets kliniska verksamhetsområden. Den studerande skall ha kunskaper vad gäller:

- de olika ämnesområdenas innehåll och arbetsformer, principer för handläggning av olika sjukdomsgrupper samt arbetsformer
- hur patienternas sociala situation och miljö påverkar förhållandet mellan halsa och ohälsa
- sjukdoms- och dödsorsaksmönster, social struktur och relationen dem emellan i såväl globalt som nationellt och lokalt perspektiv
- tidig diagnos och behandling inom primärvården
- den förebyggande medicinens metoder, möjligheter och begränsningar
- bruk och missbruk av läkemedel, alkohol och narkotika
- den lagstiftning som är relevant för ämnesområdena
- hälsouppllysning, mödrahälsovård, barnhälsovård, skolhälsovård, företagshälsovård, socialtjänst, socialförsäkring och arbetsvård
- åldrandeprocessen, relationer mellan åldrande och sjuklighet och hur åldrandet påverkar diagnostik, terapi samt behov av vård och stöd i hög ålder.

Erfarenheter från England

Det skulle behövas ett mer personligt handledar/utbildningsläkarförhållande. I England finns ansatser till ett bättre sådant, där man också kan diskutera mindre formaliserade men erfarenhetsbaserade element som patient/läkarrelation etc.

Regionalt kollegium

Kurser för handledare, gärna finansierade via landstingen, återkom som önskvärda. På likartat sätt diskuteras önskvärdheten av ett regionalt kollegium för allmänmedicin, bestående av med vidareutbildning verksamma inom primärvården, där framtida frågor beträffande specialistutbildningen och dess förmedlande skulle kunna tas upp och på sikt lösas.

Ett sådant kollegium skulle kunna uppbäckas eller utses av landstingen, exempelvis efter rekommendationer från distriktsläkare. Vidareutbildningsfrågorna och specialistutbildningsfrågorna måste vara viktiga även rent praktiskt för en optimalt fungerande vårdorganisation, och ett kollegieengagemang i det hänseendet därför en viktig roll, för vilken tid och resurser är önskvärda.

Universitetsinstitutionernas roll

De akademiska institutionerna för allmänmedicin kan ha funktion av deltagare i sådana kollegier, men det finns skäl som talar mot att institutionerna skall vara basen för dem. De borde kanske snarare, eventuellt i anslutning till samverkansnämnden, sortera under landstingen.

Specialistutbildningen i dag inom regionen

Seminarier avslutades med en redovisning av nuläget inom regionens landsting, det vill säga Blekinge, södra Halland, Kronoberg, Kristianstad, Malmöhus samt Malmö. Genomgående var intresset för handledarutbildning, framtida engagemang för specialistutbildningen, samt för ett kollegium i regionen stort.

Uppföljning

Seminariedeltagarna kommer att förankra diskussionen i sina hemlandsting. Ett uppföljningsseminarium, eventuellt med ett representativt kollegium för regionen som bas, bör kunna vidareutveckla problemområdet under hösten 1987. Minnesanteckningar från seminarier har överlämnats till Socialstyrelsen, som lämnade bidrag till idéseminariets genomförande.

Litteratur

- SFAM-nytt 1981:2. Temanummer – utbildning.
- Socialstyrelsens PM 12/82. Specialistutbildning i allmänmedicin – tjänstgöringsprogram.

Författarpresentation

Mogens Hey, distriktsläkare/studierektor vid institutionen för klinisk samhällsmedicin, Dalby.

Erik Trell, distriktsläkare/klinisk lärare i allmänmedicin vid institutionen för klinisk samhällsmedicin, Malmö.

Sydsvenska allmänläkarklubben

Sydsvenska allmänläkarklubben anordnade sitt höstmöte i Skurup fredagen den 24 oktober 1986.

Utbildningsdag

Mötet föregicks av en utbildningsdag för distriktsläkare som medverkar som handledare i läkarnas grundutbildning i regionen.

Distriktsöverläkare Leopold Recht som har lång erfarenhet av utbildningsinsatser hade åtagit sig att svara för utbildningsprogrammet. Leopold Recht hade framtagit ett material från sin primärvårdsreumatologiska verksamhet i Skurup. Han hade till sin hjälp nyckelpersoner som arbetar med reumatiker nämligen mottagningsköterska, distriktssjukgymnast och distriktsarbetsterapeut samt två patienter.

Genom föreläsning och demonstration kunde han visa hur allmänmedicinskt arbete bedrivs med exempel hämtat från arbetet med reumatiker. Han visade på uppsökande verksamhet med hjälp av ett egenvårdstest som prövats i Sjöbo primärvårdsdistrikt. Han visade på hur helhetssynen i allmänmedicinsk tappning tillämpas och exempel på teamarbete med medverkan såväl från primärvård som socialtjänst.

Betydelsen av närhet, tillgänglighet och kontinuitet för en utsatt grupp vårdtagare är uppenbar. Det nära samarbetet med konsultläkare inom reumatologi var en viktig faktor i behandlingsarbetet.

Utbildningsdagen hade till syfte att för handledarna visa hur man presenterar allmänmedicinsk verksamhet i undervisningssituation.

Höstmötet

Där handledarutbildningen slutade tog Sydsvenska allmänläkarklubbens höstmöte vid. Ett 50-tal allmänmedicinare hade samlats vid 15-tiden i vårdcentralens lokaler kring kaffe och inledande presentation. Därpå följde en visning av vårdcentralen som är en av landets äldsta i modern tappning tillkommen på 60-talet. Vårdcentralen har under sin 20-åriga tillvaro haft förmånen att ha två fasta distriktsläkare som stöttepelare och utvecklare varför vårdcentralen idag genom många om- och tillbyggnader har en mycket väl etablerad plats i kommunen. Vårdcentralens datasystem presenterades. Skurup har medverkat i Dasis-projektet för utvecklandet av ett datoriserat program för primärvårdens bruk.

Efter besöket på vårdcentralen förflyttade sig mötesdeltagarna till lantbruksskolan i Skurup där det vetenskapliga mötet ägde rum i aulan. Leopold Recht som svarade för mötet hade till sig kallat ett antal kolleger som re-

dovisade sina projekt i korta föredragningar med påföljande diskussion.

Hemsjukvård i Skurup

Per-Åke Tegstam, tidigare FV-läkare i allmänmedicin i Skurup, redovisade Skurups hemsjukvård och en egen liten studie av attityder till hemsjukvården i distriktet. Av distriktets 103 hemsjukvårdstagare hade 20 procent tillfrågats.

Resultatet visade att berörda patienter var nöjda med den aktuella vårdformen. Av de 103 hemsjukvårdsplatserna bedömdes att 33 hade behövt vård vid lokalt sjukhem och 11 kollektivt boende typ SMHI om ej hemsjukvården funnits.

Informationspolicy

Distriktsöverläkare Hans Mikkelsen hade under 1985–86 genomgått en cheftutvecklingskurs inom MLL. Kursens projektarbete redovisades. Som ämne hade valts "Informationspolicy – ett viktigt management instrument". Projektet innehöll bland annat en enkät till all personal i hans eget primärvårdsområde Ystad västra. Enkäten som inte var helt anonym besvarades av 70 procent och upptog frågor rörande hur den interna informationen fungerade, hur styrande information når ut samt personalens möjligheter till inflytande.

Av svaren framgick att informationen i allmänhet är för enkelriktad och att många känner att de ej kommer till tals.

De mål som uppställts för verksamheten överensstämmer i många lägen ej med personalens egna mål. Informella vägar används, det är svårt att påverka långsiktig planering och svårt att nå arbetsledaren med åsikter. Många känner sig slitna, resignerade och har dålig samhörighetskänsla.

Ett antal nyckelpersoner, avdelningsföreståndare, distriktsläkare, sjukhemsföreståndare etc bads redovisa all information de mottog under en viss period, dess läsbarhet och hur informationen omhändertogs.

Det visade sig därvid att flera av dessa nyckelpersoner mottog likvärdig information och att denna vidaregavs på ett ostrukturerat sätt. Alla arkiverade sin information i egna pärmar. Viss information cirkulerade utan klar adressat för kännedom. Mycket tid gick åt till att ta ställning till likartade frågor.

Som en följd av de redovisade problemen beslöts att samordna informationsmottagande samt att se ut en informations- och en arkiveringsansvarig. Vidare ordnades gemensam postgenomgång och fördelning av information till bland annat basråd och avdelningskonferens m.m.

Det beslöts att information skulle meddelas vid naturliga träffar samt att på försök en personaltidning i enkelt A4-format skulle ges ut samt att som ansvarig för denna utse en medarbetare "från golvet".

Den diabetiska foten

Ett mycket ambitiöst projekt kring "Den diabetiska foten" redovisades av Leopold Recht. Insamlandet av material hade utförts av FV-läkaren Claes Jönsson.

Recht lämnade en bakgrund till problemet "Den diabetiska foten" och konstaterade att ett stort antal underbensamputationer hos diabetiker utgör ett mycket resurskrävande vårdproblem inom ortopedverksamheten. Bland diabetiker är det en högkonsumtionsgrupp.

Projektet var en uppsökande verksamhet bland Skurupsdistriktet 315 kända diabetiker som fick sig tillsänt ett frågeformulär. 307 - 97,5 procent lämnade svar. Av dessa hade en tredjedel haft eller hade fotproblem. Dessa kallades till undersökning. Av 106 uteblev 6. 6 hade hunnit avlida varför 94 undersöktes. Av dessa var två underbensamputerade. Bland de avlidna var ytterligare två amputerade.

Bland de 94 med fotproblem hade 14 sår, 67 neuro- eller angiopati.

Recht konkluderade att det lönar sig att vidta preventiva åtgärder kring den diabetiska foten och uppställde en lista över krav: Uppsökande verksamhet, god metabolisk kontroll, god fotvård, blodtryckskontroll i stortåarna vilket kan utföras på kliniskt-fysiologiskt laboratorium, rökstopp, behandling av eventuell hypertoni, behandling av ödem, vid aktuellt sår, bedömning av specialister. Recht uppmanade närvarande allmänmedicinare att försöka utveckla en enkel metod att mäta blodtrycket i stortån. Aktuell metodik anses ha stor prognostisk betydelse för bedömning av "Den diabetiska foten".

Chlamydiainfektioner

En av Leopold Rechts tidigare AT-läkare, Per Rymark, presenterade en uppsökande verksamhet för chlamydiainfektion i primärvården.

Utgångspunkten för studien var hypotesen att jämföra förekomsten av chlamydia i Skurupsbefolkningen mot Stockholmsbefolkningen. Undersökningen baserade sig på en studie av samtliga kvinnor i åldrarna 16-23 år som sökt med urogenitala symptom hos distriktsläkare eller för preventivmedelsrådgivning inom mödrahälsovården under perioden februari-november 1985.

128 kvinnor undersöktes. Av dessa hade 30 patologiskt fluor och 17 var odlingspositiva för chlamydia, 3 med symptom och 14 asymptomatiska.

Studien upptog frågor rörande symptom, allmänna gynekologiska problem och status. Även mot bakgrund av den relativt höga kostnaden för chlamydia-odling, 130 kronor, bör man inom den aktuella åldersgruppen kvinnor vara generös med chlamy-

diadodlingar. Det räcker sexuellt aktiva som ej fött barn och före legal abort med tanke på risk för infektion i samband med ingreppet. Det ansågs ej att det som rutin bör tas chlamydiaproov hos virgo, hos kvinnor över 25 och kvinnor som lever i stabilt sexuellt förhållande och som tidigare haft negativt chlamydiaproov.

Klubbmiddag

Samtliga föredrag gav upphov till livlig diskussion. Efter det vetenskapliga mötet samlades ett 40-tal av deltagarna till middag på Skurups vårdhus.

Värmöte i Helsingborg

Nästa klubbmöte planeras till våren 1987 i Helsingborg. Ansvarig distriktsöverläkare Arne J Wiinberg. Preliminärt datum fredagen den 24 april 1987.

Inbjudan kommer till allmänmedicinare som anmält sig som medlemmar i klubben hos distriktsläkare Birgitta Hovelius, vårdcentralen, 240 10 Dalby eller till undertecknad.

Mogens Hey,
chefläkare, Orups sjukvårdsdistrikt,
243 00 Höör

Intresset för problemorienterad journalföring (POMR) har ökat i svensk primärvård

Nyckelord: Primärvård, journal, problemorienterad journal, informations-system.

I samband med att rapporten om problemorienterad journalföring (POMR) presenterades i slutet av förra året gjordes en enkät till landets vårdcentraler. Där frågade vi bland annat vilka enheter som har någon form av problemorienterad journal respektive vilka som hade intresse av eller planerade att införa POMR. Av de vårdcentraler som svarade (svarsprocent 60 procent) framkom att 155 stycken hade någon form av POMR och att ytterligare 131 stycken var intresserade av eller avsåg att införa POMR.

Motsvarande siffror vid en liknande enkät 1982 var 61 stycken respektive 135 stycken. Då var svarsprocenten = 55 procent.

I den senaste enkäten har också 319 stycken enheter anmält intresse för en fördjupad utbildning i problemorienterad journalföring.

Svaren på enkäten samt det intresse som vi mött under våren då vi genomfört tre symposier om problemorienterad journalföring bådär gott för POMR's framtid inom svensk primärvård.

Från 1987 års enkät har vi gjort en förteckning över de vårdcentraler som

har någon form av problemorienterad journalföring. Förteckning kan rekvideras från Spri. Kontakta Gert Ljungkvist eller Lena Vistam.

Bengt Dahlin, Annika Hässler,
Gert Ljungkvist

First National Congress of General Practice

(with international participation)

PRELIMINARY PROGRAMME

DEAR COLLEAGUE,

We have the pleasure to inform you that the First National Congress of General Practices is to be held in Bucharest on November 5-7 1987.

The subjects of the Congress will be the following:

1. The general practitioner, active witness of natural history of large spread chronic diseases.
2. Necessity and risk in ambulatory long term medicine treatment.
3. Round table: Training and perfecting in general practice.

Colleagues wishing to participate in the First National Congress of General Practice are kindly asked to honour with your participation this scientific event.

PRESIDENT, SECRETARY,
Adrian Restian, M.D. Grigore Busoi, M.D.

For any further information concerning the participation in the Congress you kindly asked to apply to the: Secretary of the First National Congress of General Practice, 70.754 Bucharest, 10 Progresului Street.

Cable address: UNSOCMED, Bucharest, Romania. Phone: 14.10.71.

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1987

Priserna är exklusive nysättning och originalarbete.

Mervärdesskatt tillkommer.

Särtryck beställs direkt från

Kurt Nilsson, Sätterian, Box 93083,
54103 Skövde, telefon 0500-867 70.

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

Pillersjukan

Polyfarmaci som diagnos

PETER OLSSON

Skiss till beskrivning av vanligt tillstånd som föranleder besök hos distriktsläkare.

Definition

Patienten intar flera potenta läkemedel dagligen med oklar eller osäker indikation, ofta under åtskilliga år och med biverkningar av dessa piller.

Etiologi

Multifaktoriell. Iatrogena faktorer är viktigast. Vissa personlighetstyper är klart överrepresenterade. Ökar med åldern men är klart skild från normalt åldrande. Ekonomi och rabattsystem för läkemedel inverkar.

Prevalens

Sällsynt under medelåldern, mycket vanlig efter pensionen och sannolikt vanligare hos kvinnor, möjligen beroende på högre medelålder. Exakta siffror saknas men skattningar kan göras ur befintlig statistik. Diagnosen saknas i "Diagnoskoder i öppen vård" och missas därför i konventionell diagnosregistrering.

Patogenes

Den individuella utvecklingen är ofta svår att i efterhand rekonstruera. En grov rekonstruktion av sjukdomens ofta långsamma progress kan dock vara lärorik och kanske ge vägledning för behandling.

Oftast är flera olika läkare från olika specialiteter och i parallella sjukvårdssystem inblandade. Många gånger kan identifiering av tidigare behandlande läkare ske vid analys av läkemedelsförbrukningen. Progredierar i skov utlösta av sjukhusvistelser och modevägor i terapival hos privat- och distriktsläkare.

Predisponerande personlighetstyper

Samlaren som kan samla recept och läkemedel likaväl som frimärken. Den verkliga konsumtionen bör kontrolleras för att pressa diagnosen.

Den ekonomiskt sinnade som vill förse sig med ett förråd av medikamenter att ha att ta till vid behov. Utformningen av läkemedelsrabatten bidrar hos denna patient som ibland feldiagnostiseras, då det ju egentligen föreligger en pseudopolyfarmaci.

Ibland används medicinförbrukningen i ett svårtytt spel mellan anhöriga där pillerna konfirmerar sjukdom och ger sjukdomsvinst.

Vanligast och mest svårbehandlad är personen som är hårt psykologiskt bunden (dependent) till medicinintaget, främst olika typer av bensodiazepiner.

De mest raffinerade metoder för att erhålla förnyade recept återfinns hos denna grupp. Tidpunkten när önskelistan presenteras den stressade läkaren som redan är fördröjd i sin överlastade mottagning är väl utvald. Utnyttjar ofta telefonrecept och ser kroppssundersökning och samtal närmast som en rit.

Slutligen finns en liten men viktig grupp av auktoritetstroga patienter som följer äldre läkares råd om mediciner år ut och år in men som i övrigt inte är beroende av medicineringen.

Den sista gruppen har god prognos vid aktiv behandling och går att nå med logiska resonemang.

Differentialdiagnos

Klart medicinsk motiverad och indicerad och välavvägd multiterapi, är dock relativt ovanlig. Pseudopolyfarmacin, ibland bristande compliance, har mera ekonomiska effekter än medicinska.

Samhällelig betydelse

En av de viktigaste hälsofaktorerna för de personer, speciellt äldre, som besöker vårdcentralen. Ekonomiskt väsentlig men den statliga ersättningen hindrar landstinget att ta itu med problemet och riktigt se fördelarna med aktiv behandling.

Ekonomiskt är naturligtvis också all medicin som förskrivs, hämtas ut men ej kommer till användning betydelsefull. Detta är som sagt också viktigaste felkällan vid diagnos.

Symtom

Trötthet. Yrsel. Matleda. Muntorrhet. Ökas psykisk och fysisk uttrötthet och falltendens. Någon gång allvarigare subakut psykisk konfusion. Moderat viktnedgång. Ödem eller uttorkning. Lätt påverkade laboratorieparametrar. Oklara hudutslag, anemitendens och inkontinens. Ofta önskar patienten ytterligare mediciner mot nämnda symptom.

Handläggning och behandling

Viktigast är att ett förtroende skapas mellan läkare och patient. En närmast psykiatrisk bedömning av medicine-

ringens betydelse för patienten och personlighetsbedömning är avgörande. Därefter prioriteras behandlingsbara fall.

Långsam nedtrappning är vanligast och ibland medicinskt motiverad för att undvika rebound eller abstinens. Skrämsel är sällan framgångsrik och avspeglar mera läkarens frustration inför uppgiften. Bättre är upplysning som upprepas vid varje konsultation både skriftligt på recepten och muntligt. Att ett läkemedel är vanebildande anges alltid på receptet, liksom förslag till nedtrappningsdosering.

Liksom i psykiatrisk verksamhet orkar distriktsläkaren inte med mer än några stycken patienter i intensiv terapi samtidigt. Eventuellt skulle handledning behövas eller åtminstone någon att prata av sig hos när det blir för tungt.

Tillfälligt innebär sepeneringsarbetet ökad belastning: täta telefonkontakter, återbesök, återfall, anhörigsamtal, stödande specialistkonsult med mera. Extraarbetet kan dock spara mycket både humanitärt och ekonomiskt för framtiden.

Vid misstanke att patienten trots överenskommelse får recept från parallell sjukvård kan kontrakt upprättas med patienten och apoteket men detta är oftast omständligt och ger ibland etiska problem.

Avlastningsplatser på sjukhem kan utnyttjas för kontrollerad seponering av "drug holiday" med total medicinfrihet. Enkla kontroller av allmäntillstånd, vikt, puls och blodtryck är ofta tillräckliga.

Årlig omprövning av ineliggande patienters medicinering är ofta nyttigt och ger sällan bakslag.

Prognos

Sannolikt mycket dålig i obehandlade fall. Mortaliteten är nog inte så hög men möjligen bidrar polyfarmacin ibland till försämrad funktion hos äldre med små marginaler.

Prevention

Medicinlistor är ett ovärderligt verktyg då begynnande polyfarmaci skall upptäckas. En blick på medicinlistan ger en god överblick över åtminstone den förskrivning som sker från vårdcentra-

len förutsatt att alla läkare noggrant för in samtliga ordinationer.

Ur äldre journaler är det ofta omöjligt att rekonstruera omfattningen av sjukdomen ur spridda och ofullständiga noteringar.

Medicinalisten kan utvecklas så att indikation och planerad behandlingstid och när omprövning av terapin är lämplig anges vid varje långvarigare medicinerings.

Krav på kolleger främst specialistklinikerna vid övertagning för fortsatta kontroller om, när och hur omprövning bör ske exempelvis vart annat år. Detta borde vara självklart i epikris kopior till primärvården men fodrar en betydligt högre kvalitet på vården och slutanteckningar.

Ett ytterst fåtal mediciner kan säkert sägas vara indicerade livslångt. Vissa endokrina substitutioner.

Betänk att en 65-åring kan ha 20 år kvar att leva!

Ärlig registrering och analys av egen förskrivning kan kanske minska det egna bidraget till sjukdomens utbredning i befolkningen. Samarbetet med apoteket kan utvecklas.

I Läkemedelsboken och varför inte FASS kunde anges indikation för indikation och läkemedelsgrupp efter läkemedelsgrupp lämplig omprövningsperiod och hur seponeringen går till med olika kontroller enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Icke medicinsk behandling och kunskapen om denna måste utvecklas och provas.

Personalutbildning är viktig för att få ett enhetligt bemötande på patienternas begäran om receptförnyelser.

"Stående mediciner" som ej ämnar omprövas itereras lämpligen för ett års förbrukning för att ge mera tid åt seponeringsförsök på prioriterade fall.

Avslutning

Ett kritiskt sinnelag får dock inte hindra adekvat terapi i tillräckliga doser vid klara indikationer.

Tacksam för tips och synpunkter och kanske konkreta råd från erfarna kollegor.

Författarpresentation:

Peter Olsson, FV-läkare allmänmedicin.

Postadress Gyllengranat vårdcentral,
Fortifikationsgatan 1, 371 00 Karlskrona,
telefon 0455-880 20

Debatt

Skillnader i hjärtinfarktdödlighet – en kommentar

480 62 62

ANDERS ÖVERBY

Christina Nerbrand har lämnat en mycket intressant redogörelse för sitt pågående avhandlingsarbete om hjärtsjukdomar, dels i AllmänMedicin (1), dels i Läkartidningen (2). Hon belyser bland annat vilken roll vattnets hårdhet skulle kunna ha liksom olika mineralers roll. Även psykosociala faktorer med mera berörs.

Nyckelord: debatt, hjärt-kärlsjukdom, etiologi.

Upptagningsområdet för Skönneruds läkardistrikt är församlingarna Järnskög, Köla och Skillingmark i Västvärmland (invånarantal 3.400). Området tillhör den del av Värmland som har ökad dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. Alla som studerar hjärtinfarktdödlighet torde vara överens om att orsakerna till hjärtsjukdom/hjärt-död är av multifaktoriellt slag. I den nu aktuella regionen finns det några etiologiska moment som kanske kunde diskuteras mer.

Hereditära förhållanden

Min erfarenhet är att avsnittet "hereditet" är en inom svensk allmänmedicin ofta försummad rubrik, åtminstone av journaler att döma. Jag har systematiskt penetrerat detta under 5 år bland mina patienter och då lagt märke till några säregna förhållanden.

Många av de som bor i dessa tre församlingar är släkt med varandra. Det är förvånansvärt ofta man och hustru är släkt eller två personer är dubbelkusiner, det vill säga kusiner både på fädernet och mödernet. (Min hustru är för övrigt släkt med en mängd personer i bygden!) Samtidigt har jag noterat hur i en hel del fall samma sjukdom/tillstånd finns bland flera nära släktingar: I 3 släktled hematuri. I 2 släktled har (i olika släkter) hittats leukocytos, trillingar och tvillingar (utan hormonbehandling), manodepressiv sjukdom, hjärt-kärlsjukdom (flera släkter), ledsjukdomar, hematuri (annan släkt än ovan nämnda), allergi med mera. 2 syskon har atetos, 3 syskon trombosjukdom och 2 syskon sänkta B12-nivåer.

Hereditär förekomst av sjukdomar kan vara en indikator på ingifte. Skillnaden i hjärt-kärl dödlighet mellan Västvärmland och östra Sverige skulle kunna bero på en ökad konsanguitet i

Värmland under tidigare generationer, dock inte som ensam faktor. Industrialisering och folkomflyttningar startade sannolikt tidigare i Sveriges östra delar med dess bättre och tidigare utbyggda kommunikationer. Troligen var väl också den ekonomiska situationen ofta bättre i Östsverige.

Barnsjuklighet och barndödlighet

I England och Wales har man funnit regionala olikheter i mortalitet i ischemisk hjärtsjukdom. Man har där påvisat ett starkt samband mellan barnadödlighet 1921–25 och mortalitet i ischemisk hjärtsjukdom 1968–78 (3). Forskarna föreslår att dålig diet och dåliga levnadsförhållanden under barnåren ökar känsligheten för andra negativa faktorer senare i livet, till exempel olämplig kost. Sambandet barnsjuklighet/dödlighet och hjärtsjukdom har även visats i andra studier både i USA och Norge (3). Nutritionsförhållandena tidigt i livet skulle enligt denna teori påverka metabolismen i högre ålder.

Det skulle vara intressant att se denna teori testad för att förklara skillnader i hjärt-kärlsjukdomar i Mellansverige. Tuberkulosen härjade svårt i Skönneruds läkardistrikt under 1900-talets början. Idag vet vi att en av de viktigaste orsakerna till tbc är dålig nutrition. Bristfälliga kommunikationer, fattigdom och missväxt skulle kunna ha gett ett sämre näringstillstånd i gränsbygden än i de mer utvecklade centrala delarna av Sverige.

Inte heller detta kan vara den enda förklaringen till skillnaderna i hjärt-dödlighet men kanske i kombinationen med ovan påvisade risker för konsanguitet samtidigt med exposition för dagens sura vatten?

Litteraturförteckning:

1. Nerbrand C: Skillnader i hjärtinfarktdödlighet för medelålders män i Mellansverige. AllmänMedicin. 1986;7: 269–71.
2. Nerbrand C, Åberg H, Rosén M, Tibblin G: Regionala skillnader i mortalitet i Mellansverige. Läkartidningen. 1985;82: 4004–8.
3. Barker DJP, Osmond C: Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. Lancet, 1986;1: 1077–81.

Författarpresentation:

Anders Överby, distriktsläkare i Skönneruds läkardistrikt.

Postadress: Läkarestationen, 670 41 Koppom,
telefon 0571-105 40

NYHET!

600 ml Vnr 19 92 24
Andapsin®
200 mg/ml
mixtur

SUCRALFAT 200 mg
Saccharinnatr., conserv.
constit. et aroma q.s.
Aq. purif. ad 1 ml
SKAKAS VÄL
Intas ojl samband med måltid.
FÖRVARAS OÄTKOMLIGT FÖR BARN.

600 ml Vnr 19 92 24
Andapsin®
200 mg/ml
mixtur

SUCRALFAT. 200 mg
Saccharinnatr., conserv.
constit. et aroma q.s.
Aq. purif. ad 1 ml
SKAKAS VÄL
Intas ojl samband med måltid.
FÖRVARAS OÄTKOMLIGT FÖR BARN.

Anv. föreskr.

REGISTR

Ombud.
FARMOS GROUP AB
16303 TÄBY

Tillverkare:
MEDPOLAR
Farmos-Viikmä Oy
Oulu, Finland

Deklaration. 1 tablett å 0,5 g innehåller: Sukralfat 500 mg, constit. q.s. 1 tablett å 1 g innehåller Sukralfat 1 g, constit. q.s. 1 dospåse innehåller: Sukralfat 1 g, constit. q.s. 1 ml mixtur innehåller: Sukralfat 200 mg, sacch. natc. conservans (metagin, propagin) aroma et constit. q.s., aq. purif. ad 1 ml. Upplysningar. Farnos Group AB, tel 08-756 04 10. Egen-skaper. Sukralfat är alkaliskt aluminumsackarossulfat, som har en lokal slemhinneskyddande effekt. Detta slemhinneskydd uppkommer dels genom en mekanisk bindning till slemhinnan som ökar dess resistens mot skadliga agens. Bindningen till skadad slemhinna är större än till frisk vävnad. Sukralfat absorberas i ringa utsträckning. Indikatio-ner. Duodenalsår och benigna ventrikelsår. Försiktighet. Vid behandling av patienter med grav renal insufficiens bör försiktighet iakttagas. Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt [B]. Sukralfat passerar ej över i modersmjölk. Biverkningar. Gastrointestinala biverkningar, företrädesvis förstoppning, uppträder i ca 2%. Dosering. Tabletter och dosgranulat. Vid duodenalsår intas 2 g 2 gånger dagligen, vid uppvaknandet och sänggåendet. Behandlingen ges i 4 veckor. Till de patienter, som eventuellt ej är utläkta efter 4 veckors behandling, kan ytterligare en 4-veckorsbehandling ges. Vid ventrikelsår intas 1 g 3 gånger på dagen, ej i samband med måltid, samt vid sänggåendet. Behandlingen bör pågå tills fullständig läkning uppnås (endoskopikontroll), vilket normalt sker inom 6-8 veckor. Dosgranulatet utröres i litet vatten. Mixtur: 5 ml motsva-rar 1 g, se tabletter. Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt [D], grupp 5A 7005, sukralfat. Förpackningar och priser. Tablett 0,5 g (vita, runda med skåra Ø11): Tryckförpackning 250 st. Tablett 1 g (vita, avlänga med skåra): Tryckförpackning 60 st, 120 st. Dosgranulat 1 g (vitt granulat): 60 st, 120 st. Mixtur 200 mg/ml (vit, anissmak): Plastflaska 600 ml.



FARMOS GROUP AB
Box 3012, 183 03 TÄBY, Tel. 08-756 04 10

JA, TACK

JAG VILL GÄRNA HA 2-DOS STUDIER
(2g×2) MED ANDAPSIN.

NAMN: _____

ADRESS: _____

POSTADRESS: _____

TELEFON: _____

Frankeras ej.
Adressalen
betalar
portol.

FARMOS GROUP AB

Svarspost

Kontonummer 30 11 50 00
183 03 TÄBY

Förutsättningar för primärvårds- utveckling

En diskussion med exempel från I- och U-värld

INGEMAR HERMANSSON

Mot bakgrund av Alma-Ata-Deklarationen 1978 och vår egen Hälso- och sjukvårdslag diskuterar författaren möjligheter och förutsättningar för primärvårdsutveckling. En analys av behoven i det egna samhället måste ske. Fördjupad och bredad hälsosystemforskning måste genomföras med frågeställningen: sker resursfördelningen på sådant sätt att behovstillfredsställelse på jämlika och rättvisa villkor kan arbetas fram. Några exempel på hur i- och u-land kan lära av varann ges.

Utvecklingen sätts in i ett större perspektiv. Utvecklingsvägar för den lilla strukturen, primärvården, kan man endast finna efter analys av de stora ekonomiska, sociala och politiska strukturer.

Nyckelord: Debatt, primärvård, hälso-politik, u-land, hälsoplanering.

Nyckelord:

Primärvårdsutvecklingen möter olika problem, hinder och svårigheter i olika ekonomiska, sociala, politiska system. Även om intentionerna är goda finns strukturella svårigheter. Kanske kan vi lära oss något genom belysning av primärvårdsutvecklingsförsöken i tredje världen? Denna artikel skall ge glimtar av en analys av vissa förutsättningar, hinder och svårigheter vid primärvårdsutveckling. Den bygger huvudsakligen på erfarenheter från Nord-Jemen (kapitalistiskt), Syd-Jemen (socialistiskt) och Sverige (kapitalistiskt-blandekonomiskt). Jag har tidigare rapporterat om hälsosystemen i de båda Jemen (1-5). I denna artikel bygger jag på dessa erfarenheter och försöker belysa mer generella problemställningar.

Primärvården är en utmärkt observationspunkt för samhällsproblem (6). Vilka behov möter primärvården? Hur kan primärvården bidra till behovstillfredsställelse? Varifrån skall resurserna tas eller hur skall de skapas? Behövs en politisk styrning eller löser marknadsmekanismerna problemen?

Alma-Ata-Deklarationen 1978 och vår Hälso- och sjukvårdslag
Deklarationen 1978 säger att nyckeln till målet "Hälsa för alla år 2000" är en primärhälsovård, som är befolkning-

ens första kontaktpunkt med hälsosystemet. Den skall till stor del vara preventiv, men också behandla enkla sjukdomar. Den skall vara praktisk och vetenskapligt grundad. Den skall vara ekonomiskt uppnåelig för landet, folk måste delta i uppbyggnaden, lokal resursmobilisering måste ske. Den är ett led i utvecklingsansträngningarna, för genomförandet krävs politisk vilja. Fred och avrustning kan frigöra resurser till detta stora program för mänsklig utveckling. Hälsomässig ojämlikhet är inte acceptabel.

I vår egen Hälso- och sjukvårdslag finns liknande tongångar om jämlika villkor, planering i enlighet med mänskliga behov och tillgänglighet. Innan vi går vidare måste vi alltså se lite på sjukdomspanorama, behov och problem i tredje världen och i Sverige. Kanske olikheterna är för stora för att vi skall kunna lära något? Kanske vår roll bara är lärares?

Sjukdomspanorama och behov som primärvården i tredje världen möter
Genom befolkningsstrukturen är patienterna ofta barn eller gravida kvinnor. Malnutrition, gastroenteriter, luftvägsinfektioner, barnsjukdomarna och andra epidemiska sjukdomar dominerar. Behov finns alltså av bättre uppfödning, ett fungerande vaccinations-system, mödra- och barnavård.

Både personlig hygien och omgivningshygien står ofta på låg nivå, skolsystemen är svaga, kunskapsnivån om hälsa ofta låg. En stor satsning på hälsouppllysning måste ske. Men trafikskador, problem med rökning och alkohol är vanliga – det är också våra problem. Mycket av det andra har vi åtminstone delvis löst. Resursbristen gör att man alltid i tredje världen måste söka de enklaste och billigaste lösningarna, en utmaning som vi borde lära av. Primärvård på basal nivå är tredje världens enda möjlighet att skapa ett decentraliserat system, som kan bidra till behovstillfredsställelse. De underprivilegierade klasserna måste tillgodoses.

Sjukdomspanorama och behov som primärvården i Sverige möter
Våra patienter är ofta äldre eller medelålders med högt blodtryck, diabetes, hjärtsjukdomar, "slitna" ryggar och leder, skador av alkohol eller rökning. Vi har också felnäring men av annan typ än i u-land, fetma och åderförkalkningssjukdomar. Visst har vi också

barn med gastroenteriter och luftvägsinfektioner, dock sällan livshotande.

Mödra- och barnavård, vaccinationer fungerar hyggligt. Visst är kunskapen om hälsan och dess förutsättningar rätt dålig, men vår befolkning har god basal skolkunskap. Men även vi har betydande klassmässiga skillnader i hälsotillståndet.

Vi rör oss i en ocean av mjukdata, där sociala problem, psykologiska svårigheter, familjerelationer, arbetslöshet och yrkesproblem producerar huvudvärk, trötthet, depression och värk. Kvinnor och ungdomar är utsatta grupper. Med vår alltför medicinska utbildning har vi lätt för att drunkna i en individinriktad, medicinskt betoad terapi utan att se ekonomiska, sociala, politiska bakgrunder till det lidande vi möter. Vi borde lära oss av de stora greppen, inriktningen mot verkliga behov, som finns i tredje världens startande primärvård.

Vi måste också lära oss att vi har en alarmfunktion i samhället, vi måste påverka den allmänna samhällsutvecklingen genom att informera om alla de samhällsproblem, som personal inom primärvården möter tidigare och på närmare håll än någon annan. Vi måste hjälpa till att skapa "politisk vilja" (Alma Ata) till förändring mot bättre behovstillfredsställelse. Hälsosystemforskning måste utvecklas bättre hos oss. "Samarbetet med u-länderna i hälso- och sjukvårdsforskning ger för närvarande mer till oss än till dem" (7). Fördelningen av något begränsade resurser har också hos oss börjat bli ett problem, om än av långt mindre tyngd än i ett fattigt u-land.

Kanske blir det mer på ett generellt plan vi kan lära oss av tredje världen? Det finns dock exempel på metoder och organisationsutveckling där de särskilda svårigheterna i tredje världen lett till lösningar, som också tillämpas eller borde tillämpas hos oss.

Oral rehydrering

Kräkningar och diarréer hos barn är ett massproblem i tredje världen, dödar och försvagar många barn. En billig, enkel praktisk och vetenskaplig lösning var nödvändig. Salt-sockerblandning i rent vatten var en enkel lösning, samt den snabba återföringen till normal uppfödning, nödvändig för undernärda barn. Vikten av bröstuppfödning var uppenbar. Denna metod sprids sedan några år via primär-

hälsovårdssystemet ut i minsta by i tredje världen. Betydligt senare möter man artiklar i Läkartidningen om samma metods introduktion i ett landstingsområde. Visserligen är det hos oss inte samma massproblem. Nog var det huvudsakligen det stora behovet av en enkel metod för tredje världen som drev fram utvecklingen.

Essentiella läkemedel – ett berömvärt försök

I tredje världen har rätt helt oacceptabla förhållanden för läkemedelsförsäljning och distribution. Läkemedel har blivit vanliga varor på en marknad med bristande kontrollfunktioner och en okunnig befolkning. Tyvärr har situationen utnyttjats av de multinationala företagen i vinstintresse. Läkemedel har använts helt fel, läkemedel med farliga biverkningar säljs i tredje världen långt efter det de avvisats av våra myndigheter. Befolkningen har fått uppfattningen att läkemedel är lösningen.

WHO utarbetade då sitt förslag om essentiella läkemedel, de drygt 200, som skulle användas under sina generiska namn. Resursbrist och en kritisk granskning av läkemedels roll ledde alltså till ett förslag som har generell giltighet. Man begränsar sortimentet till det nödvändiga, tänker alltid på priset och försöker undvika den påträngande reklamen, genom att använda generiska namn. Läkemedelsinformationen kan då i bästa fall bli vetenskapligt styrd.

Många länder i tredje världen håller på att införa detta program nu. Vi har visserligen mycket starkare kontrollmekanismer än tredje världens länder, man har dock inte hunnit så långt på denna sanerande väg som många fattiga länder. Självklart måste sortimentet anpassas efter sjukdomspanoramat och efter nivån i hälsovårdssystemet, men tanken om att endast använda det essentiella borde tränga igenom hos oss.

Resursbristen som utmaning

Först på senare år har en relativ resursbrist lärt oss att lite granska hur vi slösar. Det är mänsklig kunskap, motivation och enkla, praktiska åtgärder som för primärvården framåt. Vi kan inte ha mottagning under ett träd som i Afrika, men behövde vi verkligen dessa herrgårdar som våra vårdcentraler ser ut som? Kanske de blivit palats som fjärrmat oss från verkligheten. Fina hus kan inte ge god vård. Fin, teknisk utrustning behövs i mycket av specialistvården, men vi skall akta oss att på detta område ta exempel från den. Vår roll är en annan.

Vi använder ofta personal överutbildad för sin uppgift. Läkare är dyra. Enklare diagnostik och behandling kan utföras av annan personal. Vaccinationer utförs i tredje världen av en specialist i smått, en vaccinator, detta är specialisering nedåt, för att få rimliga kostnader och en riktig användning

av den dyra investeringen, utbildning till rätt kunskapsnivå.

Remisstvång borde införas till alla specialistnivåer, så att man får en riktig resursanvändning. En dyr samhällsinvestering, specialisten, borde inte få syssla med bagatellsjukvård.

Vår personal måste spridas jämnt över landet, glesbygderna behöver hälsovård. All hälsovårdsutbildning borde selektera sina studenter så, att endast de som är beredda att stå till samhällets förfogande under viss tid, får tillträde till studierna. Det är en förmån att få studera till arbete i primärvård; samhället, medborgarna investerar i detta, vill ha det. Det är inget orimligt att den studerande skriver kontrakt med samhället om att solidariskt ställa sig till förfogande i enlighet med behov i samhället under viss tid. Ännu bättre vore det om vi som tredje världens personal rekryterades från vår bygd, kände oss fast rotade där, kände värme och engagemang för utvecklingen just här, men detta kan ju också komma med tiden om vi lever enligt regeln om kontinuitet, stannar länge på samma plats.

Alla ovannämnda förslag eller rekommendationer är inspirerade av mitt möte med tredje världen.

Behövs politisk styrning?

WHO:s generaldirektör Halfdan Mahler har liksom Alma-Ata-Deklarationen poängterat den politiska viljans betydelse för utveckling av hälsovården (8). Detta är emellertid ett komplicerat problem (9). Vem är det som vill? Vem har makten? I vems intresse utvecklingen sker är i högsta grad beroende på vem statsledningen representerar, hur stor makt den har och vilket inflytande multinationala företag har i ett land (10).

Utvecklingen måste ske i de underprivilegierades intresse. Är folket mobiliserat, aktivt, deltagande i de politiska besluten och dessutom redo att bidra till resursskapandet för primärvården? Det ideala politiska systemet för sund primärvårdsutveckling är ett massmobiliseringssystem, där folkmajoriteten är aktiv, deltagande och där statsledningen representerar majoritetens behov – utan att det sker på någon underprivilegierad minoritets bekostnad (11).

Alla politiska system är dock känsliga, kan kantra över. Om statsledningen urartar till elitism, byråkratisering, måste den vara avsättbar.

Folklig mobilisering har i tredje världen delvis skett via lokala politiska strukturer. Hos oss skulle primärvårdsnämnderna kunna leda till samma resultat. Men steget till landstinget får inte bli långt, bör inte gå genom mellanivå, distriktsdirektionen, då blir beslutskedjan för lång, byråkratisering och tjänstemannaväldet hotar. Primärvårdsnämndens ledamöter skall ha direkt kontakt med vårdpersonalen och via sina politiska partier, via fackföreningar, frivilligorganisationer med

befolkningen. En dialog kunde skapas, behov inom primärvården ges klart uttryck, ett fruktbart utbyte av synpunkter kan ske. På så sätt skulle vi kunna närma oss tredje världens mönster för resursskapande.

Exempel från tredje världen kan i karikatymässig skärpa visa oss risker, hinder och faror, men också möjligheter och lösningar.

Ordnar den fria marknaden allt till det bästa?

I Sverige har politikerföraktet börjat frodas, en tröthet vid politisk styrning. Ropen om privatisering, fri marknad har skallat. Om en marknad skall leda till rättvis fördelning måste emellertid också "köpkraften" vara rättvist fördelad. Det är den aldrig, inte heller på vårdområdet. I tredje världen kan man med skärpa se vart en fri marknad leder, när politisk kontroll saknas eller är för svag.

Sjukvårdspersonalen, den dyra investeringen, koncentreras till städerna medan landsbygden kanske är tom på läkare. Detta kallades redan på 70-talet för "den stora världshälsoskandalen". Läkare i städerna sysslar med bagatellsjukvård i stället för att vara lärare och organisatörer samt remissinstans inom primärvården. Prevention och hälsoupplysning bedrivs inte. Läkemedel försäljs med breda, felaktiga indikationer och utan hänsyn till farliga biverkningar. Tobaks- och alkoholreklamen är påträngande och problemen på området ökar. Det är naivt att tro att marknaden kan lösa hälsoproblem. Erfarenheter från tredje världen talar för motsatsen. I så fall kräver marknaden omfördelning av "köpkraften".

Ett lärorikt exempel ges av ekonomen Paul Singer: "Låt oss anta att inkomsterna omfördelas i hög grad och att köpkraften hos den fattiga folkmassan påtagligt ökade till nackdel för den aktuella ekonomiska eliten. Då skulle förmodligen efterfrågan på mjölk öka kraftigt och efterfrågan på bilar falla." (12)

Vissa marknadsmekanismer behövs dock i alla politiska system (13). Ett centralt beslutat, för lågt pris på jordbruksprodukter för att stödja stadsbefolkningar, har i vissa länder i Afrika lett till låg produktion i jordbruket, ekonomiska incitament saknas att producera mer. Detta leder till behov av import, försämrad nationalekonomi, dåliga förhållanden och förutsättningar också för att bygga ut primärvård. Att därav dra slutsatsen att primärvården som sådan skulle må väl av fri marknad är emellertid helt felaktigt. Frågan har tidigare diskuterats på ett utmärkt sätt av Peter Nilsson i Allmän Medicin i svenskt perspektiv (14).

En del i ett sammanhängande system
Generellt kan sägas att primärvården utgör en del av ett helt ekonomiskt, socialt och politiskt system, där man måste analysera den stora strukturen

för att hitta utvecklingsvägar för den lilla strukturen, primärvården (15).

Detta innebär också att man inte får hoppas för mycket av "kommundiagnosen", som primärvården rekommenderas ställa för sitt område. Lika väl som för tredje världens människor bestäms vårt liv till stor del av större strukturer, världsmakter, multinationella företag, kapitalism, socialism. Den stora frågan också i primärvård är hur man skapar en folklig, decentraliserad mobilisering mot ogynnsamma makter, utan att samtidigt förlora den nationellt och globalt planerande aspekten. I ett tröttande rutinarbete får primärvården aldrig förlora sensibiliteten, vaksamheten, viljan att ta de underprivilegierades parti. Analys av behov och primärvårdens möjligheter att bidra till behovstillfredsställelsen är en huvudfråga. Hälsovetenskaplig forskning måste breddas och fördjupas.

Slutord

I den primärvårdsutveckling, som här satts in i ett större sammanhang, måste man vara beredd att analysera och angripa mycket svåra problem med klar-syn och utan rädsla. Den berömvärda, västerländska vetenskapligheten får inte amputera oss, så att vi begränsar oss endast till det naturvetenskapliga, bevisbara, det rent medicinska. Vi rör oss i ett stort fält av mjukdata. Vi är alla produkter av politiska, sociala, ekonomiska system. Dessa system innehåller ogynnsamma strukturer, som bidrar till problemproduktionen, den, som vi mer än andra har mitt framför våra ögon i form av sjukdomar och lidan-

den hos våra patienter. Vi måste vara beredda att se detta med ett brett synfält. Vi måste vara observatörer och rapportörer, som utan rädsla för vetenskaplig kritik meddelar vad vi ser och förmodar om samband. Vi måste analysera vårt hälsosystem för att se hur vi bättre kan anpassa det mot mänskliga behov. Där har vi enligt min mening mycket att lära från tredje världen, kanske mest ifråga om generella problem, men också ibland vad gäller enkla metoder och organisationsför-sök.

För att mänskliga levnadsvillkor skall bli jämlika och värdiga, måste sedan stora politiska och ekonomiska beslut fattas. Detta kan ske först efter ihärdig kamp, som aldrig får upphöra. Primärvården kommer inte att fatta dessa beslut, men vi kan påverka dem genom våra observationer och rapporter. Djärvheten och kraften, trots bristen på resurser, i tredje världen måste fylla också oss.

Litteraturförteckning:

1. Hermansson I: Drottningen av Sabas land och den fria marknaden. Läkartidningen 1980: 3588-90.
2. Hermansson I: Hälsa för alla i Nord- och Syd-Jemen år 2000? Vilhelmina: Forskningsenheten i Vilhelmina 2: 1984.
3. Hermansson I: Nord- och Syd-Jemen startar primärvård. AllmänMedicin 1984: 170-174.
4. Hermansson I: Primärvården och allmänmedicinen i en bristsituation. AllmänMedicin 1986: 130-133.
5. Hermansson I: Om femårsplaneringen 1985 i Demokratiska Folkrepubliken Jemen. Motpol 7/86.

6. Hermansson I: Den stora flaskan och den lilla - primärvården som observationspunkt. Läkartidningen 1983: 1298-1299.

7. Sterky G, Wall S: Okonventionella satsningar från i-land, tillgång för hälso- och sjukvårdsforskning i u-land. Läkartidningen 1986: 2055-2058.

8. Mahler H: The meaning of "Health for all by year of 2000". Geneva: World Health Forum, volym 2;1: 5-20 1981.

9. Rudebeck L: Utveckling och politik. En samhällsvetenskaplig teoristudie med anknytning till konkret politisk verklighet. Stockholm: Wahlström och Widstrand Alma-serien 1970.

10. Hermansson CH: Sverige i imperialismens nät. Stockholm: Arbetarkultur 1986.

11. Segall M, Williams G: Primary Health care in Democratic Yemen. Evolution of policy and political commitment, ur Morley D et al. Practising health for all. Oxford: Oxford's University Press 1983: 300-316.

12. Singer P: Evolution of the Brazilian economy: 1955-75. Study made for the Dag Hammarskjöld foundation. Uppsala: CEBRAP 1975.

13. Hydén G: Utveckling utan genvägar. Ett perspektiv på krisen och biståndet i Afrika. Malmö: Wahlström och Widstrand 1985.

14. Nilsson P: Allmänmedicin och privatläkarfrågan! AllmänMedicin 1986: 107-108.

15. Hermansson I: Hur skall vi kunna skapa jämlik hälsovård i u-länder där fria marknaden hyllas? Läkartidningen 1982: 3267-3268.

Författarpresentation:

Ingemar Hermansson, distriktsläkare i Vilhelmina, har arbetat 8 år med primärvårdsutveckling i Tunisien, Etiopien, Nord-Jemen och Syd-Jemen.*

*Postadress: Vårdecentralen, 912 00 Vilhelmina.

Kurser &
konferenser

Dalby-dagarna

Årets Dalby-dagar äger rum 2-3 november på Nyvångskolan i Dalby. Program och anmälningsblanketter kan erhållas av Karin Svenninger, centrum för samhällsmedicin i Dalby,

telefon 046/209200. Sista anmälningsdagen är den 9 oktober. Anmälningsavgiften är 100 kronor. Det preliminära programmet ser ut på följande sätt:

Måndagen den 2 november

Inledning

Fria föredrag

Symposium: Att vara gammal år 2000. Kan och vill alla bo hemma?
Moderator: Hans Håkansson

Symposium: Invandrare och flyktingar i vården.
Moderator: Ragnhild Kornfält

Postersession

Posterdiskussion

Tisdagen den 3 november

Fria föredrag

Prisutdelning för bästa poster

Symposium: HIV-infektion - ett samhällsmedicinskt problem
Moderator: Birgitta Hovelius

Föreläsning: Vad vill vi med primärvården nu och i framtiden?
Niels Bentzen

Symposium: Arbetslöshet - ohälsa. Ett primärvårdsproblem.
Moderator: Peter Nilsson

Mindre magstörningar



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

Abboticin® Novum är framför allt indicerat vid bronkiter och pneumonier (när erytromycinkänsliga bakterier orsakat infektionen) samt vid Chlamydia-infektioner.

Abboticin® Novum-tabletter innehåller erytromycinetylsuccinat som är inaktivt i mag-tarmkanalen. Aktivt erytromycin frigörs först i blodet, efter absorption och följden blir bättre tolerans (1,2,3).

Abboticin® Novum doseras 2 tabletter à 500 mg 2 ggr dagligen.

Referenser:

1. 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.

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

3. Lakemedelsboken 87/88, Apoteksbolaget, sid 1011

ABBOTICIN® NOVUM Antibiotikum Grupp 7B 3005 R

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

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

Absorptionen av erytromycinetylsuccinat är något lägre än för erytromycin-stearat (ABBOTICIN® tabletter), varför en högre dos av den biologiska aktiva estern måste ges för att motsvarande plasmakoncentrationer av erytromycin skall uppnås.

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

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

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

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

Optimal absorption erhålles om dosen intages omedelbart före måltid.

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. Interaktion. Se ABBOTICIN® tabletter



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

Basdata – till vad nytta? Redovisning av ett treårsmaterial från vårdcentralen Teleborg

ANDERS HÅKANSSON

Vilken nytta har man av basdata inom primärvården?

I denna artikel från vårdcentralen Teleborg i Växjö ges en del exempel på praktisk basdata-användning. Bakgrunden är de 25371 läkarbesök och 35352 patientproblem, som under perioden 1984–1986 handlades på distriktsläkarmottagningen. Diagnospanoramat och remissfrekvenserna presenteras. Det stordatorsystem, med vars hjälp uppgifterna togs fram, granskas.

Nyckelord: Basdata, verksamhetsplanering.

Introduktion

"Basdata-gruppens" rapport utkom i juni 1983 (1). Man skilde där på basdata om befolkningen, basdata om kontakterna och basdata om resurserna. För vårdcentralen Teleborg presenterades nyligen basala uppgifter om vårdcentralens upptagningsområde och dess befolkning (2). Under senare år har ett flertal arbeten i tidskriften AllmänMedicin (3, 4, 5, 6, 7, 8) behandlat basala data om kontakterna inom primärvården. Många av dessa artiklar har varit rent deskriptiva till sin karaktär, och man har ibland saknat en analys av framtagna data. I en aktuell avhandling (9) har produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning studerats.

Avsikten med denna artikel är att utifrån ett treårsmaterial från vårdcentralen Teleborg, diskutera den praktiska nyttan av olika besöksdata. Ett annat syfte är att presentera och kritiskt granska det stordatorsystem med vars hjälp besöksuppgifterna framtagits.

Vårdcentralen och dess upptagningsområde

Vårdcentralen Teleborg öppnades för allmänheten vid månadsskiftet oktober–november 1983. I vårdcentralen inrymdes distriktsläkarmottagning, mödravårdscentral, distriktssköterskemottagning med barnavårdscentral, sjukgymnastmottagning, socialkontor och apotek. Antalet distrikts-

läkartjänster ökade fram till 1986 från tre till fem, varav 0,5 avsattes för utvecklingsarbete. Under perioden 1984–1986 tjänstgjorde på vårdcentralen under en genomsnittlig vecka ungefär 2,5 distriktsläkare, knappt 0,5 FV-läkare samt knappt 0,5 AT-läkare. Dessa skulle då, förutom det vanliga mottagningsarbetet, även sköta mödravårdsvården, barnhälsovården, skolhälsovården, ålderdomshemmen samt sjukhemmet.

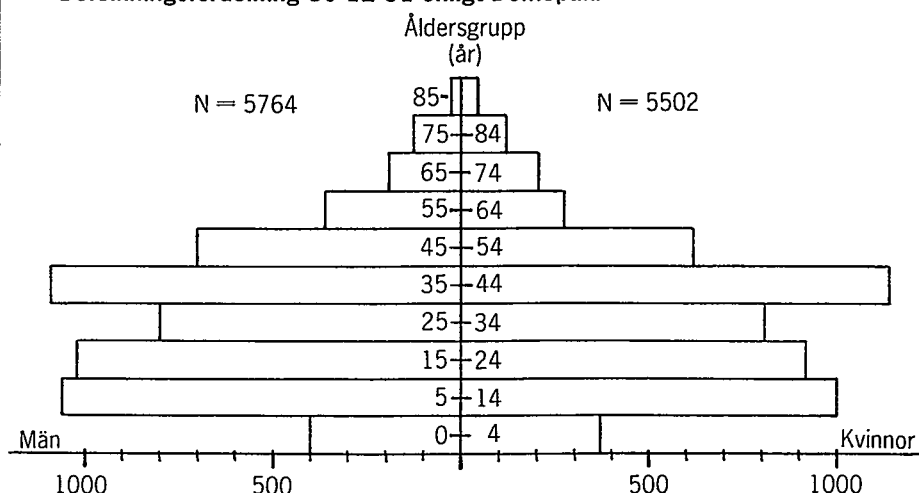
Vårdcentralens upptagningsområde bestod av stadsdelen Teleborg i södra Växjö med gott och väl 9 000 invånare samt fyra landsbygdsförsamlingar söder därom med tillsammans gott och väl 2 000 invånare. I stadsdelen bodde framför allt unga och medelålders föräldrar med sina småbarn respektive tonåringar, medan landsbygdsförsamlingarnas befolkningsfördelning var mera "normalsvensk". Upptagningsområdets befolkningsfördelning för män respektive kvinnor framgår av figur 1. En mera ingående beskrivning av vårdcentralens upptagningsområde har givits i den tidigare nämnda artikeln (2).

holm via fasta teleförlindelser. På vårdcentralen placerades fem bildskärmsterminaler med tangentbord, en kvittoskrivare och en vanlig skrivare. Det patientadministrativa systemet användes fullt ut, det vill säga vi arbetade vid terminalerna med schemaläggning för läkarna, inbokning av patientbesök, registrering av besök och kvittoutskrivning, medicinsk diagnosregistrering samt uppsättning på väntelista och kallelse från densamma med hjälp av "data mail". Vidare hade vi i personuppgiftsrutinen ständigt tillgång till det aktuella befolkningsregistret för länet. Själva journalen var inte datoriserad, utan vi arbetade med vanliga pappersjournaler.

Metoder

Samtliga läkarbesök diagnossattes enligt Socialstyrelsens "Diagnoskoder i öppen vård". Alla de problem som krävde ställningstagande eller annan åtgärd fick ett diagnosnummer. Vidare registrerades samtliga remisser till annan specialitet med undantag för servisespecialiteterna. Självklart registrerades för varje besök också besöksdatum

Figur 1.
Befolkningsfördelning 86-12-31 enligt Demopak.



Datasystemet

I mitten på februari 1985 inleddes en försöksverksamhet med Kommundatas patientadministrativa datasystem på vårdcentralen Teleborg och på kirurgiska kliniken vid Centrallasaretet i Växjö. Datorkraften hämtades från en stordator i Älvsjö i södra Stock-

och patientens personnummer, men även bland annat vem som tagit initiativ till besöket.

Under perioden januari 1984–maj 1985 noterades uppgifterna på så kallade registrerings-/planeringsblanketter. I mitten på februari 1985 tog vi datasystemet i bruk, och därefter regi-

strerades samtliga läkarbesök kontinuerligt. Den medicinska registreringen började inte fungera förrän i maj 1985, och först därefter kunde också diagnos- och remissuppgifterna kontinuerligt läggas in på datorn. Samtliga uppgifter avseende läkarbesöken före datordriftstarten registrerades i efterhand från registrerings-/planeringsblanketterna liksom diagnosuppgifterna för vårmånaderna 1985.

Inför bearbetningen överfördes besöksuppgifterna för åren 1984–1986 från Kommundata i Älvsjö till Kommundata i Västerås. I samband med överföringen avidentifierades uppgifterna på ett sådant sätt, att varje patient fortfarande var unik, men naturligtvis inte gick att identifiera. Med hjälp av "Application System" konstruerades så ett antal standardtabeller, som på ett bra sätt beskrev verksamheten på vårdcentralen. Dessa tabeller låg till grund för här presenterade data. Naturligtvis fanns möjlighet att med hjälp av "Application System" göra vilka tabeller/figurer som helst, men primärt nöjde vi oss med standardtabellerna.

Resultat

Under treårsperioden 1984–1986 gjorde 8203 personer 25371 läkarbesök för 35352 problem. Kvinnorna utgjorde 54 procent av patienterna och stod för 57 procent av besöken. Antalet diagnoser per besök var 1,28 och antalet besök per patient var 3,09. Av besöken resulterade 6,0 procent i remiss till annan specialitet, medan 95,3 procent av problemen (diagnoserna) klarades av på vårdcentralen.

Besöken

Ungefär 88 procent av patienterna var skrivna i Växjö kommun, medan 4 procent kom från övriga länet, 7 procent från annat län och 0,5 procent var utländska medborgare. I åldersgruppen 15–24 år kom 77 procent av patienterna från den egna kommunen.

I tabell I visas andelen av områdets invånare vid årsskiftet 1986–1987, vilka under treårsperioden besökte distriktsläkarmottagningen. I åldrarna 15–44 år är siffrorna för män respektive kvinnor falskt förhöjda på grund av alla de i andra kommuner skrivna högskolestuderande som besökte vårdcentralen. I samtliga åldersgrup-

Tabell I

Andel av områdets invånare 86-12-31 som under treårsperioden besökte distriktsläkarmottagningen

Åldersgrupp (år)	Andel besökare		Andel besökare Män och kvinnor Växjö kommun (%)
	Alla Män (%)	Alla Kvinnor (%)	
0-14	60	64	58
15-44	70	88	67
45-64	55	72	59
65-	88	98	86
TOTALT	66	80	64

per besökte en högre andel kvinnor än män distriktsläkarmottagningen.

Bland pensionärerna var andelen besökare särskilt stor, dock finns också här falskt förhöjda siffror, därför att hänsyn inte tagits till utflyttade och avlidna. Under den studerade treårsperioden flyttade varje år ungefär 1000 människor ut ur området samtidigt som ungefär 50 personer årligen dog. Om dessa 3150 personer läggs till populationen vid årsskiftet 1986–1987 blir antalet potentiella patienter under studieperioden ungefär 14400. Andelen invånare som besökt distriktsläkarmottagningen skulle då sjunka ned mot 50 procent.

Vad beträffar 74 procent av besöken hade patient eller anhörig tagit initiativ, medan initiativet i 24 procent av besöken låg hos mottagningens läkare och i 2 procent av besöken hos annan (exempelvis hänvisning från skolsköterska eller remiss från sjukhusspecialist).

I sjukdomsgrupperna ögonsjukdomar, respirationssjukdomar och skador var det eget initiativ i nästan 90 procent av fallen, medan andelen eget initiativ bland de kroniska sjukdomarna i grupperna endokrina sjukdomar, blodsjukdomar och cirkulationssjukdomar var ungefär 40 procent.

Diagnoserna

Antalet diagnoser (problem) per patient per tre år visas i tabell II. Med stigande ålder ökade antalet diagnoser. I de produktiva åldrarna var kvinnorna åsatta fler diagnoser än männen.

I tabell III presenteras diagnoserna fördelade på sjukdomsgrupper. Gruppen "Ej diagnosatta" utgjorde knappt 2 procent av totalantalet diagnoser, och innehöll bland annat kontroller

efter urinvägsinfektioner och under antikoagulantabehandling. Den klart största sjukdomsgruppen var andningsorganens sjukdomar, och därefter följde grupperna muskuloskettala sjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar och öronsjukdomar samt symptomgruppen. Antalet diagnoser per patient var högst i sjukdomsgrupperna cirkulationssjukdomar, endokrina sjukdomar, mentalsjukdomar och öronsjukdomar. Hypertonikerna och diabetikerna besökte läkare gott och väl en gång per år.

De 15 vanligaste diagnoserna för män respektive kvinnor framgår av tabell IV. Typiskt kvinnliga diagnoser var cystit, psykoneuros och vulvovaginit, medan männen hade en högre andel hjärtsjukdomar. Annars var diagnospanoramats relativt likartat för män och kvinnor med en massiv dominans för luftvägsinfektionerna bland de vanliga diagnoserna.

Remisserna

I tabell V fördelas remisserna på mottagande specialiteter. De två klart

Tabell II

Antal diagnoser per patient per tre år i de olika åldersgrupperna för män respektive kvinnor

Åldersgrupp (år)	Diagnoser* per patient	
	Män	Kvinnor
0-14	2,9	2,8
15-44	3,0	3,8
45-64	4,6	5,6
65-	8,9	7,8
TOTALT	3,6	4,2

* En eller flera diagnoser enstaka eller upprepade gånger.

Tabell III

Diagnoserna fördelade på sjukdomsgrupper

Sjukdomsgrupp (WHO-ICD 8)	Antal diagnoser	Andel av diagnoserna (%)	Antal patienter	Antal diagnoser* per patient
Infektion	1009	3,2	790	1,3
Tumör	487	1,5	402	1,2
Endokrin	853	2,7	260	3,3
Blod	135	0,4	75	1,8
Mental	1288	4,1	578	2,2
Nerv	328	1,0	176	1,9
Ögon	595	1,9	500	1,2
Öron	3148	9,9	1451	2,2
Cirkulation	3445	10,9	906	3,8
Respiration	6600	20,8	3566	1,9
Digestion	1404	4,4	798	1,8
Urin	855	2,7	543	1,6
Genital - man	322	1,0	167	1,9
Genital - kvinna	789	2,5	496	1,6
Hud	1527	4,8	1058	1,4
Muskuloskettal	3775	11,9	1871	2,0
Kongenital	62	0,2	52	1,2
Symptom	3037	9,6	2370	1,3
Skador	1331	4,2	1025	1,3
Ej sjukdom	755	2,4	620	1,2
TOTALT	31745	100,0	-	-
Ej diagnosatta	607			

*En eller flera diagnoser inom sjukdomsgruppen enstaka eller upprepade gånger.

Tabell IV
De 15 vanligaste diagnoserna för män respektive kvinnor.

Män	
Diagnos	Andel av diagnoserna (N = 13802) (%)
1 Öli	5,8
2 Otitis media acuta	5,4
3 Hypertoni	4,9
4 Bronchitis acuta	3,7
5 Tonsillitis acuta	3,5
6 Lumbago/l ischias	3,2
7 Otsalpingit	3,0
8 Sinuitis acuta	2,6
9 Tendinit/epicondylit	2,2
10 Gastrit	1,9
11 Sympt hjärtsjukdom	1,9
12 Angina pectoris	1,8
13 Diabetes mellitus	1,8
14 Allm kroppsundersökning	1,6
15 Distorsion	1,5
SUMMA	44,8

Tabell V
Remisserna fördelade på mottagande specialiteter.

Specialitet	Antal remisser	Varav akuta (%)	Andel av remisserna (%)
Kirurgi	452	8	29,8
Öron	338	11	22,3
Ortopedi	160	6	10,5
Medicin	153	34	10,1
Gynekologi	114	12	7,5
Ögon	100	9	6,6
Hud	97	2	6,4
Psykatri	45	7	3,0
Barn	41	24	2,7
Infektion	16	38	1,1
Ej specific.	2	0	0,1
TOTALT	1518	12	100,0

Tabell VI
Remisserna fördelade på sjukdomsgrupper

Sjukdoms-grupp (WHO-ICD 8)	Antal remisser	Varav akuta (%)	Remiss-frekvens (%)
Infektion	40	15	4,0
Tumör	95	1	19,5
Endokrin	38	24	4,5
Blod	5	0	3,7
Mental	40	5	3,1
Nerv	19	21	5,8
Ögon	53	9	8,9
Öron	141	6	4,5
Cirkulation	116	17	3,4
Respiration	134	13	2,0
Digestion	142	9	10,1
Urin	25	4	2,9
Genital - man	30	0	9,3
Genital - kvinna	90	11	11,4
Hud	104	8	6,8
Muskulo-skelett	146	3	3,9
Kongenital	4	0	6,5
Symptom	237	23	7,8
Skador	53	26	4,0
Ej sjukdom	6	0	0,8
TOTALT	1518	12	4,7

Kvinnor	
Diagnos	Andel av diagnoserna (N = 18550) (%)
1 Öli	5,9
2 Hypertoni	4,8
3 Sinuitis acuta	4,4
4 Otitis media acuta	4,0
5 Bronchitis acuta	3,5
6 Tonsillitis acuta	3,2
7 Cystit	2,9
8 Lumbago/l ischias	2,7
9 Psykoneuros	2,2
10 Otsalpingit	2,2
11 Tendinit/epicondylit	2,1
12 Gastrit	1,8
13 Vulvovaginit	1,7
14 Andra musk.skel.sjd	1,7
15 Buksmärta	1,3
SUMMA	44,4

största remissmottagarna var kirurgiska kliniken och öronkliniken. Endast 12 procent av remisserna var akuta.

I tabell VI fördelas så remisserna på de olika sjukdomsgrupperna. Remissfrekvensen varierade från 0,8 procent till 19,5 procent med ett medelvärde på 4,7 procent. Ännu större var variationen vad beträffar andelen akuta remisser.

Datasystemet

Här redovisas bara personalens subjektiva uppfattning om det patient-administrativa systemet. Flera delfunktioner utföll till stor belåtenhet. Detta gällde särskilt besöksregistreringen med dess kassafunktion samt väntelistemodulen med dess kallelsefunktion. Här gjordes rena effektivitetsvinster. Andra funktioner förbättrades efterhand såsom bokningsfunktionen. Här tillkom översiktsbilder över flera läkare samma dag, samt över en läkare flera dagar framåt. Trots detta blev bokningsfunktionen aldrig riktigt bra. En mycket stor brist vad beträffar schemaläggningen var att man inte på dataskärmen kunde se vad läkarna gjorde när de inte hade vanlig patientmottagning. Detta ansågs vara en alltför krävande programändring, och blev aldrig genomförd. Driftstörningarna blev efterhand inte särskilt frekventa, men var ändå mycket besvärande när de inträffade. Med tanke på försöksverksamhetens uppläggning kunde vi vid ett driftsafbrott behöva koppla in någon eller några av Kom-mundata (som stod för datorn, programmen och driften), Televerket (som stod för kommunikationerna) eller Ericsson (som stod för terminalerna). Slutligen skall nämnas att den medicinska diagnosregistreringen fungerade bra, och att framtagandet av de data, som denna artikel bygger på, gick utmärkt om än inte billigt.

Diskussion

Vilken praktisk nytta kan man nu ha av de ovan redovisade siffrorna?

Hälsovård för högskolestuderande - något för primärvården?

Gott och väl 10 procent av de patienter som besökte vårdcentralen hörde inte till upptagningsområdet. Till största delen bör det ha rört sig om studerande vid Högskolan i Växjö. Vissa kontakter har redan tagits mellan Vårdcentralen och Högskolan vad beträffar studerandehälsovården, men sannolikt bör dessa kontakter intensifieras. Vidare bör man när det gäller personaldimensioneringen ta viss hänsyn till att många av besökarna inte hör till vårdcentralens upptagningsområde.

Utnyttja de många patient-kontakterna till förebyggande arbete!

Under en treårsperiod har en stor andel (50-65 procent) av områdets invånare besökt distriktsläkarmottagningen. Om hänsyn tas också till alla besökare på barnavårdscentralen och mödravårdscentralen samt till besöken på distriktssköterskemottagningen och till distriktssköterskornas hembesök, skulle andelen av områdets invånare som under treårsperioden haft kontakt med vårdcentralen, stiga kraftigt. Det är viktigt att vårdpersonalen tar vara på alla dessa kontakter, inte bara för sjukvårdande arbete, utan också för förebyggande arbete typ blodtrycks- och blodsockerkontroller, rökavvänjningssamtal, kostrådgivning och olycksfallsprofylax. Särskilt vad beträffar pensionärerna, av vilka i stort sett alla under studieperioden besökt distriktsläkarmottagningen, bör möjligheten till prevention vara stora.

Öppen akutmottagning ger god service

Vad beträffar ungefär 75 procent av läkarbesöken har patient eller anhörig tagit initiativet. Detta talar för att andelen akutfall varit hög, vilket gjort verksamheten mera svårstyrd jämfört med om andelen återbesök varit hög. Tidvis har framkomligheten per telefon varit mycket dålig på grund av alla tidsbeställningssamtal. För att förbättra servicen för de akutsökande har vi sedan februari 1987 haft öppen akut-mottagning under några förmiddagstimmor varje vardag. Patienterna har därvid fått komma med sina problem utan att först ringa. Hittills är både patienternas och personalens omdömen om den öppna akutmottagningen mycket goda.

Varje läkare kan följa upp sin verksamhet

Diagnospanoramata skiljer sig inte nämnvärt från vad man funnit i andra studier. Exempelvis är dalbysiffrorna från 1979 (9) för flertalet sjukdomsgrupper nästan identiska med teleborgssiffrorna.

Varje läkare kan få sin egen diagnosfördelning. Detta bör vara särskilt värdefullt för utbildningsläkarna, som på

så sätt kan få ett kvitto på att de sett ett allsidigt primärvårdsklientel under sin tjänstgöring på vårdcentralen. Här finns också plats för djupdykningar i enskilda sjukdomsgrupper eller diagnosgrupper som underlag för exempelvis FV-arbeten.

De vanliga infektionssjukdomarna – ett lämpligt forskningsområde för primärvården

Även vad beträffar de vanliga diagnoserna kan varje läkare få sin egen topplista, som då kanske visar vederbörandes specialinriktning.

Dominansen för infektionssjukdomarna, särskilt luftvägsinfektionerna, är massiv. Samma dominans har man funnit i flertalet andra primärvårdsstudier. På vår vårdcentral, och även inom primärvården i övrigt, bör det finnas stora möjligheter till forskning och utvecklingsarbete vad beträffar infektionssjukdomar. Sedan en tid pågår en studie angående infektioner hos daghemsbarn och dagmammebarn på Teleborg.

Konsulter från länssjukvården förbättrar kvaliteten

Vi har redan ortopedkonsult på vårdcentralen ungefär en halv dag varannan månad. Detta fungerar utmärkt. Patienterna undersöks gemensamt av distriktsläkare och ortoped, och handläggningen diskuteras därefter. På så sätt kan flertalet patienter klaras av lokalt, och distriktsläkarnas kunskaper i ortopedi ökar successivt. Antalet icke-akuta remisser till specialiteterna kirurgi och öronsjukdomar är stort, ungefär ett tiotal per månad. Även inom dessa specialiteter borde man hitta tillräckligt många lämpliga fall för konsultbesök varannan månad.

I denna studie fick 6,0 procent av besökarna remiss till sjukhusspecialist. Remissfrekvensen har i andra studier varierat mellan 4 och 9 procent.

Samarbetet inom vårdcentralen kan ytterligare förbättras

Remissfrekvenserna är låga eller mycket låga för flertalet sjukdomsgrupper. Dock kan nog en del siffror ytterligare sänkas om vårdcentralens totala kapacitet bättre utnyttjas. Kanske borde man göra till vana att alltid diskutera fallet med någon eller några kolleger på vårdcentralen innan man ber om hjälp utifrån. Exempelvis döljer sig bakom den höga remissfrekvensen för tumörer en del godartade hudförändringar, som borde kunnat excideras på vårdcentralen.

Vårdcentralen bör ha en egen basdator

Våra erfarenheter av datorer i allmänhet är goda, men våra erfarenheter av ett stordatorbaserat patientadministrativt system är inte fullt så goda. Framöver önskar vi oss en på vårdcentralen placerad basdator med ett antal terminaler kopplade till sig. Vi känner ingen större längtan efter att lägga själva journaltexten på dator, men tycker

FALLBESKRIVNING



LB 06265

Screening av höftledsluxation

KURT PALMÉN

I nr 3/85 av denna tidskrift (1) har beskrivits en ny metod att diagnostisera höftledsluxation hos spädbarn, presenterad vid allmänläkarkongressen i Singapore 1983. Jag vill här meddela mina erfarenheter av denna metod och nämna något om aktuella resultat av höftledsundersökning av nyfödda och vid BVC.

Nyckelord: Höftledsluxation, diagnostik, nyfödda, BVC.

Screening av nyfödda

Vid rutinundersökningarna av alla nyfödda har de pediatrika konsulterna under senare år funnit cirka 1.100 med instabila höftleder, cirka 12,4 promille (uppgifter från Socialstyrelsens registrering av nyfödda). Frekvensen vid de olika förlossningsklinikerna har visat en anmärkningsvärt stor variation, 2–46 promille av de födda, vilket talar för överdiagnostik på många håll.

En studie, som jag håller på med, av cirka 1.000 nyfödda med höftledsinstabilitet under 1982, som kunnat återfin-

nas hos ortopedklinikerna, har visat att 95 procent behandlats med abduktionsbandage. Jämfört med frekvensen luxationsfall, vi hade i landet innan vi började undersöka nyföddas höftleder i början av 50-talet, är detta ungefär 10 gånger så många.

En svårighet i bedömningen av symptomen hos nyfödda är, att instabiliteten i en mycket stor procent, kanske minst 80 procent, försvinner även utan behandling, inom den första veckan, speciellt i de lindriga fallen, som kanske beror enbart på hormonell orsak (3). På många håll har ortopederna behandlat alla fall, där barnläkarna funnit instabilitet, även om denna ej kunnat verifieras efter någon dag. Detta beror säkerligen på att vi fortfarande har en hel del sent upptäckta luxationsfall (dvs efter utskrivningen från BB). Sena fall har – litet olyckligt – brukat kallas "missade" fall, vilket lett till att de anmälts till Patientförsäkringar. Det är emellertid en allmän uppfattning att det ibland förekommer, att även erfarna undersökare inte har kunnat påvisa instabilitet hos nyfödda, som senare visat sublaxation/

ändå, att det moduluppbyggda systemet "Swede-star" skulle passa oss bra. Dock håller landstinget för närvarande på med att utveckla ett eget system, med gemensam bas för såväl primärvård som länssjukvård. Förhoppningsvis blir detta nya system bättre än vårt gamla.

Om man skall registrera basdata behöver man en dator

Själv har jag tidigare erfarenhet av manuell basdataregistrering (4), och kommer väl ihåg den möda som lades ned på detta arbete. När man då noterar den lätthet med vilken även komplexa tabeller och andra sammanställningar tas fram från ett modernt ADB-system, kommer man fram till att datorkraft är nödvändig, om man vill registrera basala besöksdata på en vårdcentral.

Konklusion

Sammanfattningsvis tycker jag mig ha visat, att basdata behövs inom primärvården, och att datorer behövs för att registrera dessa basdata.

Referenser

1. SPRI. Primärvård i utveckling. Basdata om kontakter i primärvården. Stockholm: SPRI, 1983. (SPRI rapport 142.)

2. Håkansson A, Andrén P, Rangert B. Kommuneldiagnos Teleborg. AllmänMedicin 1986; 7:61–4.

3. Sjönell G. Verksamhetsredovisning från Matteus vårdcentral, Stockholm. AllmänMedicin 1982; 3:145–7.

4. Håkansson A. "Distriktsläkarrapport" från vårdcentralen i Ingelstad. AllmänMedicin 1983; 4:196–8.

5. Lindblad T. Rapport från en patientregistrering vid vårdcentralen Granen, nordöstra primärvårdsdistriktet i Malmö. AllmänMedicin 1984; 5:211–4.

6. Malmberg B-G. Primärvården som databas. Exempel från Tumbaprojektet. AllmänMedicin 1984; 5:258–62.

7. Black C, Dettorfelt H, Pedersen H. Säv-sjöundersökningen: En kontinuerlig basdataregistrering i öppenvård. AllmänMedicin 1985; 6:234–7.

8. Granvik M, Lundström N, Nordbäck B. Besök på en distriktsläkarmottagning i Dalarnas glesbygd. AllmänMedicin 1986; 7:30–3.

9. Ejlerstson G. Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Lund 1981. Thesis.

Författarpresentation:

Anders Håkansson, distriktsläkare.

Postadress Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö

luxation. Den som är intresserad av problemen kring undersökning och behandling hänvisas till min monografi 1984 (3).

Screening med ultraljud, som nu börjat användas på en del håll, kan förhoppningsvis komplettera gängse undersökningsmetoder och minska överdiagnostik och överbehandling.

Sent upptäckta höftledsluxationer

Den årliga sammanställningen av de sena luxationsfallen vid de ortopediska klinikerna, som jag länge hållit på med, har för senaste åren visat, att vi fortfarande har ett 60-tal fall per år, se tabellen. Numera har vi dock endast ett 10-tal efter 1 års ålder, då så gott som alla varit totala luxationer, och då föräldrarna märkt hälta.

Tabell 1.

Sent upptäckt höftledsluxation 1983–1985.

Diagnos År	Antal	Ålder vid diagnos			
		1–3 mån	4–6 mån	7–11 mån	>1 år
1983	61	23	16	10	12
1984	61	30	20	7	4
1985	68	29	18	11	10

Nästan alla sena fall remitteras till ortopediklinikerna från BVC, där läkarna informerats om vikten av höftledsundersökning vid varje läkarundersökning (4). Man får ej lita på att barnen undersökts som nyfödda. Då nu allt fler allmänläkare, distriktsläkare, sköter BVC, vill jag här beskriva undersökningsmetodiken.

Huvudsymptomet vid sublaxation/luxation är *abduktionsinskränkning*, och då cirka 95 procent av fallen är ensidiga, är det – med rätt metodik – en enkel och tillförlitlig undersökning. Barnet skall ligga avklätt, på rygg, på ett högt undersökningsbord. Det är viktigt att barnet är lugnt och avslappat; tröstas av mor med napp etc. Man sträcker ut benen, håller dem ihop och jämför benlängden. Se till att bäckenet ligger symmetriskt! Asymmetriska mediala lårveck har, som enda symptom, inget diagnostiskt värde. Även krepitationer och knakningar vid rörelser i lederna saknar betydelse.

Man fattar sedan om underbenknän, flekterar minst 90 grader i knä-höftlederna, fortfarande med benen ihop, och flekterar sedan långsamt i höftlederna. Se till att bäckenet ligger still symmetriskt. Normalt går det under första halvåret att abducera cirka 80–90 grader, senare oftast något mindre.

En tydlig ensidig abduktionsinskränkning är anledning till remiss till ortopedmottagning för utredning.

Abduktionsinskränkning kan vara "ospecifik", framför allt om barnet under första månaderna ständigt legat på rygg i ett halvt sidoläge, alltid åt samma sida. Detta ger abduktionsinskränkning i höftleden på det ben, som ligger överst (3). Fråga modern om sovläget, och se om barnets nacke är plattare på

sovsidan. Detta är numera ovanligt, sen vi för ett 10-tal år sedan rekommenderade att alla nyfödda bör ligga på mage och få denna sovvana, som även ur andra synpunkter är bäst (3). En påtaglig dubbelsidig abduktionsinskränkning hos ett lugnt, avslappat barn är sällsynt. Barnet bör kanske då remitteras till barnläkare för bedömning. Det kan eventuellt bero på neurologisk orsak, exempelvis CP.

Under första månaderna kan i enstaka sublaxation/luxationsfall finnas en *höftledsinstabilitet*. Flertalet av dessa har då också abduktionsinskränkning. Vid abduktionsprövningen kan man då oftast känna, se och höra hur ledhuvudet förskjuts in centralt i leden, reponeras (Ortolani's prov). Använd ej ordet "knäpp"!

Undersökningsmetodiken har jag senast i detalj beskrivit 1980 (4) och 1984 (3).

Shochet's "heel to buttock-test" beskrevs först av Dr SB Shochet från Israel och i nordisk litteratur samma år, 1983 (2). Jag har sedan dess använt denna metod jämsides med min övriga höftledsundersökning. Vid detta test är det också viktigt, att barnet är lugnt och avslappat, och den asymmetri, som man vid provet kan finna vid sublaxation/luxation är beroende på abduktionsinskränkningen. Testet är inte lättare att utföra, och det blir också "positivt" vid ospecifik abduktionsinskränkning, vilket jag funnit i tre sådana fall. Något luxationsfall har jag ej haft under denna tid. Det är tänkbart att man vid testet kan missa en sublaxation, som är instabil: den kan omärkligt reponeras då barnet läggs på mage och benen manipuleras till den beskrivna ställningen med fotsulorna ihop.

Min bedömning av metoden är, att den inte tillför diagnostiken något av särskilt värde. Shochet beskrev den som ett komplement till gängse undersökningar. Gör därför i alla fall dessa först!

Efter 6 månaders ålder är det också viktigt att höftlederna undersöks, inte minst vid 10 månader, då det sedan i regel ej är någon läkarundersökning förrän vid 18 månader. Med stigande ålder har sublaxation i regel avancerat till totala luxationer och här är också abduktionsinskränkning huvudsymptomet. Benförkortning, hälta, ökad lordos, pos Trendelenburg är välkända symptom. Var lyhörd för föräldrars påpekande om asymmetrier i motorik, benlängd, gång etc, som de ofta märkt

och kanske även rådfrågat om långt före diagnosen ställts.

Om höftlederna verkligen undersöks vid varje läkarkontroll på BVC, är det mycket goda utsikter att vi kan finna de sena fallen åtminstone under första halvåret, då behandlingen är enklare, kortvarigare och mycket sällan kräver operativa ingrepp.

Den rekommendation, som Svensk ortopedisk förening enats om 1982 beträffande konsultverksamhet och behandling av höftledsluxation, innebär bland annat att behandlingen av de sent upptäckta fallen bör centraliseras till regionssjukhusen, där vi nu har barnortopeder. Där kan samlas erfarenheter för behandling och forskning.

Referenser:

1. Unnegård H. Bedömning av sena höftledsluxationer hos barn. *AllmänMedicin* 1985;6: 127.
2. Sigurdsson J A. Nytt test för tidig diagnos av höftledsluxation. *Nord Med* 1983;98: 282–3.
3. Palmén K. Prevention of congenital dislocation of the hip. *Acta Orthop Scand* 1984;55, Suppl 208: 1–107. (Kan beställas hos författaren.)
4. SOSFS(M) 1980:81. Socialstyrelsens kungörelse med allmänna råd om diagnostik av höftledsluxation på förlossningsavdelningar och barnavårdscentraler.

Författarpresentation:

Kurt Palmén, *medicine doktor, docent, före detta överläkare i pediatrik. Läkare BVC, Varberg.*

Postadress: Hajvägen 28. 432 03 Traslovsläge

Glöm inte
FV-uppsatsen 1987!



NBO 6266

Vulkanskydd

Ett alternativ till patienter i öppenvården

ATLE WOHRM · ULF FORSHAMMAR · PAUL KONOPIK · STEN-ÅKE TAMREUS

Vulkanskyddet är ett elastiskt värmeskydd tillverkat av neoprengummi på vars båda sidor färgat nylontyg limmas. Råvarutillverkningen sker i England och formas därefter och sys på en fabrik i Göteborg. På Jourcentralen Annedal rekommenderades skyddet till 110 patienter med i huvudsak rygg, knä och ankelproblem under hösten 1985 och 1986. Patienternas bedömning av skyddet var mycket positivt och många har säkerligen god nytta av skyddet. Skyddet bör vara ett alternativ på distriktsläkar- och företagsläkarmottagningar och får troligen en plats även inom geriatriken och reumatologien. En säker medicinsk effekt bör dock säkerställas. Vid rodnad och uttalad klåda bör skyddet inte användas då kraftig allergisk reaktion kan uppstå.

Nyckelord: Värmeskydd, behandling, primärvård.

Eftersom Vulkanskydd har blivit så populärt i idrottsmedicinen har distriktsläkarna mer och mer börjat intressera sig för möjligheten att använda detta på patienter som söker på distriktsläkarmottagningar. Kan värmeskyddet vara ett alternativ till tabletterna, göra sjukskrivningstiden kortare, hjälpa patienten till att arbeta med skyddet istället för att vara sjukskriven?

Som ett led i denna frågeställning ville man på ett litet patientmaterial undersöka skyddet vid en del problem som ryggar, knän, anklar, tennisarm etc. Patientmaterialet rekryterades från Jourcentralen, Annedalskliniker-
na.

Metod

Under tiden 26/8 till 21/5 erbjöds patienten efter undersökning köpa skyddet på Annedalsapoteket med 30 procents rabatt. Patienten fick ange sin skada på en skala mellan 0–20, där 0 var mycket dåligt och 20 helt normalt. Sedan fick patienten uppskatta sin skada efter 3 veckor samt ange nyttan av skyddet på en skala från mycket bra, bra, ganska bra till dåligt. Biverkningar



etc noterades. De flesta patienterna kom även på återbesök efter 3 veckor och om de har fått ytterligare problem har de tagit kontakt med Jourcentralen. Parallellt registrerades försäljningen av Vulkanskydd till allmänheten på Annedalsapoteket.

Resultat

110 patienter accepterade att delta. 2 köpte dock ej ut skyddet, 3 avbröt på grund av biverkningar, 4 svarade ej på enkäten och 1 avled i en åkomma som inte hade med vår undersökning att göra.



Tidigare ville jag bara att klockan skulle bli fem.

Nu ringer min hustru och säger att jag missat middagen. Igen.

Det är ett misslyckande när patienter, som behandlas mot högt blodtryck visar tecken på försämrad livskvalité.

Perifer kyla, sämre arbetsprestationer, trötthet, nedsatta sexuella funktioner, sjunkande social förmåga, sämre tillfredsställelse med livet och allmänt dåligt välbefinnande.

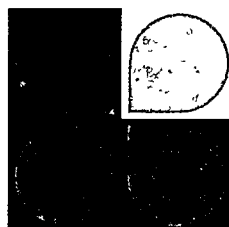
Den första stora livskvalitetsstudien* på blodtrycksmediciner visar att Capoten sänker blodtrycket – inte livskvalitén.

Skicka gärna efter studien och läs själv.

Hypertoni: Capoten används då behandling med beta-blockerare eller saluretika ej gett adekvat effekt eller är olämplig.

*Ref. Croog S.H. et. al. N Engl J Med 1986; 314:1657-64

LIVSKVALITET



CAPOTEN®

ACE-hämmaren
(captopril) Tabl. 12,5 25 och 50 mg

Jag beställer härmed studien, som visar att Capoten är läkemedlet som kombinerar effektiv blodtryckssänkning med förbättrad livskvalité. Studien är unik därför att det är den första vittomspännande dubbelblindstudie som kvantifierar begrepp som allmänt välbefinnande, arbetsprestationer samt intellektuell, sexuell och social förmåga. I studien ingår yrkesverksamma män mellan 21 och 65 år med okomplicerad primär hypertoni.

Namn _____

Arbetsplats _____

Telefon _____



Skickas till Squibb AB, Box 925, 18109 Lidingö

Sammanlagt 56 kvinnor och 44 män deltog i utvärderingen. Problemen bestod i första hand av ryggbesvär därpå knäbesvär, ankelbesvär och tennisarm. Åldersfördelning från 20 till 70 år.

Efter tre veckors användning tyckte 65 procent av patienterna att skyddet var mycket bra, 22 procent bra, 10 ganska bra och 2 procent dåligt. Detta mönster följde både rygg- och knäpatienter men resultatet var något sämre på tennisarm. Parallellt såldes skyddet proportionerligt med undersökningen på apoteket till allmänheten och man sålde 532 skydd under tiden. Här dominerade ryggskydden 35 procent sedan knä 33,5 procent, ankel 8,2 procent, handled 8,2 procent, armbåge 4,7 procent, nacke 4,5 procent, vad 2,0 procent, övrigt 0,9 procent. Genomsnittligt användes skyddet av deltagarna 5,5 timmar/dygn. Någon använde det endast sporadiskt, andra 24 timmar/dygn.

Diskussion

Vi har inte försökt att bevisa om detta är ett lyxskydd eller om det har en klar medicinsk effekt. För att göra detta måste man behandla hälften av patienterna med Vulkanskydd och hälften utan. Registreringen efter tre veckor ger ingen säker indikation då det är svårt att veta om det är kroppens eget tillfrisknande, medicinerna och/eller sjukskrivningen som har förbättrat situationen. Patienterna tyckte dock att skyddet var en klar hjälp. Smärtlindring på grund av värme samt en förbättrad stadighet på grund av elasticiteten i bindan.

En patient hade gått sjukskriven i drygt tre år och fått medicinsk rehabilitering, TNS, sjukgymnastik, etc och

kunde första efter att ha arbetat halvtid gå över och arbeta heltid med skyddet på. En av läkarna på mottagningen fick ryggskott och kunde arbeta med hjälp av skyddet! En patient fick en kraftig allergisk rodnad (kontaktallergi?) och måste avbryta. En fick kraftig värmeutveckling och hos en klämde skyddet så mycket att man fick avbryta undersökningen då det var för trångt. Skydden finns i olika storlekar, small, large och medium, och det var till stor hjälp att våra patienter fick prova skydden på apoteket.

Det är mycket viktigt att om man får klåda med rodnad, genast sluta med skyddet då man fått en kraftig allergisk reaktion.

Hudläkarna på Sahlgrenska sjukhuset (1) har rapporterat 8 fall av akut hudreaktion hos patienter som använder dessa värmeskydd. Med ett undantag har den totala exponeringstiden endast varit ett fåtal timmar. Samtliga hade använt knäskydd och hudreaktionerna hade i samtliga fall vållat mycket besvär för patienterna. Symtomduration upp till 21 dagar och sjukhusvård har förekommit i två fall. Behandlingen har varit lokala steroider och antihistamin per oralt. En kontaktallergisk genes får i första hand miss-tänkas. Hudläkarna hoppas att efter test av material kunna klarlägga orsaken till hudreaktionen och förhoppningsvis kan man eliminera denna från produkten. Det är dock viktigt att notera att kliniken har en lång erfarenhet med Vulkanskyddet och vi endast har sett en med dylik hudreaktion och vi har hört om två andra.

Vi rekommenderade att man inte hade skyddet på mer än 8 timmar/dag. Det skall helst sitta direkt mot kroppen.

Särskilt viktigt är det att sätta på skyddet i början på dagen, i god tid innan man skall använda rygg, ankel eller knä! Om man är sängliggande och skall på toaletten eller äta med familjen etc tar man på sig skyddet när man skall gå upp.

För tillfället pågår en ryggstudie på kliniken där hälften av patienterna får värmeskydd och hälften behandlas som tidigare. Vi ger dock samma läkemedel till båda grupper. Det gäller akut lumbago och vi registrerar sjukskrivningstiden, tablettkonsumtionen och patienternas uppfattning om värmeskyddet, biverkningar etc.

Konklusion

Vulkanskyddet är intressant alternativ i öppenvården och bör sammanfattningsvis först provas på patienter med rygg-, ankel- och knäproblematik. Skyddet kan få betydelse inom företagshälsovården, geriatrik och reumatologi.

Litteraturförteckning:

1. Baum H, Meding B, Roupe G: Värmeskydd av märket Vulkan kan ge upphov till hudreaktioner. Läkartidningen 1986;40: 3322.

Författarpresentation:

Atle Wohrm, distriktsläkare, är vårdcentralschef på Jourcentralen och Sjukvårdsupplysningen, Annedalsklinikerna, Göteborg.

Ulf Forshammar, distriktsläkare på samma klinik.

Paul Konopik och Sten-Åke Tamreus, FV-läkare på samma klinik.

Postadress. Jourcentralen, Annedalsklinikerna, Änggården, 413 46 Göteborg.
Telefon 031-60 30 81



Barnombudsmän i primärvården – ett exempel från USA

LEIF SVANSTRÖM

I en tidigare artikel (1) har beskrivits erfarenheterna av ett 10-årigt program för utbildning av hälsoarbetare i ett område av Bronx, New York City i USA. Programmet byggde på aktiv medverkan från lokalsamhället och dess invånare och ett cirka 150-tal så kallade "health coordinators" har utbildats under perioden.

Som en avläggare till detta program utvecklades ett projekt som ett försök att nå fram till förskolebarnen i låginkomst-grannskapen. Ur denna verksamhet utvecklades sedermera "Child Health Advocacy Program (CHAP)", det vill säga ett sorts barnombudsmansprogram när det gäller hälsofrågor. Man ansåg det föreligga ett behov av hälsoutbildning till daghem vilket borde förmedlas av äldre och yngre vuxna och på frivillighetens väg.

Programmet är fortfarande under utveckling och här redovisas den initiala målsättningen och erfarenheterna av projektets inledningsfas.

Nyckelord: Barnhälsovård, primärvård, community participation, USA, community intervention.

Introduktion

Med "Child Health Advocacy Program" (CHAP) försöker man förbättra förskolebarnens hälsotillstånd genom att öka kunskapen om hälsofrågor hos daghemmens personal och barnens familjer. I första hand planerar man verksamheten för 14 daghem i Bronx i New York och ser fyra målgrupper:

1. Förskolebarn och deras familjer, speciellt med inriktning på låginkomst-ensamstående föräldrafamiljer.
2. Daghem som betjänar dessa barn och familjer.

3. Äldre personer som i och för sig mår bra men som saknade möjligheter för meningsfullt arbete och där avsikten var att upprätthålla en självkänsla hos människor, som var ökande skrämmande och isolerade från förändringar i sitt samhälle.

4. Tonåringar som ofta saknade familjens stöd och som inte kunde få någon arbetserfarenhet på grund av hög arbetslöshet.

Målsättningen med CHAP framkommer i figur 1.

Metoder

CHAP-utbildningsprogrammet kommer att bestå av 96 timmars kurs delad i två områden. Den första delen togs från det tidigare beskrivna hälsoarbetsprogrammet och ämnesområdena framgår av figur 2.

Den första utbildningsfasen genomförs i en 10-veckors serie utbildnings-

tillfällen. Dessa inbegriper praktisk träning, diskussioner och praktiska övningar. Det basala utbildningsprogrammet begränsas till 10 tonåringar och 10 äldre. Man kommer där också att få möjlighet att som observatör besöka de deltagande daghemmen, sjukhusen, äldrecentra, sjukhemmen och ungdomsprogrammen. På det sättet skall också utbildningspersonalen kunna identifiera de hälsoarbetare som visar en förkärlek för att arbeta på dagcentrum och på det viset tjänstgöra som barnhälsoombudsmän i CHAP. Deras vidareutbildning framgår av figur 3:

Några av arbetsuppgifterna för barnombudsmännen blir att:

1. Se över och följa upp barnhälsovårdens journaler,

2. Aktivt kontrollera barnens hälsotillstånd i daghemmen,

3. Följa med barnens utveckling,

4. Utveckla en profil för barnen vid daghemmen,

5. Arbeta för att få ett samband mellan daghemmen och hälsovårdens företrädare,

6. Utbilda personal och föräldrar.

CHAP kommer att använda Morris Hyde's *vårdcentral* för att ge nödvändig medicinsk service till förskolebarnen. Genom CHAP kommer enskoteriska att vara ansvarig för alla dagliga vårdaktiviteter. En undersköterska kommer att handlägga många av de administrativa detaljerna i denna del av programmet. Dessa två kommer att få stöd av centralens heltidsbarnläkare, och två allmänläkare. Alla förskolebarn kommer att vara aktuella för eventuell vård. Släktingar, föräldrar och andra familjemedlemmar kommer också att inbjudas att registreras vid vårdcentralen. Journalerna i daghemmet blir en del av vårdcentralens journalsystem. Alla anteckningar integreras i journalen vid Morris Hyde's vårdcentral varje gång som barnet får vård vid daghemmet.

Alla barn som är inblandade får en fullständig hälsokontroll, som innefattar en genomgång av utvecklingsnivån av en barnsköterska. Före undersökningen skickar man hem ett frågeformulär för att gås igenom av föräldrarna. Ett undertecknat tillstånd för undersökning eller behandling vill man också ha. De vaccinationer som be-

Figur 1.
Målsättning med utbildning av barnombudsmän i CHAP.

1. Att utveckla ett program med utbildning av frivilliga till barnhälsoombudsmän där de viktigaste kunskaperna man vill uppnå är följande:
 - gott föräldraskap
 - hur man uppnår ett gott vaccinationsstatus
 - hur man håller goda hälsojournaler
 - första hjälpen
 - behandling av "mindre" sjukdomar
 - hur man uppnår ett gott psykiskt utvecklingstillstånd
 - kostfrågor
 - översikt över hälsostatus
 - hälsokontroller
 - hur man använder hälsosystemet
 - hur man skapar arbetsmöten
 - individuella rådgivande möten
2. Att välja ut och utbilda 20 (10 äldre och 10 tonåringar) frivilliga i ett gemensamt program som skall vara cirka 8-10 veckor och där man skall använda en kombination av grupparbeten och på platsen-försök i daghemmet med handledning.
3. Att utveckla en arbetsbeskrivning och manual som i sin tur skall tjäna som modell för andra projekt.
4. Att försöka uppnå ett fyra-timmars arbetspass per vecka under handledning av daghemmets chef men med nära kontakt med projektledningen.

Hövs sköts av daghemmet genom sköterskan. Man kommer också att gå igenom synförmåga, hörsel-förmåga, anemi och blyscreening.

Utvärdering

Åtta daghem väljs ut för värdering och kommer att indelas i två grupper på vardera fyra. Dessa indelas sedan i par, som sätts samman på grund av vissa urvalskaraktäristika. En grupp tjänar som "experimentgrupp", den andra som en "kontrollgrupp". Studien fokuserar på ett urval som motsvarar en population på 650 förskolebarn. Aldern varierar från 2 år och 9 månader till 5 år. Majoriteten bor inom en radie av 6 kvarter från daghemmet. Etniskt sett är 64,4 procent av barnen svarta, 35,3 procent av spanskt ursprung, 1,1 procent vita och 1,4 procent av andra varierande grupper.

En grupp som består av tre medicine studerande på sitt fjärde år arbetar under överinseende av en epidemiolog och insamlar data, som behövs för att utvärdera CHAP. Studien skall genomföras under en treårsperiod från februari 1984 till februari 1987 och har två huvudsakliga inriktningar.

1. Att dela upp de 8 utvalda daghemmen i matchade kontroll- och experimentgrupper.

2. Att utvärdera programmets effektivitet när det gäller att förbättra hälsotillståndet hos barnen, som går till daghemmet och hälsokunskaperna hos daghemsarbetarna.

Insamling av hälsodata kommer att avslutas var 3:e månad med start i februari 1985. Data kommer att analyseras årligen för att utvärdera programmets framgång. Årliga interimrapporter kommer att skrivas.

Pilotstudie

Under sommaren 1983 genomfördes med hjälp av medicine studerande en första genomgång av daghemmen, som deltog i projektet. Man intervjuade förstärkandaren vid åtta av de tio daghemmen, som identifierades av projektets ledare, Gladys Valdivieso. Dessutom telefonintervjuades 69 daghem, som fanns i Bronx. Avsikten med undersökningen var att samla baslinjedata för att svara på följande frågor:

Vilka är de basala karaktäristika i daghemmen aktuella i programmen?

Återspeglas den utvalda populationen på tio daghem föräldrapopulationen?

59 av 61 aktuella daghem kontaktades. Ett plockades bort, eftersom det var speciellt avsett för handikappade barn och på det viset atypiskt för de återstående 60. Ett daghem bortföll på grund av kontaktsvårigheter. Uppläggningsen av utvärderingen framgår av rapport av Lecuona (2). "Child Health Advocacy Program" i sin helhet framgår av rapport av Valdivieso och Belmar (3).

Konklusion

Både det i tidigare artikel redovisade "Community Health Participation Program" och det i denna artikel ak-

Figur 2.

Ämnesområden inom CHAP:s utbildningsprogram.

- Hälsobegreppet och hälsoarbetarens roll i ett urbaniserat område
- Interpersonella kommunikationer och intervju-teknik
- Första hjälpen
- Blodtrycksmätning
- Kost
- Motion och stress "management"
- Familjedynamik
- Hur man använder hälso- och sjukvården
- Traditionell medicin

Detta område utvidgas och dessutom med ämnesområden viktiga för äldre och tonåringar.

För tonåringar:

- Tonåringar i livscykeln
- Förebyggande av drogmissbruk
- Reproduktionsanatomi och fysiologi
- Sexualitet
- Familjeplanering
- Vanliga sjukdomar

För äldre:

- Levnads-cykeln
- Ensamhet och rädsla
- Vanliga sjukdomar hos de äldre
- Skäl till och kontroversiella ting när det gäller att bo på institutioner för äldre.

Figur 3.

Ämnen för Barnhälsoombudsmännens vidareutbildning inom CHAP.

- Hur man uppnår ett gott hälsotillstånd inom skolan
- Barn i familjen
- Barnet i daghemmen
- Daghemmets roll i samhället
- Barns utveckling
- Förebyggande vård och tidiga barnsjukdomar
- Hur man håller goda journaler
- Vaccinationer
- Sakerhet i hemmen och daghemmet
- Akutvård
- Periodiska medicinska hälsokontroller
- Blyförgiftningshälsokontroll och förebyggande
- Synprov
- Urinprov
- Foraldräutbildning
- Interaktion mellan föräldrar, skola och frivilliga
- Frivilligas roll i daghemmet

tuella "Child Health Advocacy Program" utgör exempel på till i-länderna väl anpassade program för lokalsamhället och dess invånares aktiva medverkan i primärhälsovårdsarbetet. Sådana erfarenheter saknas i stort från i-ländernas hälso- och sjukvård, men är vanligare i u-länderna. Inom socialarbetartraditionen går motsvarande arbetssätt under benämningen "community work", något som vi har längre erfarenhet av i Sverige. Bägge programmen bör kunna inspirera till liknande eller andra program för svensk primärhälsovård. Programmen ligger väl i linje med WHO:s "Primary Health Care" - ideologi, den nu aktuella hälso- och sjukvårdslagen samt HS-90 rapporterna. De amerikanska projekten hade ett sjukhus och en institution för socialmedicin som bas. Eftersom svensk hälso- och sjukvård baserar sig på ett of-fentligt åtagande, med vårdcentralerna som första linjen i hälso- och sjukvårdsorganisationen, bör dessa framför allt känna sig stimulerade till liknande försök.

Referenser:

1. Svanström L. Lokalsamhällets medverkan i det primära hälsovårdsarbetet - ett

exempel från USA. AllmänMedicin 1985;3: 139-41.

2. Lecuona J. Child Health Advocacy Program (CHAP). Assessment. Division of International Health. Department of Social Medicine. Montefiore Medical Center. Stencil. Augusti 1983.

3. Valdivieso G, Belmar R. Proposal. Child Health Advocacy Program. By Elderly and Adolescents. Division of International Health and Primary Care. Montefiore Medical Center. Undated.

Artikeln bygger på följande rapport:

Svanström L. The Community Health Participation Program. Bronx, New York, USA. Reserapport. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, 1985. (Röd serie nr 103.)

Abstract

Child Health Advocacy Program (CHAP)
CHAP was inspired through a Child Care Health Project within a ten year old programme called Community Health Participation Program at Bronx, New York City, USA. The programme is one of the few examples from industrialized countries on community involvement and is directed to pre-school children through day-care centers. It involves fourteen day-centres in Bronx and not only the children and their families but also adults and adolescents finding a way of contributing to the health of the community. It is organized from the Department of Social Medicine at Montefiore Hospital and Medical Center and will be evaluated.

The program could very well serve as an inspiration for the community oriented work of the Swedish Primary Care and Health Centres.

Författarpresentation:

Leif Svanström, är professor i socialmedicin vid Karolinska Institutets Institution för socialmedicin, vårdcentralen Kronan. Han är tillika hälsovårdsöverläkare i Stockholms läns landsting.*

*Postadress: Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, 172 83 Sundbyberg

Kan digitalisbehandlingen i öppen vård förbättras?

LARS WEINEHALL · KURT BOMAN · JAN-ERIK ÖGREN

Inom ett vårdcentralsområde i Skellefteå sjukvårdsdistrikt har journalerna på 323 digitalisbehandlade patienter studerats. Studien redovisar bland annat insättningsindikationer och bakomliggande hjärtsjukdom. Studien presenteras av Lars Weinehall, distriktsläkare i Umeå, och Kurt Boman, överläkare vid medicinska kliniken, Skellefteå lasarett, samt Jan-Erik Ögren, apotekschef, sjukhusapoteket, Skellefteå.

Nyckelord: Läkemedel, digitalis.

Abstracts

En journalgenomgång har genomförts på 323 digitalisbehandlade patienter, motsvarande cirka 90 procent av samtliga digitalisbehandlade i Burträsk vårdcentralsområde, Skellefteå sjukvårdsdistrikt. Studien redovisar främst vilka indikationer och bedömningar som förelåg vid digitalisinsättningen. Studien understryker värdet av noggrann utvärdering och dokumentation av behandlingseffekt så att digitalisbehandlingen görs optimal då indikation för behandling föreligger och så att verkningslös behandling avbryts.

Inledning

Digitalis är ett av våra mest förskrivna läkemedel, särskilt till äldre patienter (1, 2). Ett flertal såväl svenska som utländska studier har visat att många patienter behandlas med digitalis i onödan (3, 4, 5, 6). Man kan ifrågasätta om indikation för kronisk digitalisbehandling verkligen föreläggas i de fall digitalis kunnat utsättas, utan att patientens tillstånd försämrats. I andra studier har emellertid visats att digitalis vid långtidsbehandling förbättrar vänsterkammarmfunktionen hos vissa patienter med sinusrytm, särskilt när tredje ton föreligger (7, 8).

Tidigare har variationerna i Apoteksbolagets försäljning av digitalis i olika delar av Skellefteå sjukvårdsdistrikt redovisats (2). Betydande variationer framkom uttryckt i definierade dygnsdoser (DDD) per 1000 invånare och dag, mellan olika vårdcentralsområden inom sjukvårdsdistriktet. Medan Burträsk vårdcentralsområde

1978 hade sjukvårdsdistriktets högsta försäljning av digitalispreparat (62,0 DDD/1000 invånare och dag) hade Skelleftehamns vårdcentralsområde den lägsta (24,0 DDD/1000 invånare och dag). Motsvarande försäljning var i Västerbottens län 37,9 DDD/1000 invånare och dag och i Sverige 34,7 DDD/1000 invånare och dag.

Studiens syfte

För att få kunskap om vilka indikationer som föranledde digitalisbehandling inom Burträsk vårdcentralsområde gjordes en retrospektiv journalstudie.

Avsikten med undersökningen var att studera

- indikationerna för digitalisinsättning
- vilken digitalisdos som användes
- förskrivningen av digitalis och därvid särskilt beakta vilken läkare (öppenvård/slutenvård) som inledde behandlingen.
- förekomst av hjärt-, kärlsjukdom vid insättningen
- samtidig diuretikaterapi
- behandlingsresultat

Dessutom var avsikten att undersöka om den ökade informationen och det ökade intresset som ägnats digitalisbehandling den senaste femårsperioden i Skellefteå sjukvårdsdistrikt, förändrat användningen av hjärtglukosider. Analys av digitalisanvändningen har därför gjorts före och efter 79-01-01.

Metod

Personuppgifter om digitalisbehandlade i Burträsk inhämtades från de läkemedelskort som expedierades vid apoteket i Burträsk under tiden 81-07-01-82-06-30. Enligt denna källa behandlades i juni 1982 totalt åtta procent av befolkningen i Burträsk med digitalis. Andelen digitalisbehandlade i olika åldersgrupper var följande: Bland personer 49 år och yngre hade 0,2 procent digitalis, 50-59 år 2,3 procent, 60-69 år 9,3 procent, 70-79 år 22 procent, 80-89 år 28,6 procent och 90 år och äldre 35 procent.

Av de 68 patienter som vårdades vid Burträsk sjukhem hade 83-03-01 fem patienter (sju procent) digitalis. Av ålderdomshemmets gäster hade vid samma tidpunkt 19 personer (24 procent) digitalis.

Användning av recepten för identifiering av patientuppgifter var godkänd av Socialstyrelsens läkemedelsavdelning. Journalgenomgången följde en i förväg fastställd mall.

Inga andra uppgifter än de som framgick av vederbörande journalanteckningar har medtagits. Med insättningsorsak och olika hjärtdiagnoser avses det som behandlande läkare angav i sin journalanteckning.

I de fall där journalen vid Burträsk vårdcentral ej gav fullständig information granskades journalerna vid medicin- och långvårdsklinikerna, Skellefteå lasarett.

Material

Burträsk är det vårdcentralsområde i Skellefteå sjukvårdsdistrikt som 1982 hade den högsta andelen ålderspensionärer. Av de 5772 invånarna var 1379 (24 procent) 65 år och äldre. Det fanns 461 män och 403 kvinnor bland personer 70 år och äldre.

Journalgenomgången omfattade 323 (90 procent) av de 358 personer som fått digitalis expedierat vid apoteket i Burträsk under tiden 81-07-01-82-06-30. Trots efterforskningar kunde 22 personer (6 procent) inte identifieras som burträskbor (inga journaler vid Burträsk vårdcentral eller i Skellefteå). Dessutom utelämnades ytterligare 13 personer (4 procent) från studien då de hade avlidit under den studerade tidsperioden och deras journaler därefter utsorterats från vårdcentralens arkiv.

Resultat

Undersökningsresultatet för hela den undersökta gruppen framgår av tabell 1.

Procentuellt fler kvinnor än män hade digitalisbehandling (57 respektive 43 procent), där 67 procent av kvinnorna och 53 procent av männen hade fått digitalis insatt av distriktsläkare. Däremot hade 73 procent av männen en digoxindos på 0,25 mg jämfört med 53 procent av kvinnorna ($p < 0,01$).

Av tabellen framgår att betydande skillnader mellan män och kvinnor förelåg ifråga om insättningsorsaker och underliggande hjärt-kärlsjukdom. För cirka en tredjedel av digitalispatienterna saknades i journalen uppgifter om underliggande hjärtsjukdom.

Diuretikabehandling förekom hos

25 procent av patienterna när de fick sin digitalis, medan 16 procent av patienterna fick diuretika samtidigt som digitalis insattes.

Av de undersökta 323 patienterna hade 20 procent fått digitalis insatt efter 79-01-01. Under åren 1979-1984 har en betydande minskning av användningen av digitalisglykosider skett från 54,4 till 34,1 DDD/100 invånare och dag (37,3 procent).

Följande signifikanta skillnader noterades vid en jämförelse mellan de två tidsperioderna:

- högre dos efter 79-01-01, andelen med digoxin 0,25 mg ökade från 61 till 73 procent ($p < 0,05$)
- andelen behandlade flimmer ökade från 21 till 39 procent ($p < 0,01$)
- andelen patienter som vid påbörjad digitalisbehandling redan hade diuretika ökade från 39 till 55 procent efter 79-01-01 ($p < 0,01$)

Dyspnöé var den vanligaste orsaken till digitalisbehandling och hos 40 procent av patienterna fanns dokumenterat en positiv behandlingseffekt. Bland de patienter som digitalisbehandlades enbart på grund av röntgenologisk hjärtförstoring saknades redovisad effekt i hela 88 procent av patienterna. När digitalisbehandling inleddes på grund av dyspnöé och röntgenologisk hjärtförstoring fanns noterat att 86 procent av patienterna förbättrats.

Diskussion

Avsikten med denna undersökning har i första hand varit att analysera hur vederbörande läkare tagit sig an patienter med symtom som kan föranleda digitalisbehandling. Särskild uppmärksamhet har ägnats huruvida behandlande läkare definierat aktuell hjärtsjukdom och om vederbörande läkare sökt dokumentera effekten av insatt behandling.

Beträffande behandlingseffekt måste resultatet tolkas med stor försiktighet då det är svårt att bedöma denna vid en retrospektiv journalgenomgång. I undersökningen konstateras i 43 procent av de totalt 323 journalerna att det finns beskriven någon form av positiv behandlingseffekt under de sex första månaderna av behandlingstiden. I 31 procent av journalerna konstateras att de symtom som föranlett digitalisbehandlingen kvarstod oförändrad trots sex månaders behandling. För övriga 26 procent av de undersökta patienterna hade i journalen ej redovisats någon behandlingseffekt av digitalis, vilket skulle kunna förklaras av följande omständigheter:

- möjligheten finns att journalskrivande läkare försummat att i journalen notera behandlingseffekt; förbättring eller verkningslös behandling.
- utvärdering av behandlingseffekt förutsätter kontinuitet. I Burträsk har en rad läkare arbetat kortare perioder vilket inneburit att det i många fall ej varit samma läkare som mött patienten vid återbesöket efter inledd digitalisbehandling. Det är svårare för andra

	Män 100 % (= 138)	Kvinnor 100 % (= 185)	Totalt 100 % (= 323)	
Hjärtglukosid, styrka	%	%	%	N
Lanacrist 0,25 mg	73	53**	62	199
Lanacrist 0,13 mg	22	36	30	97
Digitoxin 0,1 mg	5	11	8	27
Digitalisinsättande läkare	%	%	%	N
Distrikt	53	67	59	189
Medicinska kliniken	35	21	27	87
Annan	12	12	3	9
Okänd			11	38
Insättningsorsaker	%	%	%	N
Dyspnöé	30	38	35	113
Hjärtförstoring	30	17**	23	73
Svullna fötter	8	23**	16	53
Snabbt flimmer (>95/min)	12	15	13	41
Normofrekvent flimmer	15	10	11	35
Angina pectoris	8	7	7	24
Tachycardi	7	7	6	21
Hjärtinkompensation	4	5	5	15
Övriga (vänsterbelastning, fladder)	2	1	1	5
Okända	7	11	9	30
Hjärt-kärlsjukdom	%	%	%	N
Hypertoni	25	38**	32	104
Förmaksflimmer	25	20	24	76
Angina pectoris	22	15*	18	58
Genomgången infarkt	10	3	6	19
Cardioscleros	3	4	4	12
VOC	2	2	2	6
Ingen redovisad hjärt-kärlsjukdom	31	34	33	106

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Anger signifikanta skillnader mellan män och kvinnor

Tabellen anger använd hjärtglukosid, tablettstyrka, digitalisinsättande läkare, insättningsorsaker och underliggande hjärt-kärlsjukdom samt könsfördelningen hos 323 digitalisbehandlade patienter. Hos patienter med flera insättningsorsaker respektive underliggande hjärt-kärlsjukdom har samtliga medtagits.

läkare än insättande läkare att utvärdera behandlingseffekten. Detta kan vara en annan förklaring till att inledd digitaliserapi i en fjärdedel av fallen ej noterats i journalen vid de närmaste följande återbesöken.

Erfarenheterna från digitalisbehandlingen i Burträsk åren 1979-82 understryker betydelsen av noggrann diagnostik och utvärdering. Antalet patienter som i dag behandlas med digitalis är således färre än tidigare men som tidigare nämnts har andelen med digoxin 0,25 mg ökat från 61 till 73 procent.

Den ökade förekomsten av diuretikapreparat efter 1979 kan vara uttryck för att diuretika i många fall använts som förstahandsmedel vid lindriga tecken på hjärtsvikt med sinusrytm.

Trots avsaknad av dokumenterad positiv behandlingseffekt har 57 procent av patienterna fortsatt sin digitalisbehandling, många under 10-20 år. Av särskilt stort intresse torde vara att utvärdera i vilken grad patienten fortsatt sin behandling, trots utebliven förbättring, på grund av att patienten känt sig "trygg" med sin hjärtmedicin.

Prevalensen av hjärt-kärlsjukdom (speciellt ischemisk) är högre bland män än bland kvinnor (9). Mot den bakgrunden kan det tyckas något anmärkningsvärt att fler kvinnor än män digitalisbehandlats i föreliggande studie. Analysen visar att männen i högre utsträckning fått digitalisbehandling på grund av förmaksflimmer och röntgenologisk lungstas medan kvinnorna i högre utsträckning fått digitalis vid etiologiskt mer svårvärderade symtom som dyspnöé och svullna fötter.

Hos 60 procent av patienter med enbart dyspnöé som insättningsorsak fanns ingen dokumenterad förbättring efter inledd digitalisbehandling. En tänkbar förklaring är att dyspnöén inte berott på någon bakomliggande hjärtsjukdom utan haft annan förklaring. Landahl och medarbetare redovisade att hos äldre patienter med dyspnöé berodde den i en tredjedel av fallen på hjärtsjukdom, en tredjedel av fallen på lungsjukdom och hos resterande tredjedelen på andra orsaker (10).

Röntgenologisk hjärtförstoring var den näst vanligaste orsaken till digitalisbehandling. Hos dessa fanns dokumenterad behandlingseffekt i 12 pro-

5 cent av fallen. Enbart röntgenologisk hjärtförstoring berättigar ju inte till diagnos av hjärtsvikt och ej heller till sviktbehandling. Det föreligger också hos äldre en osäkerhet ifråga om normalvärden för röntgenologisk hjärtstorlek. Metodfel, normalvärden, som är dåligt korrelerade till patientens ålder, innebär risk för överdiagnostik. Bland annat har Landahl ifrågasatt om nu gällande normalvärden är tillämpliga vid bedömning av hjärtstorlek hos äldre personer (10, 11). Mot denna bakgrund tillrådes försiktighet med att låta enbart röntgenologisk konstaterad hjärtförstoring leda till medikamentell terapi. I den kliniska diagnostiken krävs ofta en kombination av symptom och fynd i status och/eller på röntgen för att korrekt diagnos av hjärtsvikt ska kunna ställas.

I de fall där hjärt-kärlsjukdom ej diagnostiserats före inledd digitalisbehandling har denna uppenbarligen inriktats mot varierande kliniska symptom eller röntgenologiska fynd. Detta kan i många fall vara motiverat, men medför samtidigt också speciellt höga krav på noggrann utvärdering och dokumentation av behandlingseffekt. I annat fall riskerar man att patienten är ut och är in behandlas med en medicin som vederbörande kanske inte behöver – med risk för besvärande och potentiellt farliga biverkningar.

Digitalis har en etablerad plats vid behandling av snabbt förmaksflimmer och kronisk vänsterkammarsvikt. Denna undersökning understryker framför allt behovet av skärpt diagnostik innan digitalis insättes. Ett preparat med en snäv terapeutisk bredd ställer dessutom särskilt stora krav på att behandlingen inriktas på noggrant definierade sjukdomstillstånd.

När digitalisbehandling övervägs så skall följande frågor besvaras och noggrant noteras i journalen:

- vilken är den underliggande hjärtsjukdomen?
- är det akut och/eller kronisk hjärtsvikt?
- finns det några utlösande eller förvärrande faktorer?
- hur lång tid ska digitalisbehandling – en fortgå?

Nästa steg är ju att göra noggrann utvärdering av digitalisbehandlingen och följande frågor skall besvaras och noteras i journalen:

- har det skett några förändringar i symptomen och tecken på hjärtsvikt efter att digitalisbehandlingen inlemts?
- är det någon förändring av den underliggande hjärtsjukdomen?
- har den kliniska situationen förändrats?
- skall digitalisbehandling fortgå – hur länge? Eller ska den utsättas?

Genom noggrann diagnostik av hjärtsvikt samt redovisning av underliggande hjärt-kärlsjukdom kopplat till en väldokumenterad utvärdering

bör det vara möjligt att göra användningen av digitalis i klinisk praxis mera effektiv.

Litteratur

1. Dahlström K, Kristoffersson K, Nordenstam I et al. Läkemedelsförbrukning under 1970-talet, exempel från gruppen hjärt-kärlmedel samt diuretika. Läkartidningen 1978; 75:4806–9.
2. Boman K, Ögren JE. Digitalis i öppenvård inom Skellefteå sjukvårdsdistrikt. Läkartidningen 1981; 78:3899–901.
3. Starr TW, Luchi RJ. Blind study on the action of digitoxin on elderly women. Am Heart J 1969; 78:740–51.
4. Dall LCJ. Maintenance digoxin in elderly patients. Br Med J 1970; 2:705–6.
5. Johnston GD, McDewitt DG. Is maintenance digoxin necessary in patients with sinus rhythm? Lancet 1979; i:567–70.
6. Boman K. Digoxin and the geriatric inpatient. A randomized trial of digoxin versus placebo. Acta Med Scand 1983; 214:353–60.
7. Arnold SB, Byrd RC, Meister W et al. Long-term digitalis therapy improves left ventricular function in heart failure. New Engl J Med 1980; 303:25:1443–48.
8. Lee DCS, Johnson RA, Bingham JB et al. Heart failure in out-patients. A randomized trial of digoxin versus placebo. N Engl J Med 1982; 306: N:o 12:699–705.
9. Spri. Hur mår du Sverige. Ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige – undersökning om levnadsförhållanden (ULF) som underlag för planering. Stockholm: Spri, 1982 (Spri-rapport 81/82).
10. Landahl S, Svanborg A. Bearbetningar med målsättning att bättre definiera sjukdom i höga åldrar. Läkartidningen 1980; 77:3773–4.
11. Landahl S, Svanborg A, Åstrand L. Heart volume and the prevalence of certain common cardiovascular disorders at 70 and 75 years of age. Eur Heart J 1984; 5:326–31.

Författarpresentation

Lars Weinehall arbetade vid tidpunkten för studien som distriktsläkare i Burträsk, numera verksam som distriktsläkare vid Backens vårdcentral, Umeå.

Kurt Boman, med dr, överläkare, medicinska kliniken, Skellefteå lasarett.

Jan-Erik Ögren, apotekschef, sjukhusapoteket, Skellefteå.

Postadress: Västerbottens län landsting.
telefon 090-15 70 00

Recensioner

Ortopedi i primärvård

Bjarne Linden · Bengt Hagstedt.

Studentlitteratur, 202 sidor,
pris ca 190 kr.

Enligt flera registreringar av diagnoser inom primärvården är ortopediska problem ett av de dominerande. Det är därför bra när en bok som denna kommer i handeln.

Boken är med sina råd mycket praktiskt utplagd. Kapitlen är korta och i marginalen finns rubriker som Allmänt, Symptom, Diagnos och Terapi som gör det lätt att hitta behövliga uppgifter, när man vid patients sida fiskar upp boken ur fickan.

Boken bygger på häftet Ortopedisk primärvård, som för några år sedan distribuerades av MSD. Den nu utgivna boken har samma uppläggning, men den har utökats på flera områden. Det finns nu fler bilder än tidigare, både foton och instruktiva teckningar. Bland annat knäkapitlet och kapitlet om armbesvär har utökats avsevärt. Uppställningen är nu också luftigare än tidigare och varje kapitel avslutas med en litteraturreferenslista. Tillkommit har även ett kapitel om idrottsskador. Detta är dock på blygsamma fem sidor och har inte så stor plats att fylla. Det finns, vilket även författarna noterat, en bra bok i detta ämne (Peterson och Renström, Skador inom idrotten).

Avsnittet som behandlar ryggbesvär, det största ortopediska problemet i primärvården, är i mitt tycke alltför summariskt behandlat. Här finns mycket att lära, inte minst vad gäller diagnostik genom manuell undersökning. En kortfattad genomgång av status finns dock i form av "den ortopediska baletten", ett ortopediskt snabbstatus som lätt kan genomföras på alla patienter. Skall man lära sig mer om ryggar är naturligtvis praktiska övningar under sakkunnig ledning viktigare än skrivna råd, men finns det någon bra kortfattad bok i ämnet ryggundersökningar att ha i fickan?

Om du nu har Ortopedisk primärvård i bokhyllan, är det då av värde att inköpa Ortopedi i primärvård? Ja, kanske. Den nya upplagan är något mer innehållsrik och med fler bilder och schematan, men är du van att använda den äldre upplagan, klarar du dig säkert bra med den även i framtiden.

Båda böckerna avslutas med en ordlista över vanliga ortopediska termer.

Kjell Hultsten, distriktsläkare,

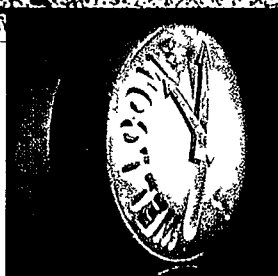
Tibro vårdcentral, Box 275, 543 01 Tibro

WELLCOPRIM

trimetoprim, ett antibakteriellt medel

ÅRET RUNT

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



ORIGINALPREPARATET VID AKUT CYSTIT

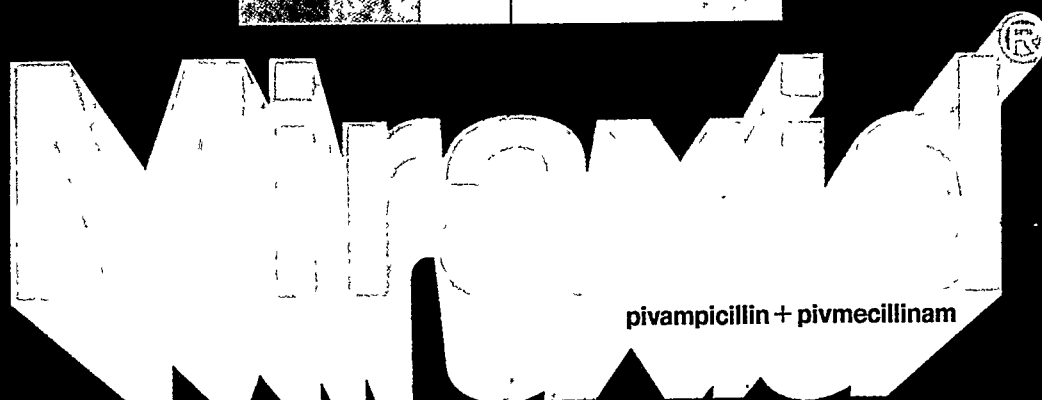
Wellcoprim lindrar symtomen och stoppar infektionen vid akut cystit. En tablett 300 mg till natten — lätt att komma ihåg och enkelt att dosera.



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

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.

