

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



TEMA

5-6
1987

DALARNA

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



För att uppnå effektiv smärtlindring fordras en adekvat dosering.

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

* (Läkemedelsboken 85, sid. 919).



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

DISTALGESIC ΔR

Deklaration: En tablett innehåller: Dextropropoxyphen. hydroklorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. Egenskaper: Dextropropoxyfenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. Indikationer: Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. Graviditet och amning: Kategori A. Dosering: Vanlig dosering till vuxna är 2 tabletter var 6:e—8:e timme. En dygnsdos av 8 tabletter bör ej överskridas. Observera: Vid behandling med DISTALGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, t ex 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* 1988.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
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,
17283 Sundbyberg. Tel: 08/98 9100.

Redaktionskommitte:
Malin André
Cecilia Björkelund
Anders Håkansson
Carl Edvard Rudebeck

Redaktionsadress:
AllmänMedicin,
Institutionen för socialmedicin,
17283 Sundbyberg. Tel: 08/98 94 92
(Margareta Lindborg)

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

Prenumerationsavgift:
400 kr per år, för studerande 150 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:

Allmänmedicin i Borlänge
Hans Hallberg

✓ 172

Föreningsnytt:

Ulf Nicolausson död
Maj-Britt Sandlund

✓ 173

SFAM:s styrelse

173

Sexårsöverlevnad av en BAL-grupp
Bernhard von Below

✓ 176

FV-uppsatstävlingen avgjord

176

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Minskad alkoholkonsumtion i Sverige -
epidemiologiska studier av sociala faktorer
och alkoholrelaterade konsekvenser
Karin Fahlgren

✓ 177

Tema Dalarna:

En modell för ökat samarbete distriktssjukgymnast-
remitterande läkare vid Faluns vårdcentraler
Marie-Louise Weitoft-Sedsten

✓ 180

Sköterskebaserad diabetesmottagning vid Älvdalens
vårdcentral - presentation och utvärdering
Ann-Marie Silén, Asta Martinsson

✓ 182

Doktorn och spriten
Per Lindqvist

✓ 185

Läkemedelsförskrivning och vårdkvalitet
Olle Hellström

✓ 186

Fästingbett i vintermörkret

Två knepiga fall av Borreliainfektion i primärvården
Tore Hegle, Ulf Börjesson

✓ 193

Hälsoproblem hos frånskilda män
Hans Hallberg

✓ 195

Sockerlagen i Svärdsjö-Enviken - åtgärder mot
övervikt i en avgränsad befolkning
Ingvar Norén

✓ 198

Att inte vara enögd.

Reflektioner kring 10 års kuratorsarbete vid
vårdcentralen, Falu lasarett
Ingelöf Gabrielson, Erik Tegmark

✓ 202

Kurser och konferenser:

5:e nordiska kongressen i allmänmedicin
14-17 juni 1987, Reykjavik, Island
Anders Håkansson

✓ 205

Allmänmedicin i Dalarna

SFAM-mötet i Borlänge

SFAMs höstmöte 1986 var förlagt till Borlänge och hade som huvudtema praktiska och teoretiska aspekter på psykosomatik. Ett symposium belyste förutsättningarna för en rationell läkemedelshandling i primärvården och betonade vikten av autonomi i förhållande till läkemedelsindustrin. För första gången kunde ett SFAM-möte också genomföras med ekonomiskt stöd från ett landsting och ej som tidigare från något privat läkemedelsföretag. Av tjugofem fria föredrag svarade distriktsläkare i Dalarna för ungefär hälften.

Detta temanummer syftar till att sprida erfarenheterna av FoU-insatser i Dalarna till en vidare krets. Av tjugotalet insända manus publiceras nu nio artiklar i detta nummer. Några av dessa artiklar kommer dock att publiceras i kommande nummer av AllmänMedicin.

Artikelpresentation

I glesbygdsområden som Dalarna lyckas primärvården i bästa fall synliggöra sina unika och från sjukhusvärlden sär-skilda kvaliteter. Avstånden till lasaretsdomänerna inrymmer möjligheter till gränsöverskridande rörelser över delvis okända och osäkra områden. Utan goda följeslagare kan dock en sådan resa blir svår och riskabel. En väl fungerande primärvård förutsätter närhet och förtroende mellan de olika personalkategorierna. Flera av artiklarna belyser detta samspel.

Erik Tegmark och kurator Ingelöf Gabrielsson beskriver på ett fängslande sätt vilken värdefull resurs en kurator kan utgöra vid en vårdcentral genom att med sin sociala kompetens bidra till att synfått vidgas utöver det biomedicinskt synbara.

Distriktssjukgymnast Marie-Louise Weitof-Sedsten redogör för en effektiv men enkel modell för att förbättra samarbetet mellan sjukgymnaster och remitterande läkare. En snabb första undersökning åtföljd av en behandlingsprioritering i olika brådskegrader leder till ett förbättrat patientomhändertagande och ett kortare rehabiliteringsförlopp.

Ann-Marie Silén visar vilka framgångar som en sköterskebaserad diabetesdispensär i glesbygd kan uppnå beträffande aktiv patientmedverkan och därmed god diabeteskontroll när – i dubbel bemärkelse – man talar samma språk som patienterna. Information som lämnas på den egna dialekten (Älvdalsmålet) klingar inte ohörd.

I ämnesområdesbeskrivningen för allmänmedicin ingår bland annat att

utveckla kunskapsunderlag för prevention. Förebyggande arbete uppfattas fortfarande av många som ett abstrakt och retoriskt begrepp vilket svårigen låter sig omsättas i praktiskt handlande. Ingvar Noréns artikel levandegör hur man i Svärdsjö med okonventionella metoder framgångsrikt lyckats få kontakt med många överviktiga i befolkningen för att sedan genom olika insatser försöka minska risken för diabetesinsjuknande.

Olle Hellström beskriver hur ett engagerat och tålmodigt förhållningssätt i mötena med patienterna kan föra långt bakom själva symptomen och hur detta också kan avläsas i form av kraftigt minskad förskrivning av ett flertal läkemedelsgrupper.

Ett offensivt folkhälsoarbete kan ibland också innebära att distriktsläkaren med sina kunskaper och kliniska erfarenheter i bagaget lämnar själva läkarrollen och agerar i viktiga samhällsliga frågor som berör sjukvården. Per Lindqvist lämnar ett exempel på en sådan distriktsläkarinitierad motståndsrörelse mot en planerad lokal systembolagsetablering.

För att kunna identifiera och diagnostisera distinkta och specifika sjukdomar bland flödet av oselektade symptom och problem krävs goda somatiska kunskaper och klinisk blick. Tore Hegle och Ulf Börjesson åskådliggör detta fint i sina två fallbeskrivningar av Borrelia – infektion bakom svårtolkade neurologiska symptomkonstellationer.

Vägen till färdig allmänläkare är lång och snarig och formerandet av en egen trygg yrkesidentitet inrymmer många svårigheter. Att ha tillgång till en skara av likar är i detta sammanhang en ovärderlig resurs. Bernhard von Below visar på gruppstödets betydelse i sin skildring av vad som hänt under de sex år några från början blivande allmänläkare fortlopande hållit kontakt med varandra.

Självt beskriver jag några andra erfarenheter av gruppstödets betydelse i samband med att jag på olika sätt nalkats en grupp nyligen fränskilda medelålders män. I detta möte visade sig separationens Janus-ansikte: prototypen för den mänskliga sorgen men också ursprunget till frigörelse och tillväxt.

Primärvårdssatsning i Dalarna

Under 1980-talet har bland Dalarnas sjukvårdspolitik och landstingsadministratörer rätt enighet om att såväl genomföra en omfattande kvantitativ utbyggnad av primärvården som att

stödja allmänmedicinskt forsknings- och utvecklingsarbete. Således har under denna period ett femtontal nya vårdcentraler tagits i bruk och ett fyrtiotal nya distriktsläkartjänster inrättats vilket motsvarar ett beräknat befolkningsunderlag på 2.500 personer per distriktsläkare.

Landstingets generösa satsning på FoU i primärvården har bland annat resulterat i att nästan två miljoner kronor fördelats i FoU-stöd vilket möjliggjort genomförandet av tioalet omfattande och ambitiösa projektarbeten. I samtliga fall har distriktsläkarna haft samarbete med samhällsmedicinska resurser på central landstingsnivå. Projektet har redovisats i en särskild rapportserie men också i artiklar i framför allt AllmänMedicin.

Under 1988 tillkommer en utvecklingsenhet i primärvård vilken samlokaliseras med en nyuppförd vårdcentral i Falun. Enheten kommer att disponera medel för att stötta FoU-insatser bland såväl distriktsläkare som övriga inom primärvården verksamma personalkategorier.

En av arbetsuppgifterna för enheten blir dessutom att ansvara för en lokal primärvårdstidning med de anställda i primärvården i Dalarna som viktigaste målgrupp och med huvudambition att redovisa olika lokala och regionala FoU-insatser.

Praktik och teori är grekiska ord som betyder handling respektive betraktande. Handlingen i den allmänmedicinska vardagen – det kliniska handlandet – kräver för att få en positiv innebörd och mening för patienterna även att yrkesgrupperna i primärvården ges ett utrymme för betraktande i form av studium och analys av den egna verksamheten, för forsknings- och utvecklingsarbete. Ett sådant arbete bör ha sin utgångspunkt i den genuina allmänmedicinska kliniken och de vunna nya insikterna måste också kunna återföras dit och omsättas i en förändrad praxis för att därigenom leda till en förbättrad kvalitet.

En förutsättning för att detta skall vara möjligt är att den kvantitativa utbyggnaden av primärvården får ske i den omfattning som slagits fast i flera centrala utredningar. I dag är det fortfarande ett stort avstånd mellan visioner och verklighet vad gäller planerad respektive faktisk distriktsläkartäthet och vårdcentralutbyggnad. Läkarbrist leder till ett tungt sjukvårdstryck och försvårar kraftigt möjligheterna till utvecklingsinsatser. Betydelsefullt blir då i vad mån det enskilda landstingets politiker och tjänstemän försöker skapa goda förutsättningar för primärvårdsföreträdarna att utveckla verksamheten. Kopparbergs läns landsting utgör här ett gott exempel.

Hans Hallberg

Ulf Nicolausson död

Byggmästare inom svensk primärvård. Byråchefen vid socialstyrelsen *Bror Ulf Nicolausson* har avlidit efter en kort tids sjukdom, 56 år gammal. Han var född i Stockholm och avlade med. licentiatexamen vid Karolinska institutet 1956. Han tjänstgjorde som lärare i anatomi vid institutet och som läkare vid olika sjukhus, bland annat S:t Eriks sjukhus. Under 1960-talet arbetade han som distriktsläkare, bland annat i Sollentuna. År 1968 knöts han till socialstyrelsen som föredragande i det som senare kallades primärvård och allmänmedicin, först på deltid men från och med 1974 på heltid. Sedan 1981 har han varit chef för styrelsens primärvårdsbyrå.

Han efterlämnar fadern *Bror*, sin trolovade *Agneta Tolleback* med dottern *Christina* samt barnen från tidigare äktenskap, *Ola* och *Anders* och den hustru *Ann*.

Djup förstämning, sorg och saknad har gript oss, *Ulf Nicolaussons* kollega och medarbetare vid socialstyrelsen. *Ulf* har lämnat oss mitt i en hektisk arbetsperiod med en stark utbyggnad av primärvården och allmänmedicinen men också med en förändring av dess inriktning och arbetsformer.

Ulf Nicolausson kom till socialstyrelsen 1968 nästan omedelbart efter det att det nya ämbetsverket tillskapades genom bland annat en sammanslagning av socialstyrelsen och medicinalstyrelsen. Med utgångspunkt från sina erfarenheter som distriktsläkare fick *Ulf* vara med om att ta fram ett principprogram för den öppna vården utanför sjukhus. Detta kom att bli normgivande för den stora utbyggnad av primärvården som startade i början av 1970-talet och sedan fortsatt.

Den modell för primärvården som därvid skisserades i principprogrammet kom att utvecklas vidare i det program rörande vårdstrukturen inom hälso- och sjukvården (HS 80), som socialstyrelsen presenterade 1973.

Primärvården utgör enligt HS 80 basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Den har ett första-handsansvar för befolkningens hälsa och behov av vård inom ett begränsat geografiskt område. Allmänmedicinen har successivt utvecklats till ett grundläggande kunskapsområde inom svensk primärvård.

Ulf Nicolausson har som ansvarig för primärvården och allmänmedicinen inom socialstyrelsen varit med om ett dynamiskt utvecklingsskede. Han har kommit att personligen påverka och prägla utvecklingsarbetet inom dessa fält.

Ulf var bland annat stark involverad i det gemensamma utvecklingsarbetet inom områdena primärvård och äldreomsorg, som landstingsförbundet, kommunförbundet, socialstyrelsen och SPRI genomförde under åren 1976-78. Han hade också en central roll i det programarbete Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90) som bedrevs under åren 1978-84. Detta senare projekt låg till grund för de Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården med mera som riksdagen antog år 1985.

Det sista stora arbete som *Ulf* var involverad i och som han också ledde var en uppföljning och utvärdering av primärvården och dess verksamhet. Resultatet redovisades i rapporten *Primärvård - omfattning och inriktning 1986*, som socialstyrelsen publicerade i år.

Ulf Nicolausson var en hängiven arbetare för primärvårdens och allmänmedicinens intressen. Han engagerade sig starkt i studier och andra projekt för att vidareutveckla dessa verksamheter. Vid föreläsningar och konferenser prisade han deras lov, samtidigt som han dock också värnade om behovet av samverkan med både länsjukvården och socialtjänsten. Han var klart medveten om behovet av andra specialistinsatser inom primärvården, främst när det gäller pediatrik och gynekologi. Han var mycket konsekvent och räddes inte mothugg eller kritik. Han fick också känna av sådan.

I primärvårdsbyråns uppgifter ingår inte bara planering, utveckling och information utan även tillsyn. Hit hör bland annat inspektioner och utredningar av individuella ansvarsärenden. *Ulf Nicolausson* har med oväld hantrat dessa många gånger känsliga frågor. Hans kontakter med organisationer och tjänsteutövare har präglats av både fasthet och medkänsla.

Ulf fick förmånen att se många fina resultat av sina strävanden. För *Ulf* var det dock nödvändigt att i det expansiva utvecklingsskede som vi befinner oss i, arbeta vidare och att därvid också förändra verksamheterna och anpassa dem till nya krav. Men detta får *Ulf* nu inte vara med om.

Vi som har att fortsätta med att bland annat bygga ut och förändra hälso- och sjukvården kommer att sakna *Ulf*. Detta torde gälla oss alla som arbetar med primärvård, oavsett om detta sker vid eller utanför socialstyrelsen. Vi känner förlusten av *Ulf*s klara intellekt och hans konsekventa analyser av problemen. Men också av hans varma medmänskliga och många gånger skämtsamma inlägg och kommentarer.

Minnet av *Ulf Nicolausson* och hans insatser kommer länge att leva.

Maj-Britt Sandlund
Generaldirektör, socialstyrelsen

SFAM:s styrelse 1987/1988

Ordförande:
Göran Sjönell
Matteus vårdcentral
Surbrunnsgatan 66
11327 STOCKHOLM
Tel 08-34 0240

Vice ordförande:
Bengt Scherstén
Vårdcentralen
24010 Dalby
Tel 046-209200

Vetenskaplig sekreterare:
Calle Bengtsson
Allmänmedicinska institutionen
Redbergsvägen 6
41665 GÖTEBORG
Tel 031-840170

Skattmästare:
Christina Nerbrand
Vårdcentralen Gripen
Box 547
65109 KARLSTAD
Tel 054-106614

Cecilia Björkelund
Studenthälsövårdsmottagningen
Box 20
75103 UPPSALA
Tel 018-155050

Anna-Karin Furhoff
Sollentuna sjukhus och vårdcentral
Box 164
19123 SOLLENTUNA
Tel 08-968100

Bo Haglund
Institutionen för socialmedicin
Vårdcentralen Kronan
17283 SUNDBYBERG
Tel 08-989100

Mats Ribacke
Utvecklingsenheten
Hälsocentralen
Centralgatan 14
81300 HOFORS
Tel 0290-27960

Kenneth Widäng
Björknäs vårdcentral
96128 BODEN
Tel 0921-51070



Förspilda år.

Måste stanna hemma från jobbet. "Tyst – mamma har migrän." Sprängande, pulserande halvsidig huvudvärk. Att ligga till sängs i ett mörkt, svalt och tyst rum lindrar ibland.

Minsta rörelse på huvudet eller ansträngning gör smärtan outhärdlig. Kallsvett, blekhet, illamående och kräkningar. I bästa fall är anfallet över dagen därpå. Men kan också pågå i flera dagar eller en hel vecka.

För många svenskar är det här en realitet. Totalt svarar faktiskt migrän för mer än 110.000 sjukdagar per år!

Mer migränmatematik: en patient som har tre anfall per månad i snitt, är borta från jobbet en månad per år. På trettio år tappar patienten nästan tre arbetsår. Multiplicerar du detta med många av landets migränpatienter, handlar det också om stora årliga kostnader för samhället!

Alternativet.

Med ovanstående som bakgrund är det inte direkt förvånande att Socialstyrelsen rekommenderar förebyggande behandling av de migränpatienter som har mer än tre anfall per månad.

Flera oberoende studier* visar att förebyggande behandling med Inderal** (propranolol), som är ett förstahandspreparat, gör att mer än 2/3 av patienterna får färre eller lindrigare anfall.

Behandlar du dina migränpatienter förebyggande, gör du hela samhället en tjänst. Och ingen migränpatient lär sakna sina förspilda dagar.

Inderal®

ICI-Pharma AB, Stora Badhusgatan 20,
411 21 Göteborg. Tel. 031-17 41 20.

*Börgesen et al, *Acta Neurol Scand*, 50:651, 1974. Forssman et al, *Headache*, 16:238, 1976. Rosen, *J A Ann Neurol* 13:92, 1983.

**Betablockerare. Tabletter 10 mg, 40 mg, 80 mg och 160 mg, injektionsvätska 1 mg/ml, depå-kapslar 160 mg.

Sexårsöverlevnad av en BAL-grupp

I detta Dalanummer av AllmänMedicin kan det vara på sin plats att kort redovisa hur det gått för den BAL-grupp (Blivande AllmänLäkargrupp) som bildades våren 1981 av FV-läkarna i allmänmedicin i Falu-Borlänge sjukvårdsområde och som också tidigare beskrivits i AllmänMedicin (nr 6/83).

Sex år efter bildandet är gruppen fortfarande vid liv och dagens FV-läkare träffas en kväll varannan månad. Man refererar NLV-kurser, refererar andra möten och aktiviteter med anknytning till allmänmedicinen, för vårdideologiska diskussioner och, inte minst, umgås och stärker sin allmänmedicinska identitet. Även om den nya typen av FV-block medfört en starkare anknytning till den blivande allmänläkarrollen är fortfarande FV-tiden utspredd på ett flertal kliniker och gruppen är då viktig för att behålla allmänläkarperspektivet.

Men de före detta FV-läkarna då? Ja, vi under dessa år nyfärdiga allmänläkare har känt ett behov av att i någon form fortsätta träffas och utbyta erfarenheter i vår nya roll som färskastriktsläkare. Vi fann dock att BAL-gruppen inte var ett idealiskt forum eftersom diskussionerna här naturligt nog koncentrerades på FV-tiden. I stället har bildats en "ex-BAL-grupp" där vi träffas cirka fyra gånger per år och diskuterar allmänmedicinska frågor. Dessa möten känns värdefulla som komplement till övrig fortbildning och bidrar också till att hålla kvar kontakterna från FV-åren.

Vi vet att många FV-läkare runt om i landet på senare år startat verksamhet liknande vår gamla BAL-grupp. Det är glädjande och säkert nyttigt för den allmänmedicinska verksamheten. Det kan antagligen också motverka de avhopp från FV-blocken i allmänmedicin som tycks ske i inte helt ringa omfattning.

Författarpresentation:

Bernhard von Below, distriktsläkare.

Postadress. Vårdcentralen Svärdsjö, 79023 Svärdsjö.
Telefon 0246-10615

FV-uppsatstävlingen avgjord

Lagom till SFAM:s höstmöte i Umeå avgjordes uppsatstävlingen för årets FV-uppsats. Till årets vinnare utsågs Torgny Wessman med sitt bidrag "Förebygga trafikolyckor - något för primärvården?"

Delat andrapris har tilldelats Bernhard von Below med bidraget "Attityder till primärvård inom Tiskens vårdcentrals upptagningsområde" och Jerker Bjerkerud/Ylva Jonsson-Westerberg med bidraget "Möjligheter och metoder att studera effekter av cancerdiagnostik i primärvård".

De prisbelönta uppsatserna kommer att publiceras under 1988 i AllmänMedicin.

Prissumman för förstapriset är 10.000 kronor och andraprisen vardera på 5.000 kronor.

Totalt inkom nio arbeten och överlag var kvalitén mycket hög. Bedömningskommittén har därför haft ett svårt arbete med att utse vinnare bland bidragen. Vi vill tacka alla som deltagit i tävlingen och ser fram emot än fler bidrag nästa år.

Övriga bidragsgivare har varit:

Lars Backlund

"Exempel på utvärdering av primärvård - ett projektarbete i allmänmedicin."

Annica Forssén

"Urethralt syndrom - en förbisedd kvinnosjukdom."

Kersti Gabrielson-Gladh

"Retrospektiv undersökning av patientkontakter med DLM i Ankarstrum åren 1980 till och med 1984."

Jens Lunnergård, Sten Larsson, Karin Lindberg, Åsa Ljung

"Att utvärdera sårsläkning genom kvantifiering av bakterier - en pilotstudie."

Jörgen Månsson

"Diagnostik av coloncancer i Kungsbacka kommun."

Gunilla Wahlström

"Kost- och levnadsvanor hos diabetiker i Stockholms län."

Bidrag till FV-uppsatstävlingen för år 1987 skall vara redaktionen för AllmänMedicin tillhanda senast måndagen den 28 februari 1988.

Märk brevet "FV-uppsats 1987".

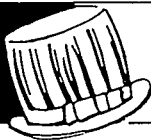
Observera att uppsatsen skall vara utformad som en artikel vilken kan publiceras i AllmänMedicin med de riktlinjer som gäller för tidningen. Om ni inte har AllmänMedicins anvisningar till författare, vänd er till redaktionen.

Rök inte där någon annan får obehag.

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

SOCIALSTYRELSEN

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



Minskad alkoholkonsumtion i Sverige – epidemiologiska studier av sociala faktorer och alkoholrelaterade konsekvenser

KARIN FAHLGREN

Mellan 1978 och 1984 sjönk mortaliteten i levercirrhos och pancreatit, samtidigt som slutenvården i alkoholrelaterade sjukdomar i Stockholms län dramatiskt sjönk. Männerna, i motsats till kvinnorna, minskade sitt alkoholintag och ungdomar visade tidigast och tydligast minskad alkoholkonsumtion. Dessa förvånande resultat framkommer i den avhandling, som Anders Romelsjö, distriktsläkare vid institutionen för socialmedicin, vårdcentralen Kronan, i slutet av maj lade fram vid Karolinska institutet i Stockholm (1). Arbetet utgörs dels av epidemiologiska studier av centrala register, dels av enkätundersökning av 6.300 vuxna stockholmare.

Nyckelord: Alkoholism, alkoholkonsumtion, epidemiologi, socio-ekonomisk status, register, socialmedicin.

Bakgrunden till avhandlingsarbetet utgörs för det första av det faktum att alkoholförsäljningen i Sverige minskade med 17 procent mellan 1976–1982. För det andra har de senaste decenniernas alkoholforskning och alkoholpolitik utgått från den så kallade totalkonsumtionsmodellen, en teoretisk modell över sambandet mellan total alkoholkonsumtion i en homogen befolkning och andelen storkonsumenter i samma befolkning. För det tredje har tidigare alkoholstudier huvudsakligen belyst mortalitet i levercirrhos medan mycket liten kännedom fanns om andra alkoholskador, framför allt under en period av minskat alkoholbruk.

Huvudsyftet med avhandlingsarbetet var studium av sambanden mellan minskad alkoholkonsumtion och förändringar i alkoholrelaterad mortalitet och slutenvård, andra alkoholrelaterade problem liksom sociala samband. Mot bakgrund av detta formulerades följande hypoteser:

1. Minskad alkoholkonsumtion har åtföljts av en ännu större minskning i alkoholrelaterad mortalitet och slutenvård.



Respondent: Anders Romelsjö.
FOTO: BO HAGLUND

2. Minskade alkoholrelaterade problem har inträtt framför allt bland ungdomar.
3. Alkoholdrickandet i högre socio-ekonomiska klasser och bland högre utbildade ligger på ungefär samma nivå som tidigare.
4. Under en period av minskad alkoholkonsumtion har den alkoholrelaterade slutna vården av högre socio-ekonomiska grupper avtagit, varvid de sociala klyftorna vidgats.

Material och metod

Centrala register från SCB, Socialstyrelsen och Apoteksbolaget användes för studium av dödsorsaker, rattonykterhet, fylleriförseelser, alkohol- och läkemedelsförsäljning. Eftersom riksomfattande registrering saknas för diagnoser i slutenvård, användes data från Stockholms län, som har ett slutenvårdsregister av god kvalitet. Vid två tillfällen gjordes samkörningar mellan folk- och bostadsräkningen och slutenvårdsregistret i syfte att relatera socialgruppsstillhörighet och slutenvårdskonsumtion. Uppgifterna om dödlighet och slutenvårdskonsumtion avser följande diagnoser: levercirrhos, pankreatit, alkoholspsykos, alkoholism och alkohonintox. Studietiden sträcker sig mellan 1973 och 1984, och inkluderar alltså tre år före 1976, toppåret för alkoholförsäljning.

1984 utfördes en enkätundersökning av 6.300 vuxna personer från Stockholms län. Studien ingick i "Be-

folkningens hälsa", en större undersökning med målsättningen förbättrad hälsoplanering. Ett deltagande på mer än 78 procent erhöles med hjälp av både frågeformulär och telefonintervju. Civilstånd, medborgarskap, utbildningsnivå, yrkestillhörighet och alkoholvanor registrerades liksom alkoholrelaterad sjuklighet.

Mortalitets- och slutenvårdsdata har studerats år från år och förändringar från 1978–79 till 1983–84 har uträknats. Materialet åldersstandardiserades och konfidensintervall uträknades i jämförande åldersgrupper.

Resultat

Alla fyra hypoteserna fick stöd med undantag för utebliven mortalitetsminskning i alkoholspsykos, alkoholism och alkohonintox under observationstiden.

Mortaliteten i levercirrhos och pankreatit sjönk, till skillnad från alkoholspsykos, alkoholism och alkohonintox. En 20–40-procentig reduktion i slutenvårdskonsumtion kunde påvisas för de fem alkoholdiagnoserna. En minskning i förstagångsvårdade i slutenvård under alkoholdiagnoser kunde konstateras liksom en reduktion av antalet omhändertagna enligt lagen om berusning (LOB-fall).

Minskningen i mortalitet och slutenvårdskonsumtion var större bland män än bland kvinnor. Ungdomar visade tidigast och tydligast minskat alkoholbruk medan högt utbildade och högre socio-ekonomiska klasser behöll sina



Opponent: Per Sundby.
FOTOGRAF: BO HAGLUND



Tidigare satte mitt höga blodtryck raggsockor på mina kalla fötter.

Nuförtiden har jag tubsockor i joggingskorna.

Att motionera är livskvalité. 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.

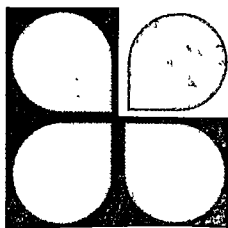
Den första stora livskvalitetsstudien* på blodtrycksmediciner visar att Capoten sänker blodtrycket – inte livskvalitén.

Skicka gärna efter studien och läs själv.

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

Hypertoni: Capoten används då behandling med betablockerare eller saluretika ej gett adekvat effekt eller är olämplig. För fullständig information om indikationer försiktighet, biverkningar och dosering mm, se FASS.

LIVSKVALITET



CAPOTEN®

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

Jag beställer härmed studien, som visar att Capoten 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 _____

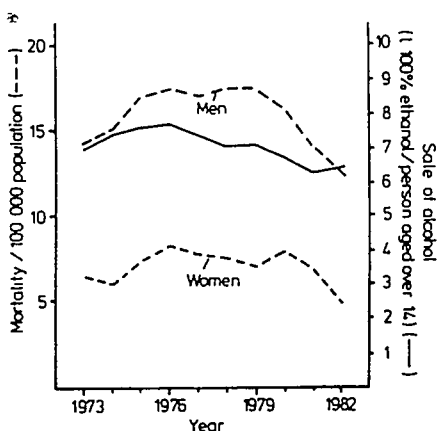
Arbetsplats _____

Telefon _____

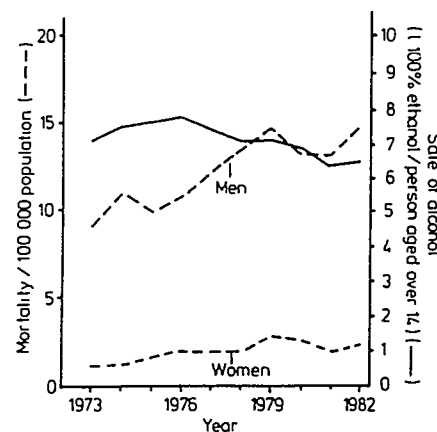


CVF SW 28

Skickas till Squibb AB, Box 925, 18109 Lidingö



Figur 1. Mortality from cirrhosis of the liver in Sweden 1973-82 by year and sex related to sale of alcohol in litres of 100 percent ethanol for each subject aged over 14.



Figur 2. Mortality from alcoholic psychosis, alcoholism, and alcohol intoxication in Sweden 1973-82 by year and sex related to sale of alcohol in litres of 100 percent ethanol for each subject aged over 14.

alkoholvanor oförändrade. Finländska män har en högre alkoholkonsumtion jämfört med andra män.

Diskussion

Vad beträffar diagnoskriterier som ju även här utgör en kritisk fråga, diskuterar författaren validiteten i diagnossättandet. Man tillsände 36 överläkare skriftlig förfrågan huruvida en förändring av kriterierna för alkoholdiagnoser skett eller ej. 27 av dessa 36 överläkare förnekade någon sådan förändring. Man saknar dock ett resonemang eller en förklaring till varför inte även landets rättsmedicinare fick motsvarande frågor angående kriterier för alkoholdiagnoserna.

Den minskade slutna vården under alkoholdiagnoser utgjorde ej en del i en generell minskning av sjukhusvård men kan enligt författaren förklaras av ett ökat användande av Antabus och Dipsan samt en förändrad alkoholvård i och med socialtjänstlagens tillkomst år 1982, när sociala sektorn ökade sitt omhändertagande av alkoholister. Personligen saknar jag en vidare diskussion om tillförlitligheten i slutenvårdsdata eftersom till exempel inläggningsskriterier starkt skiftar över tid beroende på aktuell vårdtyngd och vårdpolicy.

Kvinnors ökande alkoholkonsumtion, ett känt fenomen även internationellt, förklaras ha samband med ökad emancipation och en allt mer ekonomiskt oberoende situation för kvinnor. Att ungdomsfylleriet avtagit tillskrivs till stor del slopandet av mellanölet 1977 men också att ungdomar är mer mottagliga för hälsouppläsning.

Underrapporteringsrisken i uppgiven alkoholkonsumtion i enkätundersökningar anses här, liksom i andra arbeten, utgöra ett huvudproblem. Fynden av sambanden mellan alkoholvanor och socio-ekonomisk status och utbildningsnivå utföll likadant i denna studie som i fem andra enkätundersökningar liksom data från årliga mönstringsuppgifter, vilket sammantaget utgör ett tämligen starkt argument för tillförlitligheten i uppgifterna.

Hemtillverkat vin beräknas till cirka 8 procent av Systembolagets totala alkoholförsäljning. Diskrepansen mellan alkoholförsäljning och konsumtion bedöms ej ha någon stor betydelse för resultaten i avhandlingsarbetet.

Författaren anser sig ha funnit stöd för totalkonsumtionsmodellen, men diskuterar betydelsen av ett alkoholberoende syndrom vilket kan förklara den uteblivna reduktionen av mortalitet i alkoholpsykos, alkoholism och alkoholintox under en period av minskad total genomsnittlig alkoholkonsumtion.

Opponenten, professor Per-Olof Sundby från Oslo, framhöll som huvudpoäng i sin kritik att skador av alkohol aldrig helt kan definieras, således går inte totalkonsumtionsmodellen vare sig att stödja eller förkasta.

För övrigt instämmer jag i opponerens konklusion; Anders Romelsjö har skrivit en spännande bok där hög kvalitet och ambitiöst arbete förenas.

Referenser

1. Romelsjö A. Epidemiological studies on the relationship between a decline in alcohol consumption, social factors and alcohol-related disabilities in Stockholm County and in the whole of Sweden. Sundbyberg; Institutionen för socialmedicin, 1987.

Författarpresentation

Karin Fahlgren, distriktsläkare.

Karin Fahlgren är distriktsläkare vid Matteus vårdcentral i Stockholm och doktorand vid Institutionen för socialmedicin, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Postadress: Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.



Primärvården i
Ulricehamn - Tranemo

Allmänläkare

Forska på halvtid med full lön

Vi söker två allmänläkare som vill utveckla primärvården i Tranemo. Ni får dela på en distriktsläkartjänst och en forskartjänst.

Är du intresserad? Kontakta oss i vår monter på riksstämman den 2-4 december 1987. Eller på telefon 0321-15080 Nils Wigren och Jan Melchior 0325-76140.

En modell för ökat samarbete distriktsjukgymnast – remitterande läkare vid Faluns vårdcentraler

MARIE-LOUISE WEITTOFT-SEDSTEN

För att få ett bättre samarbete distriktsjukgymnast – remitterande läkare har primärvården i Falun infört en ny modell för remisshantering. I modellen ingår bland annat snabbt omhändertagande av patienten hos sjukgymnasten med förstagångsundersökning och remissvar till ansvarig läkare. Remisserna indelas där- efter i olika prioriteringsgrader. Journalhanteringen beskrivs.

Nyckelord: Samarbetsmodell läkare-
distriktsjukgymnast.

Bakgrund och problem

Som distriktsjukgymnaster har vi länge funderat på hur vi ska förbättra samarbetet distriktsjukgymnast och remitterande läkare. Det är svårt att alltid få en bra kommunikation då remitterande läkare inte enbart finns på den egna vårdcentralen, utan även på lasaretten, andra vårdcentraler, privata mottagningar, företagshälsovården etc. Detta har ibland resulterat i förlängda rehabiliteringstider för patienten.

På något sätt borde därför samarbetet förbättras till förmån för patienten.

Organisationsmodell

I Falun har distriktsjukgymnast-läkare infört ett annat sätt att arbeta på än tidigare. Vårt mål är att ta in alla remitterade patienter snarast för en förstagångsundersökning. Detta innebär att patienten kommer till distriktsjukgymnast för en noggrann undersökning och bedömning av sina problem. Vi diskuterar tillsammans målet för den eventuella behandlingen. Patienten genomgår också en provbehandling med utvärdering av resultatet. Där- efter får patienten *alltid* regim och hemövningar.

Numera använder vi oss också av ett prioriteringssystem i olika brådskegrader när vi ska kalla patienterna till be- handling.

Detta innebär:

*Brådskegrad 1 – Behandling inom
2 veckor*

*Brådskegrad 2 – Behandling inom
1 månad*

*Brådskegrad 3 – Behandling inom
3 månader*

*Brådskegrad 4 – Behandling efter
3 månader eller
kontroll*

Efter förstagångsundersökningen skriver vi ett svar till remitterande läkare, som då får veta vad sjukgymnasten funnit, patientens och vårt gemensamma mål med behandlingen samt resultatet av provbehandlingen. Även patientens regim och hemövningar samt prioriteringsgraden till behandling står på det första remissvaret.

Allt detta skrivs för att remitterande läkare snarast skall få veta att patienten är igång med rehabilitering och börjat få ta en hel del ansvar för denna själv. Om patienten skulle återkomma till sin läkare före behandlingens början är doktorn redan informerad om det gemensamma målet, och läkare och sjukgymnast kan gemensamt hjälpa patienten till samma mål.

För att underlätta den första informationen från doktorn till sjukgymnasten, har vi infört en bilaga till A5-remissen. Varje läkare skall där beskriva målet med den sjukgymnastiska behandlingen samt ge kompletterande uppgifter.

Då patienten undergår behandling skrivs alltid daganteckningar som stannar i sjukgymnastens arkiv. När patienten är färdigbehandlad skrivs sedan en slutanteckning till remitterande läkare och där informeras läkaren bland annat om patienten skall på återbesök och vad som är planerat för patienten.

Sjukgymnastens journalhandlingar har också fått en egen färg. Detta skall göra det enklare att leta i patientens läkarjournal om man vill ha information om patientens rehabilitering sjukgymnastmässigt.

Konklusion

Vi har använt oss av detta system i snart 2 år och vi upplever ett förbättrat samarbete samt att patienten känner sig omhändertagen. Läkarna har varit nöjda med det snabba remissvaret och patienten har upplevt att kommunika-

tionen mellan läkare och sjukgymnas- ter har givit dem en trygghet.

Under dessa 2 år har vi också börjat arbeta i rehabiliteringsteam, vilket bidragit till ett förbättrat samarbete och en minskning av patientens rehabilite- ringstid hos sjukgymnast.

Förutom allt detta fungerar fortfa- rande den informella kontakten mel- lan läkare och sjukgymnast, det vill säga direktkontakt eller kontakt per tele- fon.

Författarpresentation:

*Marie-Louise Weitoft-Sedsten,
distriktsjukgymnast*

Postadress Tiskens vårdcentral, Myntgatan 8,
79151 Falun Telefon 023-86707

Reflotron®

Svar medan
patienten
väntar



mannheim
boehringer

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

Sköterskebaserad diabetesmottagning vid Älvdalens vårdcentral – presentation och utvärdering

ANN-MARIE SILÉN · ASTA MARTINSSON

Nyinjättandet av en mottagnings-skötersketjänst vid Älvdalens vårdcentral 1980 blev incitament till en ny verksamhet med sköterskebaserad diabetesmottagning. Verksamheten rönt snabbt stor uppskattning bland patienterna som till följd av ökad kunskap om sjukdomen började ta mer aktiv del i behandlingen. Vid en uppföljning av diabetesinställningen före respektive efter 1980, då verksamheten startade, kunde man även objektivt visa förbättrad diabeteskontroll hos patienterna. Med andra ord ger sköterskans arbete resultat.

Nyckelord: Diabetes mellitus, primärvård.

Bakgrund

Efter många års anställning som undersköterska vid Älvdalens vårdcentral vidareutbildade sig Asta Martinsson till sjuksköterska och erhöll en nyinjättad mottagnings-skötersketjänst. Vi var överens om att på något sätt utnyttja det nytillskott av kunskap som utbildningen innebar och samtidigt kändes det angeläget att ge nya stimulerande arbetsuppgifter som en ren uppmaning och bevis på uppskattning.

En patientgrupp som gav läkaren mycket huvudbry och dåligt samvete var diabetikerna. Tiden som läkare ville aldrig räcka till för att ta upp en adekvat anamnes och ge tillräcklig information. Följden blev att många diabetiker hade en bristfällig sockerinställning. Det föll sig därför naturligt att lägga en del av dessa arbetsuppgifter på mottagnings-sköterskan. Efter viss utbildning i Dalby och senare vid Karolinska sjukhuset växte denna verksamhet gradvis fram under våren 1980.

PRESENTATION AV VERKSAMHETEN:

Nyupptäckta diabetiker – handläggning

Vid varje läkarbesök på mottagningen, oberoende av kontaktsak tas regelmässigt U-glucos, vilket frikostigt kompletteras med B-glucosbestäm-



Figur 1. Patienterna informeras mestadels på älvdalsmålet vid sköterskekontrollerna.

ning. Som en följd upptäcks diabetikerna ofta tidigt i sjukdomen. Man såg även ett kraftigt nytillskott under åren närmast efter 1980. När vi på så sätt finner en patient med debuterande diabetes blir hon/han redan samma dag omhändertagen av sköterskan för en första enkel information om diabetes. Vid täta initiala kontroller lämnas gradvis ökad information om sjukdomen och dess behandling.

Patienten får direkt lära sig att ta eget ansvar för behandlingen och ser mycket snart effekterna av ändrade kost- och motionsvanor på blodssockervärdet. Vid bristande kontroll trots adekvat kost/motion efter några veckor övervägs tablettbehandling, vilket givetvis alltid sker i samråd med behandlande läkare. När patienten har blivit välinställd övergår kontrollerna till besök hos sköterskan två till tre gånger per år med läkarkontroll en gång årligen. Om det skulle uppstå några problem, eller ändrad behandling övervägs, tar sköterskan alltid kontakt med läkaren.

Sköterskekontrollernas innehåll

Vid varje sköterskekontroll görs bestämning av B-glucos (ej fastevärde) och urinen kontrolleras med avseende på protein, glucos, ketoner samt bakterier. Vikt och blodtryck kontrolleras. I förekommande fall inspekteras injektionsställena. Man gör en noggrann genomgång av fotstatus vad avser cirkulationen, sprickbildning, sår, etc samt

poängterar vikten av noggrann profylax och egenvård. Patientens dagbok med uppgifter om egna kontroller av urinen, eventuellt även blodsocker, penetreras. Förekommande avvikelser analyseras och korrigeras vid behov beträffande kost- och motionsvanor.

Förutom dessa individuella sköterskekontroller ges även undervisning i grupp till patienterna och deras anhöriga. Vid behov informeras hemsamariter, personal vid servicehus och skolor, etc. Ortens livsmedelsaffärer har fått sitt sortiment för diabetiker granskade och olämpliga produkter har sorterats ut. Asta Martinsson är välkänd i Älvdalsbygden och har ofta god kännedom om patienternas sociala situation. Hennes information till patienterna sker dessutom mestadels på dialekten, som är Älvdalsmålet, vilket ger den närhet och trygghet vid konsultationen som borgar för optimal möjlighet att nå fram med information. (Figur 1.)

Årskontroll hos läkare

Varje diabetiker kontrolleras årligen hos läkare. Givetvis kan flera konsultationer förekomma vid till exempel andra eller komplicerande sjukdomar. I årskontrollen ingår även anamneshandläggning i avsikt att spåra diabeteskomplikationer. Rökvanor efterfrågas. Status noteras och man gör laboratorieundersökning enligt tabell I.

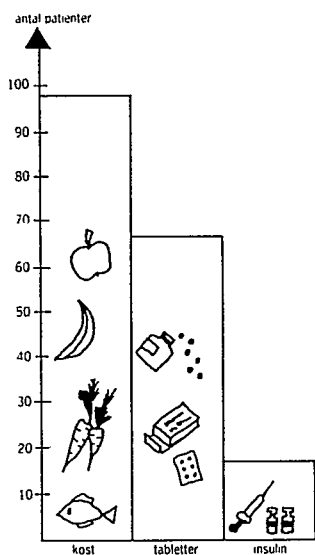
Verksamhetens mål

Med ökad kunskap om diabetesjuk-

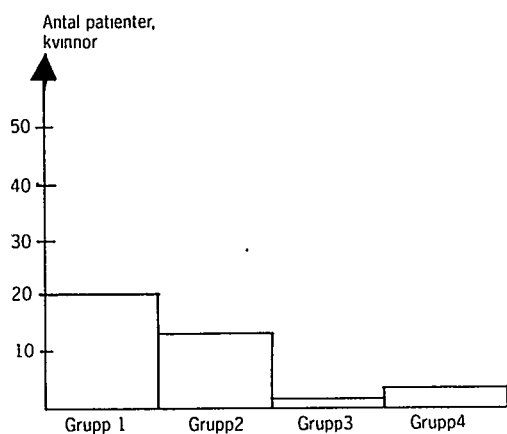
Tabell I.
Undersökningar som ingår i årskontroll hos läkare.

Status: Hjärta/lungor
Blodtryck
Perifera pulsar
Fotstatus avseende hud/microcirculation, ytlig och djup sensibilitet
Reflexer
Visus inklusive ögonbotteninspektion
Lab- us SR, B-Hb, S-Kreat
U-sticka, fB-glucos
B-HbA1c, vikt.

domen och dess behandling skall patienten uppmuntras att själv ta större ansvar för och aktiv del i behandlingen. Därigenom finns större förutsättningar för god metabol kontroll och riskerna för senkomplikationer minskar. Laboratoriemässigt har den gruppindelning som redovisas i tabell II använts som målsättning för diabetesinställningen av patienterna. Bästa möjliga kontroll - grupp 1 - eftersträvas för patienter med diabetesdebut före 60 års ålder samt för diabetiker som utvecklat komplikationer. Tämmligen god kontroll - grupp 2 - eftersträvas för patienter med diabetesdebut efter 60 års ålder, såvida komplikationer



Figur 2. Fördelning avseende olika typer av diabetesbehandling för alla kända diabetiker i Älvdalens vårdcentralens upptagningsområde hösten 1984.



Figur 4. Fördelning av alla kända patienter vid Älvdalens vårdcentral med diabetesdebut efter verksamhetens start 1980 avseende glucos-inställning enligt tabell II.

Tabell II.
Gruppindelning med avseende på glucos-inställning.

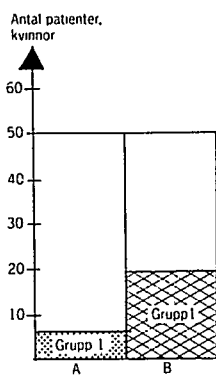
	Grupp 1	2	3	4
B-glc fastevärde: (mmol/l)	< 7	7-10	11-13	>12
B-glc ej fastevärde: (mmol/l)	<10	10-12	13-15	>15
Urinutsöndring: (%)	0	1/2-1	1,5-3	> 3

inte redan finns samt för yngre patienter med allvarliga organiska sjukdomar, exempelvis cancer.

Metod

När den sköterskebaserade diabetesmottagningen startade hösten 1980 lade man successivt upp ett kortregister på varje diabetiker som kom i kontakt med Vårdcentralen. Registreringen gjordes av sköterskan samt assisterande undersköterska vid läkarmottagningen. Om diabeteskontrollen av något skäl avbröts sorterades patienten ut ur registret.

Under hösten 1984 fick en av våra AT-läkare i uppdrag att göra en statistisk sammanställning av vårt diabetesmaterial utifrån kortregistret. För att även få kännedom om diabetiker, som ej kontrollerades eller var okända vid vårdcentralen, togs kontakt med diabetesmottagningen vid medicinkliniken Mora lasarett. Då alternativa diabetesvårdformer i praktiken ej finns inom upptagningsområdet, fick vi på detta sätt en bild över totalantalet kända diabetiker.

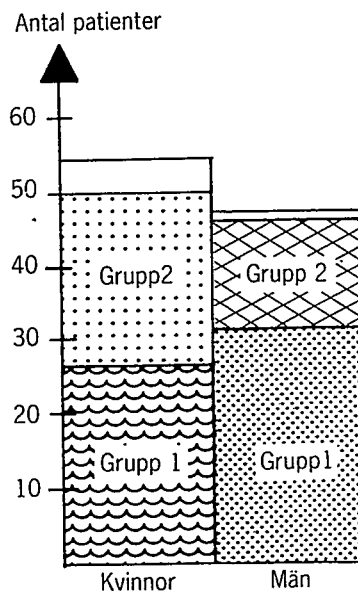


Figur 3. Diabetespatienter kontrollerade vid Älvdalens vårdcentral 1984 med diabetesdebut före 1980. Grupp 1 uppfyller kriterier på god kontroll enligt tabell II. A = medelvärden av de två närmaste kontrollerna före diabetessköterskans verksamhetsstart. B = Medelvärde vid de senaste två kontrollerna 1984.

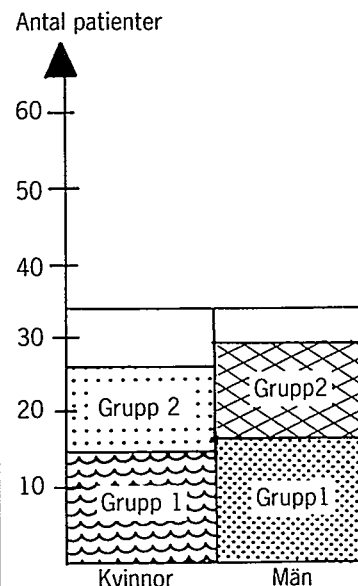


Resultat

Befolkningen inom upptagningsområdet räknade 5.557 personer, fördelade på 2.682 kvinnor och 2.875 män. Antalet kända diabetiker var vid detta tillfälle 179; 88 kvinnor och 91 män. Diabetiker räknade i procent av befolkningen uppgick således till 3,2 procent. Dessa patienters fördelning avseende kost, tabell- respektive insulinbehandling framgår av figur 2.



Figur 5. Aktuell glukosinställning för alla kända diabetiker med diabetesdebut efter 60 års ålder vid Älvdalens vårdcentral vid utvärdering hösten 1984. Gruppindelning enligt tabell II.



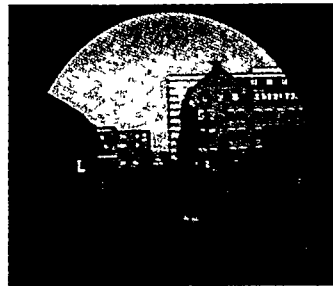
Figur 6. Aktuell glukosinställning för alla kända diabetiker med sjukdomsdebut före 60 års ålder vid Älvdalens vårdcentral vid utvärderingen hösten 1984. Gruppindelning enligt tabell II.

Sparlaget.

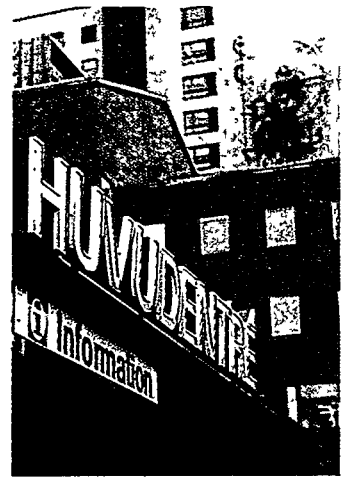
Sparar kalium med Spironolakton ACO.



Löwenströmska sjukhuset, Upplands Väsby



Lunds lasarett



Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg



Östersunds sjukhus



Jönköpings lasarett

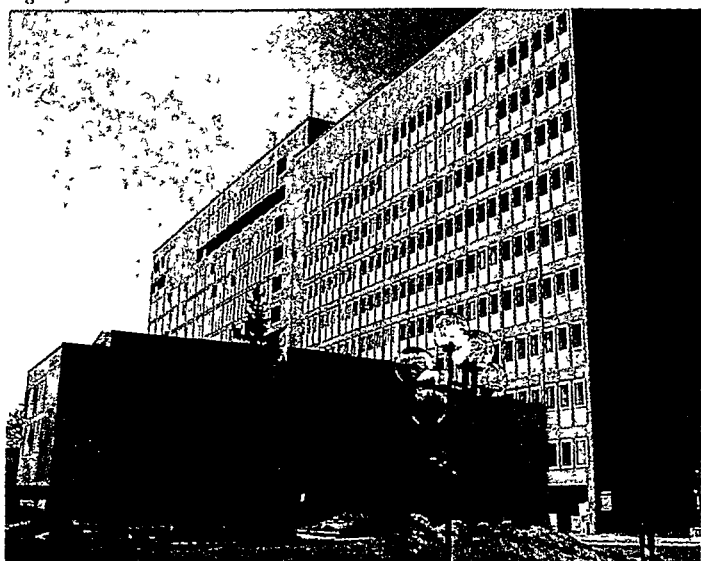


Gävle sjukhus



Piteå lasarett

Regionsjukhuset i Örebro



Spironolakton ACO nu på 8 av 10 sjukhus!

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

100 st Spironolakton ACO, 50 mg kostar 122.10. Varje burk Aldactone är över 45:— dyrare*).

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

Tabletter finns i styrkorna 25, 50 och 100 mg.

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

ACO — det svenska basläkemedelsföretaget.

*) Prisjämförelse i mars 1987; Aldactone ar 45:30 dyrare.

ACO Läkemedel AB, Box 3026, 171 03 Solna.

NB06212

Doktorn och spriten

PER LINDQVIST

För att utröna om diabetessköterskans verksamhet, frånsett nöjda patienter, kunde avläsas i faktiska siffermässiga resultat gjordes en sammanställning över de diabetiker som tidigare kontrollerats vid läkarmottagningen och således debuterat före 1980 med avseende på tidigare sockerinställning samt den aktuella. (Siffrorna vid sammanställningen är tagna som medelvärde av de två senaste kontrollerna oberoende av eventuell tillfällig försämring.) En klart ökad andel av diabetikerna tillhörde grupp 1 vid tiden för undersökningen jämfört med närmast föregående kontroll innan verksamheten startade 1980 (figur 3).

Av de diabetiker som debuterat efter verksamhetens start och således från början blivit behandlade av Asta Martinsson befanns en stor del tillhöra grupp 1, dock utan hänsyn tagen till sjukdomens svårighetsgrad (figur 4).

Av de 179 diabetiker som var kända i upptagningsområdet svarade vårdcentralen för behandlingen av 168. Resterande 11 kontrollerades vid medicinmottagningen, Mora lasarett. För att få svar på hur nära vi låg det uppsatta målet för diabetesinställning gjordes en sammanställning över patienter med sjukdomsdebut före respektive efter 60 års ålder (figur 5 och 6). Resultatet för den senare gruppen, debut efter 60 års ålder, är uppmuntrande med nära nog hundra procentig måluppfyllelse. För gruppen med debut före 60 års ålder är resultatet med sockerinställning enligt målbeskrivningen något sämre, vilket vi ser som en utmaning till ökade ansträngningar.

Diskussion

Den sköterskebaserade diabetesverksamheten vid Älvdalens vårdcentral har rönt stor uppskattning hos patienterna samtidigt som bättre kunskaper lett till ökat ansvarstagande av behandlingen. Den undersökning som gjordes hösten 1984 ses framför allt som en intern produktkontroll av verksamheten och vi gör inga anspråk på att ha genomfört en vetenskapligt oantastbar studie. Vi tar dock denna förbättrade diabeteskontroll som bevis för att mottagningsköterskans arbete har lönat sig och känner oss uppmuntrade att arbeta vidare. Ett gott lagarbete med vettig arbetsfördelning har utvecklats där bägge personalkategoriernas resurser av tid och kunskap har utnyttjats på bästa sätt.

Ytterst är dock förhoppningen att en bättre diabeteskontroll för den enskilda patienten skall innebära större välbefinnande, minskat behov av slutenvårdens resurser samt färre senkomplikationer.

Författarpresentation:

Ann-Marie Sillén, distriktsläkare och vårdcentralchef vid Älvdalens vårdcentral.

Asta Martinsson, mottagningsköterska vid Älvdalens vårdcentral.

Samhällets alkoholpolitik berör i högsta grad sjukvården. Att ta strid i alkoholfrågor är viktigt, anser läkarna på distriktsläkarmottagningar i Gagnef. De vill med följande lilla historia visa ett exempel på allmänmedicinsk verksamhet.

I Dalarnas hjärta, vid Älvarnas förening, den plats där Västerdalälven möter Österdalälven, ligger distriktsläkarmottagningen i Gagnefs kommun. Där kunde man i vintras läsa i lokaltidningarna att ett fritidsföretag i grannkommunen önskade flytta sin verksamhet till Gagnef och samtidigt uppföra en större affärsfastighet. Vissa villkor ställdes dock, varav ett fick fler än en av kommunens 10.000 invånare att hoppa till; kommunen skulle begära att Systembolaget etablerade en butik i affärsfastigheten.

Kommunstyrelsen och kommunalrådet var positiva till idén och av någon ännu outredd anledning var ärendet så brådskande att någon egentlig diskussion bland politiker och medborgare ej skulle hinnas med. Detta är desto mer besynnerligt som bygget skulle startas till våren och ett beslut från Systembolagets sida inte var att vänta förrän tidigast om ett par år.

Efter ett upprört samtal från en patient kom en skrivelse till kommunstyrelsen att författas av de tre tjänstgörande distriktsläkarna. Dessa beskrev det väldokumenterade förhållandet att ökad tillgänglighet av alkohol hittills endast har resulterat i ökad konsumtion. Detta faktum beskrevs som särskilt viktigt att begrunda just då, ty ortens största industri var vid aktuell tidpunkt på väg att friställa många anställda.

Samtidigt beslutade Socialnämnden att stödja en etablering av Systembolaget i kommunen. Detta ställningstagande belyser på ett vackert sätt de ansvarigas brist på förtrogenhet med de ibland trista villkor som folket utanför kommunalhusets väggar får leva med.

Läkarnas skrivelse refererades i lokaltidningarna och visade sig ge upphov till en mängd positiva reaktioner. Behovet att ta strid i frågan påpekades från flera håll och någon vecka senare samlades en handfull människor och bildade "Arbetsgruppen mot Systembolag".

Tiden var knapp men en namnsamling organiserades bland kommunens högstadielärover. Dessutom författades en skrivelse till partigrupperna i kommunalfullmäktige som därigenom

"tvingades" att diskutera frågan. Som väntat skar åsikterna tvärs igenom partierna; KDS och VPK stod dock enade mot ett Systembolag (med en representant var).

Vid omröstningen i kommunfullmäktige visade det sig att Systembolagets anhängare hade vunnit med minsta möjliga marginal. Av argumenteringen framgick att resultaten av den omfattande alkoholforskningen i vart fall inte når männen; 2/3-delar av dessa var för ett Systembolag. Än mer intressant var att kommunalfullmäktiges nio kvinnor alla motsatte sig ett Systembolag.

Lärdom

Vad lär oss nu denna historia? Jo, genom att sätta sig på tvären provocerar man fram en debatt som i sig är nyttig. Därutöver reses viktiga frågor: vem skall driva alkoholpolitiken: enskilda företagare, kommunalråd, organisationer eller spontant uppkomna opinionsgrupper? Används sysselsättningsargumenten som ett svepskäl av alkoholliberalerna? Vad har sport- och fritidsartiklar med alkoholutbud att göra?

Epilog

Snart sätts spaden i marken för affärsfastigheten någon kilometer från den plats där två stora älvar möts. Om några år finns där kanske också ett systembolag. Hoppet står då till att flödet ej blir lika våldsamt som höstens. Då var det nära att vårdcentralen underminerades och rasade ut i älvens grumliga vatten. Detsamma kan gälla sjukvårdens arbete – till skydd mot underminering bör ett offensivt förebyggande arbete bedrivas.

Författarpresentation:

Per Lindqvist

Läkarstation, Vårdcentralen Djurås,
Box 4, 780 41 Gagnef

Läkemedelsförskrivning och vårdkvalitet

OLLE HELLSTRÖM

På distriktsläkarmottagningen i Gagnef har vi under senare år börjat möta människor på ett kvalitativt genomtänkt sätt. Vi har övergått från ett mekaniskt-naturalistiskt till ett existentiellt-humanistiskt vägledande handlingsperspektiv. Kan en samtidigt förändrad farmakomsättning vara en effekt av denna perspektivförändring? Uppsatsen får inte uppfattas som ett försök att bevisa värdet av en teknik eller en metod. Den innehåller ett försök att visa värdet av humanvetenskaplig medvetenhet inom frontmedicinen.

Nyckelord: Läkemedelsförskrivning, primärvård.

Demografiska axplock

I Gagnefs kommun i Dalarna finns cirka 10 000 människor. Befolkningen är koncentrerad till åtta mindre samhällen uppbyggda kring mest förädling av skogsprodukter. På senare tid har ett administrativt centrum vuxit upp i Djurås med kommunalkontor, skola, försäkringskassa och vårdcentral. Vårdcentralen rymmer cirka 60 platser för långvård. Här finns plats för fyra distriktsläkare, distriktssköterskor, folk-tandvård med mera. Ett apotek försörjer hela kommunen. Förskrivna läkemedel distribueras dagligen till utlämningsställen i Mockfjärd, Dala-Floda och Björbo, 1-3 mil från vårdcentral och apotek.

Bakgrund till pågående förändringsarbete

1976 beslöt vi (min kollega Tore Hegle, jag och övrig personal) att på allvar försöka planera framåt i verksamheten på vårdcentralen och i kommunen. Vi stod inför ett i den öppna vården mycket vanligt dilemma. Verkligt nödvändiga förändringar i allmänläkarens vardagsarbete är ofta svåra att både motivera och mäta effekter av. Vi anade att identifierbara problem mer var av *kommunikativ* karaktär, än av medicinskt-teknisk kunskapsmässig natur. Vår arbetstid upptogs av för många och för ytliga möten med för hög förskrivning av mediciner och för täta återbesök.

Förändring av innehåll

Det är lättare att omorganisera sådana moment som vi tror oss kunna mäta på ett verklighetstroget sätt, än sådana

som berör förhållanden som vi inte har kontroll över. Vi kan kontrollera till exempel inbokning av patienter, olika formella åtaganden, vår arbetstids längd med mera. Det är också på motsvarande nivå i verksamheten vi tidigare gjort våra ytliga omdisponeringar varje gång påfrestningarna på mottagningen nått en kritisk nivå. Det kvalitativa innehållet i att möta människor har tagit lång tid att på allvar våga reflektera över. Längre har vi haft en ostrukturerad uppfattning om att grundproblemen bakom mottagningsverksamhetens relativa kaos går att administrera bort. Under åren 1979-1981 registrerade vi besöksdiagnoser. Utifrån en sammanställning och analys av dessa försökte vi sedan sanera verksamheten och åstadkom därigenom med traditionella mått mätt sannolikt en viss ökad effektivitet i arbetet.

Lerummodeller med flera

Det är naturligtvis inte möjligt att på rationell grund i förväg avgöra vilka frågor som döljer sig bakom det en patient presenterar i telefonen. Ytligt kan det röra sig om huvudvärk, yrsel, bröstsmärtor med mera. Inte heller går det att bestämma hur lång tid mötet kan ta. Hur ska en mottagningssköterska kunna "modulförhandla" i telefonen med en sådan patient? Tidsmodulindelningen av arbetsdagen står för en lika förförisk som falsk förhoppning om att kunna rationalisera arbetet genom ytlig omdisponering av tidsanvändningen. SPRI har engagerat sig för tekniskt administrativa lösningar på mänskliga problem: ett problem inom den humanistiskt orienterade förståelsesfären görs till en fråga för naturvetenskapsmän och teknokrater (1). Framgångsrika lösningar på kaotiska förhållanden har undanhållits medvetandet hos ansvariga läkare just genom att de låtit sig absorberas av naiv tilltro till möjligheten att administrera bort obalansen mellan tillgång och efterfrågan på sjuk- och hälsovård.

Manipulation och instrumentella lösningar

Om mötet mellan läkare och patient forceras till ett brådmoget slut på grund av tidsbrist, måste läkaren manipulera patienten i något avseende. Läkaren har inbyggt i sin position makt att på individuellt olika sätt markera att tiden för mötet börjar närma sig slutet. Ett recept i handen på patienten står för läkarens ordlösa uppmaning att det är tid att lämna rummet. Den

som försöker vinna tid (eller tjäna mer per tidsenhet som företagare) kan använda olika "knep" för att avsluta en konsultation: sjukgymnastikremiss, remiss till ortopedverkstad, till psykiater och andra organspecialister, lugnande besked, återbesök, blodtryckskontroll hos distriktssköterska och så vidare. Den fortlöpande troligen vanligaste manipulationen är att förskriva ett mer eller mindre verksamt, mer eller mindre skadligt farmaceutiskt preparat.

Gagnefbornas medicinkonsumtion

Om nu ett av våra delmål i mötet med patienten är en optimal teknikanvändning, måste vi ta oss den tid situationen kräver. Inte minst den passiviserade patienten själv kräver verksamma yttre åtgärder för att lösa svårigheter av allehanda slag. Man vill ha sömnmedel för att ta sig ur sömnsvårigheter. På samma sätt kräver människor ofta kemoterapi mot banala viroser. Livsstilsbetingade, diffusa magbesvär ses som föremål för medicinsk teknisk terapi. Ängest inför svåra framtida valsituationer uppfattas inte sällan som möjligt och lämpligt objekt för ångestlösande kemisk bekämpning och så vidare.

Sjukvården är som institution givetvis ansvarig för hur människor kommit att uppfatta arten av den hjälp de tror sig kunna få. Läkare har av hävd kommit att uppfattas som reparatörer. Vi möter de människor vi förtjänar.

Ett sätt att registrera resultatet av eller, empiriskt påvisbara *indikatorer* på ett innehållsmässigt annorlunda och mänskligare, mindre tekniskt förhållningssätt till patienter, är att följa tendenser i befolkningens farmakonsumtion. Detta under förutsättning att vi kan yttra oss någorlunda säkert om kvaliteten på vissa relevanta faktorer runt konsumtionen.

Apoteket i Gagnef servade under tiden 1977-1986 cirka 8.000 av de 10.000 människorna i kommunen. (Från och med 1987 servar apoteket hela kommunens befolkning.) Omkring 10.000 besök har registrerats årligen under motsvarande tid. Privatpraktikerverksamheten i kommunen har varit jämn och mycket marginell. Inte heller har tillgång till företagshälsovård eller annan medicinsk service ändrats under de nio år undersökningen gäller. Reciepeantalet har legat omkring 30.000 fram till 1981 för att sedan sjunka, mellan 1981-1983 till nuvarande nivå, omkring 24.000 per år.

För att kunna jämföra läkemedelskonsumtionen under olika år och mellan länder och samhällen har begreppet DDD/1.000 invånare/dag införts. Uppgifterna i figur 1-7 är hämtade ur Apoteksbolagets centrala statistiksystem. Uppgifterna om konsumtionen i Sverige och i Kopparbergs län är hämtade ur Svensk Läkemedelsstatistik (2).

Kemiska bekämpningsmedel mot ångestfylld medvetenhet

Inte sällan brukar patienterna i Gagnef begära förnyelse av recept genom att ringa eller skriva till mottagningen. För att komma till rätta med denna typ av "postordermedicinering" har jag skrivit brev till kunderna. De mediciner jag koncentrerat mig på i första hand är preparat ur grupp 11A. Mottagarna har till övervägande del känt sig respekterade när de erhållit och läst det jag skrivit.aktionen har givit mig både ökat mod och mer insikt i människors sätt att lösa frågor runt livsvillkoren.

Bästa NN!

Du har begärt att få tabletter för nerverna. Jag har läst igenom Din journal och undrar om det inte finns något annat än nervlugnande piller jag kan hjälpa Dig med. Jag mår oerhört illa av att medverka till att ge Dig gift i stället för att ta chansen att få prata med Dig och därigenom få lära mig hur folk har det och hur vi lever.

Ju mer jag satt mig in i det här, ju besvärligare har det blivit för mig att känna mig som en hel människa och vara omsorgsfull mot patienter, samtidigt som jag är efter år skriver ut medel som förhindrar oss att förstå hur och varför besvären uppkommer.

Oro är inte i första hand ett symptom på att det saknas orosdämpande läkemedelsprodukter i kroppen. I mycket sällsynta fall kan det behövas ett medel som grumlar vår förmåga att tänka klart. Det farligaste med att framkalla ett harmoniskt tillstånd på konstlad väg är att vi därmed ständigt skjuter upp att lösa de konflikter eller problem som ligger bakom oron. Till slut har tillståndet permanentats, blivit kroniskt. Vi vet inte längre vad det är som borde ha rättats till i tid.

Jag tror att vi människor lever och ser ut att ha valt att leva tillsammans för att vi glädje av samvaro, samtal, gemenskap. Jag tror att jag kan få ut väldigt mycket mer kunskap om människors liv, om Du kommer till mig och berättar vad det är som gör att Du är orolig, än om jag bara skriver ut recept med lugnande medel. Detta samtal kan bidra till att öka min förståelse av Dina och andras problem och hur samhället berör oss; avfolkning, oro för arbete, TV-kultur, näringspolitik, ensamhet, konsumtionshets, bekymmer för barn, framtid, sjukdom och så vidare.

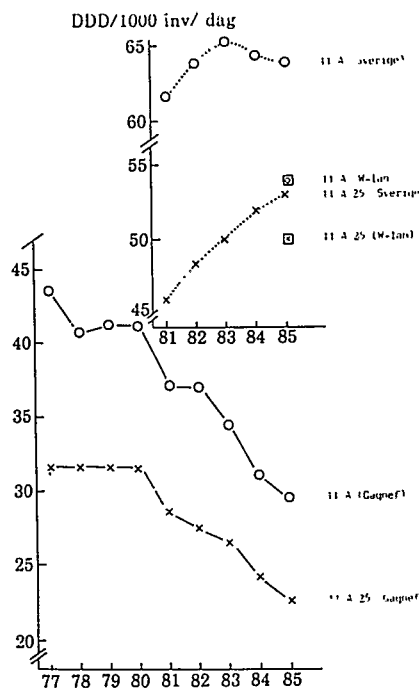
Vill Du hjälpa mig att hjälpa andra? Hör av dig och berätta. Jag är beredd att lyssna och lära. Vi kan säkert enas om någon bra lösning för just Dig. Se inte det här brevet som ett myndighetsutövande förtryck, utan som en medmänsklig gest, som är förenad med mycket mer omtanke än den likgiltiga rutinskrivning av recept jag borde ha upphört med för många år sedan.

Vänliga hälsningar

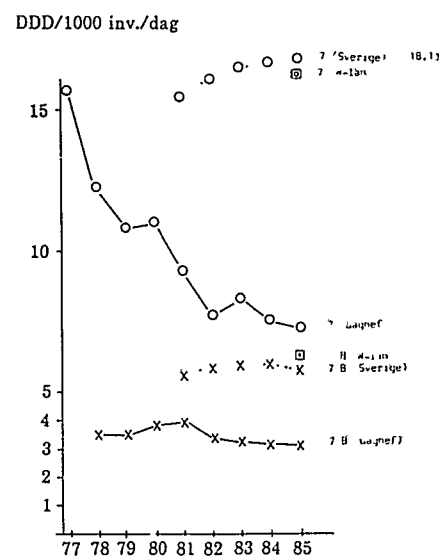
Detta schablonbrev kompletterat med ett mer personligt meddelande har kanske bidragit till utvecklingen av

konsumtionen av medel ur grupp 11A som den återspeglas i figur 1. Kanske avspeglar brevet mer mitt dialektiskt utvecklade förhållningssätt till människor än någonting annat. Emellertid är det intressant att jämföra trenden i Gagnef med den i landet vad gäller inte minst medel ur grupp 11A25.

Då jag i olika sammanhang presenterat det återgivna brevet har kolleger runt om i landet önskat få en kopia.



Figur 1. Försäljningen på apoteket i Gagnef av Hypnotika, Sedativa (grupp 11A) och Benzodiazepiner (grupp 11A25), registrerat i DDD/10000 invånare mellan 1977-1985. Figuren visar motsvarande konsumtion i Sverige under fem år och i Dalarna 1985.



Figur 2. Försäljningen på apoteket i Gagnef av kemoterapeutika (grupp 7) och "Penicilliner" (grupp 7B), registrerat som DDD/1000 invånare under 1977-1985. Figuren visar motsvarande konsumtion i Sverige under fem år och i Dalarna under 1985.

Detta belyser faran av att sprida en teknik eller en metod utan att den åtföljs av motsvarande utveckling av insikt i det förhållningssätt till människor som ligger invävt i vår genomreflekterade verksamhet, det vill säga i vår äkta praxis.

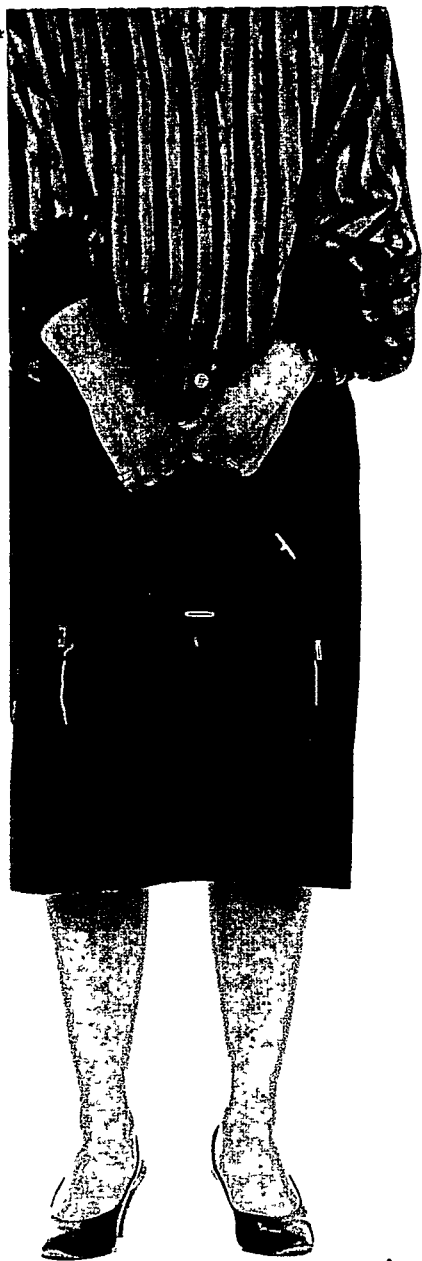
Infektionsutläkning med eller utan antibiotika

Med en enkel studie över utvecklingen av mediaotit med eller utan penicillin visade vi vägen för ett mindre tekniskt, mer mänskligt förhållningssätt inom ett av den medicinska naturvetenskapens mest centrala bastioner: den synliga organförändringen (3). I otitstudien försökte vi på ett kvasiexperimentellt sätt bevisa att mediaotit hos barn över två års ålder läker lika bra utan som med penicillin. I studien diskuterades inte att vi med vårt djärva grepp tvingat oss att ta ansvar för "oberövad erfarenhet". Vi kunde inte längre kalla allt mediaotit det barn skrek för bakom vaxfyllda hörselgångar och sätta penicillinrecept i händerna på barnens föräldrar. Vi var tvungna att lägga mer tid på att sätta korrekta diagnoser och på att följa trumhinnestatus, utläkning och så vidare. Vi måste tålmodigt lägga mer tid på långa samtal med oroliga föräldrar, som vant sig vid vårt tidigare "reflektionsexensiva rörelsemönster". Figur 2 visar utvecklingen av antibiotikakonsumtionen i Gagnef. Kurvorna för kemoterapeutisk behandling och "V-penicillin" kan tolkas på olika sätt. Det mest troliga är att vi ändrat vårt förskrivningsmönster från "breda" till "små" preparat. Nivån för V-penicillin är därför konstant fastän vi "vet" att vi i hög grad reducerat användningen av antibiotiska preparat vid behandling av övre luftvägsinfektioner och mediaotit.

Omsättningen av hjärt-kärlpreparat, antacida, spasmolytika och laxantia

Figur 3 visar förbrukningen av vätskedrivande medel och av digitalispreparat, vad gäller gruppen glucosider avviker konsumtionen i Gagnef mycket litet från genomsnittet i landet. Saluretikaförskrivningen är betydligt lägre hos oss än i landet i övrigt.

Figur 4 visar förbrukningen av antacida. Den sker till stor del utan att vi träffat konsumenterna. Preparat i gruppen spasmolytika är receptbelagda. Här visar naturligtvis även i Gagnef förbrukningen av H₂-antagonister en exponentiell utveckling. Utskrivningen av dessa medel sker huvudsakligen via länssjukhusets organspecialister. Ökad syraproduktion är nog inte enbart en teknisk fråga. Vi tror mer på samband mellan människans förändrade syraproduktion och hennes oförmåga att på ett framgångsrikt sätt orientera sig med ledning av hur hon uppfattar sina möjligheter i världen. Grundproblemet är av existentiell natur. Behandling med H₂-antagonister framstår i ett existentiellt-humanistiskt perspektiv alltför oreflekterad.

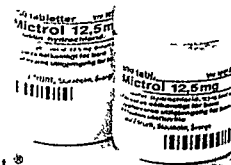


Alla tömmer inte blåsan nä

Uppskattningsvis 500.000 svenskar lider av urininkontinens*. Det är som en hel folkrörelse.

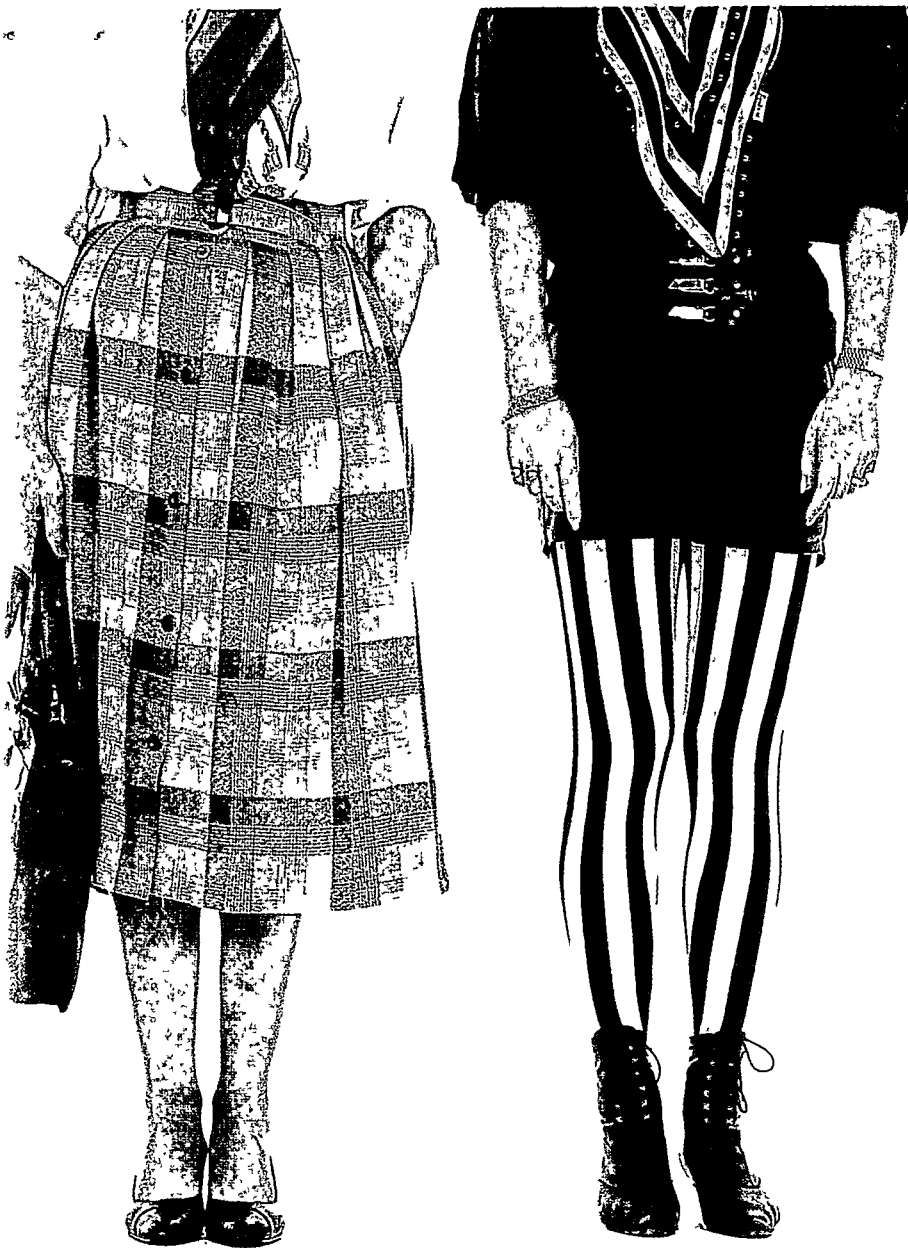
Många av dem kan få hjälp på medicinsk väg. Vid diagnos trängningsinkontinens, minskar Mictrol antalet trängningar och ökar blåsans förmåga att hålla urinen.

Mictrol absorberas fullständigt och har en biotillgänglighet på ca 90%. Omfattande kliniska undersökningar har visat goda resultat. Endast milda biverkningar har rapporterats.



MICTROL®

Effektivt vid trängningsinkontinens och täta trängningar.



de själva vill.

Produktinformation

Tabletter 12,5 mg

Medel vid blåsrubbningar

Deklaration. 1 tablett innehåller: Terodilin. chlorid. 12,5 mg, constit. et color (titan-dioxid) q.s.

Egenskaper. Terodilin (Mictrol) är en sekundär amin med antikolinerga och kalciumantagonistiska egenskaper. Djurexperimentella och in vitro studier på blåsa från patienter med detrusorinstabilitet har visat att dessa egenskaper verkar synergistiskt på relaxation av detrusormuskeln. Terodilin har visats öka blåskapaciteten och därmed minska miktionsfrekvensen hos patienter med cystometriskt verifierad motorisk trängningsinkontinens. Hos patienter med inkontinens minskar antalet inkontinensepisoder. Terodilin absorberas i det närmaste fullständigt från magtarmkanalen och har en ca 90-procentig biologisk tillgänglighet. Maximal plasmanivå uppnås efter ca 4 timmar. Halveringstiden i plasma är 2–3 dygn, vilket medför att steady state-nivåer i plasma uppnås efter 10–14 dagars terapi. Vid en dos av 50 mg per dag, eller 25 mg per dag till geriatriska patienter blir plasmanivån ca 400 µg/l, dock har stora individuella variationer observerats. Vid terapeutiska koncentrationer är ca 80–90% bundet till plasmaproteiner. Terodilin metaboliseras i hög utsträckning i levern och endast ca 5–15% utsöndras via urinen som oförändrad substans.

Indikationer. Täta trängningar och trängningsinkontinens vid instabil urinblåsa. Neurogena blåsrubbningar, t ex ohämmad blåsa och reflexblåsa.

Kontraindikationer. Urinretention.

Försiktighet. På grund av den antikolinerga effekten bör försiktighet iakttagas vid prostata-sjukdom eller andra blästömningshinder, retentionsventrikel och trångvinkelglaukom. Dessutom bör försiktighet iakttagas hos patienter med kraftigt nedsatt leverfunktion.

Graviditet och amning. Kategori B:2. Se speciellt avsnitt märkt [B]. Terodilin passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik vid terapeutiska doser.

Biverkningar. Mictrol kan ge muntorrhet med risk för tand- och munslimhinneskador vid längre tids bruk, ackommodationsrubbningar, minskat tårflöde, urinretention, obstipation, yrsel och takykardi. Tremor, illamående, bensvullnad och viktökning är andra rapporterade biverkningar.

Dosering. Individuell. I normalfallet ges 1–2 tabletter på morgonen och 2 tabletter till kvällen. Om uttalade biverkningar uppträder, rekommenderas p g a den långa halveringstiden att preparatet utsättes under 2–4 dagar varefter en lägre dos ges.

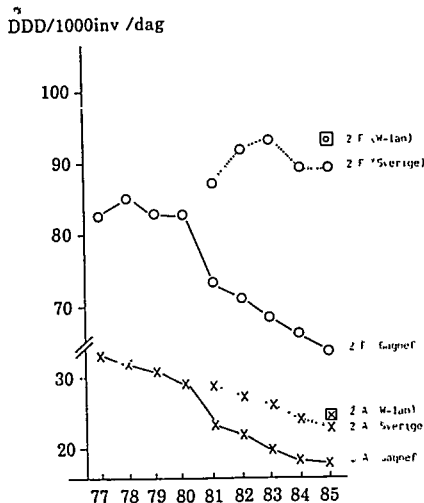
Till geriatriska patienter rekommenderas 1 tablett morgon och kväll.

Förpackning. Tabletter, glas à 100 resp 250 tabletter (vita, runda, kupade med präglning MC inom bågar, ø 6 mm).

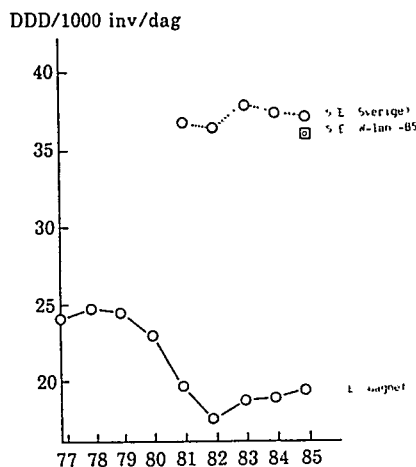
* Källa: Apoteksbolaget

Recip

112 87 Stockholm. Tel. 08-13 80 00.
Ingår i KabiVitrum AB.



Figur 3. Försäljningen på apoteket i Gagnef av Saluretika (grupp 2F) och Glucosider (grupp 2A), registrerat i DDD/1000 invånare under 1977-1985. Figuren visar motsvarande konsumtion i Sverige under fem år och i Dalarna under 1985.

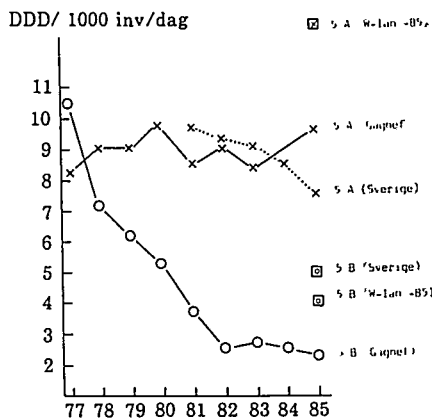


Figur 5. Försäljningen på apoteket i Gagnef av Laxantia (grupp 5E). Registrerat i DDD/1000 invånare under 1977-1985. Figuren visar motsvarande konsumtion i Sverige under fem år och i Dalarna under 1985.

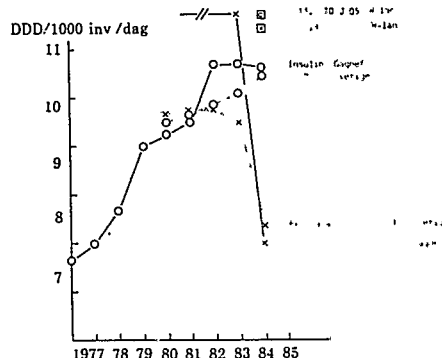
Laxantiaförbrukningen (figur 5) redovisas grafiskt för att läsaren skall kunna jämföra den markanta skillnaden mellan siffror för Gagnef och för Sverige. Våra höst- och vårträffar med apotekspersonalen har säkert haft betydelse. Troligen har våra medarbetare på apoteket bidragit mest till att utveckla sundare kost- och avföringsvanor i kommunen.

Omsättningen av insulin, andra diabetespreparat och medel vid rubbningar i sköldkörtelfunktionen

Uppgången i insulinomsättningen (figur 6) till en stabil nivå överensstämmer med trenden i landet. Likaså sänkningen av omsättningen av perorala diabetespreparat. Gruppen 10J10 har tappat konsumenter till både insulingruppen och till den grupp av människor som reglerar sin åldersdiabetes med enbart diet. Detta är i linje med god diabetesvård. (Förbrukningen av perorala diabetespreparat avviker



Figur 4. Försäljningen på apoteket i Gagnef av Medel vid hyperaciditet (grupp 5A) och Spasmolytika (grupp 5B). Registrerat i DDD/1000 invånare under 1977-1985. Figuren visar motsvarande konsumtion av medel ur grupp 5A i Sverige under fem år och i Dalarna under 1985.



Figur 6. Försäljningen på apoteket i Gagnef av Insulin (grupp 10J05) och av perorala diabetespreparat (grupp 10J10) registrerat i DDD/1000 invånare under år 1977-1985. Figuren visar motsvarande konsumtion i Sverige under fem år och i Dalarna under 1985.

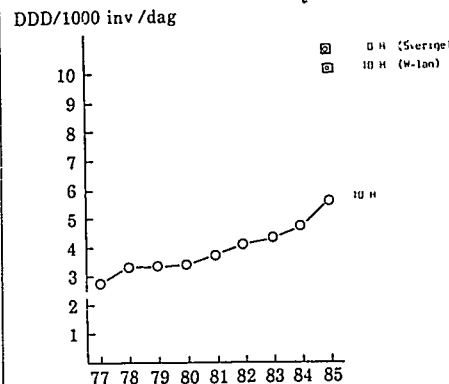
markant i Dalarna från medelvärdet i Sverige.)

Figur 7 visar (tillsammans med figur 6) att de grupper av mediciner där en gradvis stegring av förbrukningen går att motivera rent medicinskt tekniskt också används i ökande omfattning i Gagnef. Jag har tagit med gruppen 10H (Levaxin) just för att jag bedömer förskrivningen av dessa medel relativt fri från modeväxling och andra motiv än rent medicinska. Specialistläkare på länssjukhuset antar att redovisad ökning i Gagnef mest speglar det förhållandet att ansvaret för strumavården i hög utsträckning återlämnats till distriktsläkare (4). Patienterna köper sina mediciner på apoteket i Gagnef, när de gör sina kontroller på vårdcentralen.

Diskussion

Dokumenterade trender i farmakaomsättningen i Gagnef visar, menar jag, att den medicinska verksamheten i distriktet genomgått en kvalitativ förändring i humaniserande riktning det senaste decenniet.

En diffus symptompresentation kan symbolisera patientens vilsegånghet.



Figur 7. Försäljningen på apoteket i Gagnef av Thyreoideapreparat (grupp 10H) registrerat i DDD/1000 invånare under 1977-1985. Figuren visar motsvarande konsumtion i Sverige och i Dalarna under 1985.

problemet kan med fördel primärt uppfattas som en disharmoni mellan patientens aktuella möjligheter och närda hopp om att uppleva betydelsefullhet. Problemet kan med andra ord sortera under avdelningen relationer, fastän patienten presenterar sig med en kroppslig-teknisk felfunktion av absolut slag. Yrseln till exempel är i detta perspektiv en förkroppsligad metafor, ursprungligen avsedd att förmedla begriplig information om upplevd vanmakt, det vill säga social oförmåga, existentiell desorientering.

Kanske har vi i Gagnef gradvis utvecklat kompetens att i möten med människor se när de absoluta tekniska, åtgärdbara felen är för handen respektive när problemen är av det slaget att patienten måste inspireras att utveckla egen förmåga att återerövra sin hälsa. Det är lika felaktigt att inte behandla den som bör behandlas som att behandla någon som har som mål med besöket att - visserligen i maskerad språklig dräkt - förmedla information om sin existentiella desorientering. Den senare söker förståelse. Subjekt-subjektbaserad dialog är det medium i vilket patienten inspireras att återetablera kontakten med hoppet och finna vägen ur sin relativa förtvivlan.

Finns det något påvisbart samband mellan ett ändrat förhållningssätt till patienter i humaniserande riktning och registrerad förändring av trenden i farmakaomsättningen i ett distrikt? Ja, men kopplingarna är så komplexa och variablerna av sådant slag att det inte är möjligt att *bevisa* samband mellan registrerad trend och ett litet antal kontrollerbara orsaksfaktorer. Och varför skulle jag för resten försöka *bevisa* värdet i praktiken av att jag som läkare låter mig vägledas av axiomet "människor förstås bäst som människor".

Vilka frågor ställer sig läsaren? Flyr patienterna vårdcentralen i Gagnef? Gör de sina inköp i Borlänge och Falun i samband med besök hos specialister och privatpraktiker? Informella kontakter med lasaretsläkare har inte givit oss några säkra tecken på att den

tekniskt begripliga värden missköts hos oss. Recipestatistiken på apoteket i Gagnef och besöksstatistiken på vårdcentralen talar emot att patienter skulle vara missnöjda med den service vi tillhandahåller. Landstingets egen statistik visar inte att Gagnef i något avseende avviker från andra jämförbara primärvårdsdistrikt vad gäller konsumtionen av slutna somatisk korttidsvård eller vad gäller besök hos specialist per invånare (5). Besöksfrekvensen på vår egen mottagning är sedan många år 1/person och år. På apoteket har man en känsla av att köproheten är hög och att en del av trenden i presenterade kurvor kan förklaras genom ökad "patientcompliance" (usch, vilket ord.) Detta kan tolkas som resultatet av förbättrat samförstånd mellan läkare och patient, även vad gäller behovet att ta förskrivna tekniska medel.

Sammanställningen av apotekbolagets statistik bör därför uppfattas som stöd för min argumentation i riktning mot ett förmänskligande förhållningsätt till patienten. Om vi behandlar patienter som om de endast är föremål för vår kunskapsutövning, är vi som läkare hänvisade till tekniska medel, varav medicinförskrivning dominerar.

Om vi är benägna att i möjligaste mån inspirera människor att använda sin egen förmåga, använder vi mindre teknik. När patienten presenterar sin situation med diffusa organfellsliknande symptom uppstår en konflikt hos läkaren mellan beredskapen att intervensera och hjälpa och att vara öppet sökande inspiratör och kraftkälla. Polerna motsvarar natur- respektive humanvetenskapligt orienterade föreställningar om människan.

Trenden i framför allt psykofarmakaomsättningen i Gagnef (figur 1) speglar en gradvis och dialekiskt utvecklad insikt hos oss läkare: Det är okänsligt att uppfatta människors budskap om vanmakt och existentiell desorientering som "störningar i maskineriet" även om den mest rimliga innebörden presenteras maskerad med sjukdomsliknande metaforer eller symbolspråk. Å andra sidan antyder trenden i omsättningen av insulin (figur 6) och thyroideapreparat (figur 7) att vi verkligen använder oss av medicinsk teknik när den är lämplig och oersättlig.

Omsättningen av kemoterapeutiska preparat (figur 2) liksom omsättningen av Glucosider (figur 3), antacida och spasmolytica (figur 4) och laxantia (fi-

gur 5) talar för huvudtesen i uppsatsen: när läkaren har mod att tolka symp-tompresentationen som om patienten ägde förmåga och benägenhet att använda kroppen som budskap om svårigheter i relationen människa-värld, då minskar också användningen av medicinsk teknik.

Litteratur

1. SPRI-rapport 3.77. Handbok för löpande vårdplanering vid vårdcentralen i Lerum. Projekt 3040.
2. Svensk Läkemedelsstatistik 1985. Apoteksbolaget, Stockholm.
3. Börjesson U, Hegle T, Hellström O. Otit-behandling utan antibiotika. Allmänmedicin 1983; 4:163-4.
4. Arosenius K-e. 1987 (personlig korrespondens).
5. Kopparbergs läns landsting. 90-talets länsjukvård. Diskussionsunderlag. Falun 1987.

Författarpresentation

Olle Hellström, distriktsläkare.

Gagnefs vårdcentral, 780 41 Gagnef.

MASTERKURSER I PUBLIC HEALTH I STOCKHOLM 1987/88.

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

Kursen består av två separata delar:

Del 1 – Planering 14–25/3 och 11–22/4 1988

Del 2 – Prevention hösten 1988

Kursansvariga är docent Finn Diderichsen och doktor Johan Hallqvist (del 1) samt professor Leif Svanström och medicinske doktor Bo Haglund (del 2).

Ansökan skall göras på särskild blankett och insändas senast den 10 januari 1988 (del 1).

Upplysningar och anmälningsblankett kan erhållas av sekreterare Märta Lundström, Institutionen för socialmedicin, 172 83 Sundbyberg, telefon 08-989500.

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

Kursen består av två separata delar:

Del 1 – Grundkurs: epidemiologi och biostatistik hösten 1987.

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

Del 1 – Grundkurs: epidemiologi och biostatistik hösten 1988.

Kursansvariga är professor Anders Ahlbom och doktor Maria Gerhardsson (del 1+2).

Ansökan skall göras på särskild blankett och insändas senast den 1 december 1987 (del 2).

Upplysningar och anmälningsblankett kan erhållas av doktor Maria Gerhardsson eller sekreterare Gun-Inger Loboda, SML, Box 60208, 104 01 Stockholm, telefon 08- 236900.

Kursen i miljömedicin anordnas av hygieniska institutionen, Karolinska institutet i samarbete med Nordiska Hälsovårdshögskolan och Socialstyrelsen. Kursen kommer att godkännas som del av Masterutbildning.

Kursen består av två separata delar:

Del 1 – Miljömedicin I 29/2–25/3 1988

Del 2 – Miljömedicin II 5/9–30/9 1988

Kursansvariga är professor Lars Friberg och docent Monica Nordberg (del 1+2).

Upplysningar och anmälningsblankett kan erhållas av docent Monica Nordberg eller sekreterare Eva Undsén, hygieniska institutionen, Karolinska institutet, Box 60400, 104 01 Stockholm, telefon 08-340560.

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 erytromycinylsuccinat 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. Läkemedelsboken 87/88, Apoteksbolaget, sid 1011.

ABBOTICIN® NOVUM Antibiotikum Grupp 7B 3005 R

Deklaration. 1 tablett à 500 mg innehåller: Erythromycin ethylsuccin. resp. erythromycin. 500 mg constit. et color (kinolngult) q.s.

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

Absorptionen av erytromycinylsuccinat är något lägre än för erytromycinstearat (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, legionärsjuka samt stafylokokinfektioner. Infektioner orsakade av Chlamydia trachomatis, t.ex. icke-gonorroisk uretrit, cervicit samt konjunktivit och pneumoni hos spädbarn.

Biverkningar. Gastrointestinala besvär i form av magknip, illamående och diarré kan förekomma, särskilt vid höga doser. Dessa biverkningar kan försvinna under pågående behandling. Liksom vid annan antibiotikaterapi kan, speciellt vid långtidsbehandling eller 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 08-752(X)50.



Fästingsbett i vintermörkret

Två knepiga fall av Borreliainfektion i primärvården

LB0 6214

TORE HEGLE · ULF BÖRJESSON

Att vara allmänläkare kan vara nog så knepigt ibland, då åkommorna är legio och ibland döljer sig i en mångfald av svårtolkade symptom. Tidsbristen är vår stora fiende och rätt diagnos hade lätt kunnat missas i ett av de två fall av fästingsburen spiroketsjukdom som beskrivs i denna artikel. Det hade varit lätt att slå sig till ro med diagnosen ischias.

Tack vare att vi efter diagnosticerandet av första fallet hade mycket diskussioner om sjukdomen och även gjorde en del litteraturstudier, var det naturligare att tänka på möjligheten av fästingsburen spiroketsjukdom när den kvinnliga patienten inlades på sjukhemmet.

*Tidigare har vi inte trott att fästingsöverförd spiroketsjukdom var särskilt vanligt i vårt län. På kort tid diagnosticerar vi emellertid två fall i en kommun med 10.000 invånare. Vi har efter detta frågat oss om det genom åren inte har varit en och annan patient som har förblivit odia-
gnosticerad.*

Nyckelord: Borreliainfektion, diagnostik, erythema chronicum migrans, senil demens, neuropathi.

Fästingsöverförd spiroketsjukdom är troligen vanligare än vad man hittills har räknat med, åtminstone i mellersta och sydligaste Sverige. Från Stockholmstrakten rapporterades 1983 22 fall. Från hela landet rapporterades 1984 till Statens bakteriologiska laboratorium 79 fall av Borreliainfektion med neurologiska symptom. Av de 256 patienterna som 1985 fick diagnosen Borreliainfektion var en smittad i Kopparbergs län (1).

Att man bör ha sjukdomen i åtanke även i Kopparbergs län, till och med i bister vinterkyla, visar de två sjukhistorierna i denna artikel.

Historik

Den svenske dermatologen Afzelius var den förste att beskriva sambandet mellan fästingsbett och hudsjukdomen Erythema chronicum migrans. Efter honom har hudsjukdomen kommit att kallas Erythema Chronicum Migrans Afzelius (ECMA).

Erythemet börjar på platsen för ett fästingsbett, breder vanligen ut sig ganska långsamt och bleknar centralt. Inom cirka ett år har erythemet spontanläkt.

Man kan inte räkna med att anamnetiskt alla gånger få uppgift om fästingsbett, det finns studier som visar att mindre än hälften av patienterna med okomplicerad ECMA gav anamnes på föregående fästingsbett (2).

I USA rapporterades under mitten av 70-talet ett sjukdomstillstånd kännetecknat av arthritiser som föregåtts av EMCA-liknande hudförändringar. Man fann också att de drabbade ibland utvecklade symptom från nervsystemet och hjärtat. Sjukdomen benämndes Lyme disease. Det konstaterades att sjukdomen orsakades av spiroketer som överfördes genom fästingsbett (3).

I början av 80-talet rapporterades även från Sverige ett snarlikt sjukdomssyndrom, och koppling gjordes till rapporterna om Lyme disease i USA. Man fann att sjukdomen även i Sverige förorsakades av spiroketer tillhörande släktet Borrelia. Spiroketerna vid Lyme disease och de svenska ECMA-relaterade tillstånden är dock inte identiska (4).

Klinik

På stället för fästingsbettet utvecklas en hudrodnad som så småningom breder ut sig till ett klassiskt ECMA, ofta har patienten samtidigt allmänsymptom som huvudvärk, lite feber, trötthet och diffusa ledsmärtor. Förutom ECMA ser man under denna fas av sjukdomen ibland en annan hudmanifestation, nämligen Lymfadenositis benigna cutis. Man har kunnat odla spiroketer från hudbiopsier vid denna sjukdom. Det är oftast barn som drabbas, man finner blåroda hudinfiltrat lokaliserade framför allt till örsnibb eller mamillområde.

Hudmanifestationerna finns i vad man kallar stadium I av sjukdomen. De flesta patienter i detta stadium spontanläker förmodligen, men en del övergår så småningom i stadium II som kännetecknas av extrakutana manifestationer.

Troligen kan spiroketer invadera nervsystemet, och vid obehandlad sjukdom kan den smittade utveckla en rad neurologiska symptom. Symptomen kan vara av meningeal karaktär och yttra sig som en serös meningit. Samtidigt finns också allmänpåverkan med trötthet och illamående. Nackstelhet är däremot ovanligt.

Vid centralnervöst engagemang kan differentialdiagnosen gentemot cerebrovasculär sjukdom, hjärntumör och demens vara svår (5).

Perifera nervsymptom i form av radikulära smärtor lär ska vara relativt vanliga. Tillståndet tolkas lätt som diskbräck. Facialispares har funnits hos rätt många av patienterna med Borreliainfektion i perifera nervsystemet (2).

Något vanligare än neurologiska komplikationer anges i stadium II vara recidiverande eller kroniska arthritiser, oftast mono- eller oligoartriter afficerande stora leder.

Cardiella komplikationer i form av peri-myocarditer med ibland allvarliga arytmier förekommer också.

Hudsjukdomen Acrodermatitis Chronica Atroficans (ACA) är ytterligare en sen komplikation vid Borreliainfektion och brukar hänföras till vad som kallas stadium III. Sjukdomen är känd sedan början av 1900-talet, och redan 1949 fann man att ACA framgångsrikt kunde behandlas med penicillin. Det är dock först de senaste tio åren man har funnit sambandet mellan ACA och Borreliainfektion.

Diagnostik

Vid en klassisk ECMA är diagnosen som regel relativt lätt att ställa. Betydligt svårare är det om patienten befinner sig i något av de andra stadierna.

Vid klinisk misstanke kan diagnosen verifieras genom serologisk diagnostik med ELISA eller indirekt immunfluorescenssteknik.

När det gäller okomplicerad ECMA finns förhöjda titrar endast i en mindre procent av fallen (6). Borreliaserologin är oftare positiv vid Lymfadenositis benigna cutis.

Vid extrakutana manifestationer är det betydligt större chans att finna höga antikroppstitrar. Vid neurologiska symptom är det emellertid inte alltid att antikroppstitrarna är höga i serum, däremot oftast förhöjda i spinalvätska. Vid misstanke om neurologiska komplikationer till Borreliainfektion, rekommenderas därför att serologi görs såväl i serum som spinalvätska.

Behandling

Behandling vid okomplicerad ECMA och ACA är fenoxymetylpenicillin. Till vuxna ges 2 gram/dag i tio dagar vid ECMA och 2-3 gram/dag i tre veckor vid ACA.

Vid ECMA-relaterad neurologisk sjukdom är spiroketer inte tillgänglig för peroral behandling, man ger då i stället intravenöst Bensylpenicillin. Till vuxna rekommenderas 3 gram Bensylpenicillin fyra gånger dagligen under minst tio dagar.

Det finns rapporter om positiv effekt av penicillinbehandling även vid

ECMA-relaterade arthrit. När det gäller behandling av kardiella komplikationer är emellertid rapporterna något mer osäkra, och troligen krävs större material för att fastställa optimal terapi.

Fallbeskrivningar

Här följer en presentation av två fall diagnostiserade som Borreliainfektion. Den ena patienten hade sjukdomen i ett tidigt stadium, vilket gjorde att diagnosen inte blev särskilt svår. Den andra patienten hade gäckt sjukvården troligen i flera år och hade utvecklat symptom från centrala nervsystemet, snarlika dem vid presenil demens.

Första patienten var en 73-årig man som sökte på distriktsläkarmottagningen därför att han sedan några månader hade haft dyspeptiska besvär. Han hade tidigare behandlats för recidiverande duodenalulcera. Förutom sina magbekymmer hade han också i många år haft ryggsmärtor, ibland också vad som tolkades som ischias.

Vid den aktuella konsultationen berättade patienten att han hade haft det jobbigare än vanligt med ryggsmärtor och de senaste tre veckorna hade han haft smärtor i hela vänstra benet, samt en stickande obehagskänsla på insidan av och ovanför knäet. Ibland tyckte han att han nästan kände sig bortdomnad i det aktuella området. Cirka en månad innan konsultationen hade han sett en röd fläck på insidan av vänster knä.

Vid undersökningen befanns patienten ha en lätt nedsatt känslighet för smärta i ett område medialt om och ovanför vänster patella. Lasague's prov var negativt och de djupa senreflexerna symmetriska, dock något svaga generellt.

På vänster klinka var huden lätt rodnad i en fin bågförmig rand, cirka 10 cm lång. Vid förnyad granskning av vänster ben kunde man också ana en likartad hudförändring distalt på underbenet.

På grund av hudförändringen väcktes tanken på ECMA och den röda hudförändringen patienten själv hade iakttagit, på insidan av knäet några veckor innan, tolkades som den första kutana manifestationen av Borreliainfektion. Något fästingsbett kunde emellertid inte patienten erinra sig. Förutom hudförändringarna och de neurologiska symptomen hade patienten allmänsymptom i form av trötthet, lite huvudvärk och aptitlöshet.

Serum skickades till SBL för Borreliaserologi och patienten befanns ha ett högt titer, 1.370.

Diagnosen, "Borreliainfektion" ansågs vara säker med positiv serologi och rätt typisk klinik för ECMA och perifer neuropati.

Patienten inlades på vårdcentralens avdelning och behandlades med Bensylpenicillin intravenöst, 3 gram fyra gånger dagligen.

Redan någon vecka efter insatt be-

handling angav patienten förbättring med avseende på såväl allmänsymptom som smärta i benet. Sensibilitetsnedsättningen kvarstod dock.

Titer har varit ständigt sjunkande vid kontroller efter behandling.

Andra patienten är en 71-årig kvinna som i början av 1980 fick tilltagande besvär från vänster ben; hon kände svaghet och hade dålig styrka vid gång på ojämn mark. Efter några år tillkom skakningar och ryckningar i vänster ben, lite i vänstra armen samt fumlighet i vänster arm och hand. Inga smärtor, urinvägs- eller gastrointestinala symptom.

1985-08-08 gjordes datortomografi som visade tecken på lätt atrofi av lillhjärnan och ett generellt något vidgat ventrikelsystem, mer på vänster än på höger, sannolikt även en lätt atrofi supratentoriellt.

Vid undersökning hos neurolog våren 1986 uppvisade patienten rubbad gång; gick med böjda knän, kraftigt framåtböjd. Hon klarade inte hålstående på vänster ben. Inga muskelatrofier. Relativt god kraft i övre och nedre extremiteterna vid prövning i liggande. Reflexmässigt inga säkra skillnader i armarna, vänster patellar något livligare än höger patellarreflex. Akillesreflexer utan anmärkning. Ingen positiv Babinski. Finger-näs utan anmärkning. Knä-häl lätt ataxi bilateralt, särskilt vänster. Sensibiliteten utan anmärkning. Inga tungfibrillationer. Ingen facialis pares. Svalgmotorik utan anmärkning. Inga ögonmotorikstörningar. Normala ögonbottnar.

Man konkluderade med att patienten hade en hjärnatrofi.

Patienten försämrades gradvis och fick mycket svårt att gå. Vänster ben blev ännu svagare, dessutom tillkom talsvårigheter. Inga tecken på facialis pares.

Patienten inlades på vårdcentralens avdelning i februari i år därför att hon blev allt mer svårskött och krävde passning en stor del av dygnet. Maken hade i stort sett skött henne helt senaste månaden.

Serum för Borreliaserologi togs och patienten befanns ha hög titer med ELISA 1220 och med IMF 1/160.

Med diagnosen "Trolig Borreliainfektion" behandlades patienten med Bensylpenicillin intravenöst. Uppföljning med liquorserologi och kontroll av serumtiter planeras.

I skrivande stund är det svårt att uttala sig om någon förändring i patientens tillstånd har skett, då kort tid har förflutit sedan behandling insattes. Påpekas kan dock att många i patientens omgivning har reagerat över att hon talar bättre.

Diskussion

Den äldre mannens sjukhistoria visar hur lätt det kan vara att misstolka de ibland ganska diskreta neurologiska symptomen vid Borreliainfektion. Det låg nära till hands att hänföra besvären

i benen till de tidigare konstaterade kroniska ryggbesvären. Hudmanifestationerna var ytterligt diskreta, men när man först upptäckte dem var de rätt typiska. Då patienten konsulterade i januari månad, var fästingsbett inte det första man tänkte på. Denna patients sjukhistoria visar emellertid att fästingsburen Borreliainfektion är en diagnos att räkna med hela året, något som också har påpekats i tidigare rapporter (1).

Betydligt svårare var diagnosen att ställa i kvinnans fall. Då vi inte har undersökt spinalvätska och inte har anamnes på ECMA eller andra tidigare manifestationer, borde man i hennes fall kanhända begära sjunkande titer efter behandlingen för att säkerställa diagnosen. Vi tillåter oss ändå att tro att hennes centralnervösa symptom är en följd av Borreliasiroketos.

Mycket på grund av ett flertal rapporter om fästingsburen Borreliainfektion i fackpressen senaste åren har medvetenheten om sjukdomens existens ökat. I samband med detta har det skett en kraftig ökning av antalet prov till Statens bakteriologiska laboratorium för serologisk Borreliadiagnostik (1).

Ökad medvetenhet om sjukdomen leder till tidigare behandling och därigenom mindre risk för patienten att drabbas av senkomplikationer.

Litteraturförteckning

1. Hederstedt B, Hovmark A, Stiernstedt G, Åsbrink E. Borreliadiagnos aktuell året om visar serologisk undersökning av 1985 års fall. Läkartidningen 1986; 83:3987-3989.
2. Åsbrink E, Hovmark A, Olsson J, Hederstedt B. Fästningsöverförd Borreliasiroketos i Sverige. Irreversibla förändringar kan uppstå om inte till synes banala och självläkande symptom behandlas. Läkartidningen 1985; 82:2681-2683.
3. Ryberg B. Nya rön kring Lyme disease. Bannvarths syndrom och andra fästingsburna spiroketinfektioner. Läkartidningen 1984; 81:1399-1400.
4. Stiernstedt G. Tick-borne Borrelia infection in Sweden. Scandinavian Journal infect Dis 1985; suppl. 45.
5. Carlsson M, Grotte C. Borrelia-infektion gav demensutveckling. Skärpt uppmärksamhet på tidiga stadier krävs. Läkartidningen 1987; 84:635-636.
6. Åsbrink E. Erythema Chronicum migrans Afzelius and acrodermatitis chronica atroficans. Early and late manifestations of Ixodes ricinusborne Borrelia-spirochetes. Acta Derm Venereol (Stockholm) 1985; suppl. 118.

Tore Hegle, distriktsläkare

Vårdcentralen, Gagnef, 780 41 Gagnef.

Ulf Börjesson, distriktsläkare

Vårdcentralen, Gagnef, 780 41 Gagnef

Hälsoproblem hos fränskilda män

HANS HALLBERG

130 6215

En undersökning har utförts i Borlänge i syfte att belysa livssituation och hälsotillstånd hos en grupp nyligen fränskilda medelålders män genom postenkät och kostnadsfri hälsoundersökning. Andelen daglig-rökare och alkoholhögkonsumenter var stor. Hälften av männen uppgav psykiska besvär. Kontakterna med primärvården utgjordes dock nästan uteslutande av akutbesök på grund av infektioner, skador och värksymptom. Sjuktalet under skilsmässåret var avsevärt högre än de föregående åren. Erfarenheter av ett interventionsförsök i form av distriktsläkarmedd samtalsgrupp redovisas och diskuteras närmare.

Nyckelord: Enkätundersökningar.

Bakgrund

Fränskilda medelålders män har betydligt högre dödstal än gifta män i motsvarande åldrar (1). Den förväntade återstående livslängden vid 50 års ålder är drygt fem år mindre för den fränskilde än för den gifte mannen (2). Gruppen fränskilda män har också högre utnyttjande av slutna somatisk sjukvård (3,4) samt akutbesök inom öppen somatisk vård (5).

Trots att det rör sig om en stor grupp (ungefär 8 procent av den vuxna befolkningen) med kraftig förhöjd risk för såväl sjuklighet som död i förtid saknas inom primärvården försök till mera systematiska preventiva insatser. I syfte att dels närmare beskriva hälsotillstånd och levnadsbetingelser hos en grupp nyligen fränskilda medelålders män samt även att göra ett interventionsförsök i form av en samtalsgrupp har en pilotstudie utförts i Borlänge. I denna artikel kommer framför allt erfarenheterna av interventionsförsöket att redovisas och diskuteras. Undersökningen i sin helhet finns dokumenterad i rapportform (6) som intresserad kan beställa från författaren.

Material och metod

Undersökningspopulationen bestod av alla män som under sista halvåret 1984 erhållit dom på äktenskapsskillnad i Borlänge kommun och vid denna tidpunkt var mellan 30 och 44 år gamla. Personuppgifterna erhöles från pastorsämbetet. I det aktuella åldersintervall fanns cirka 60 procent av de män som erhöles äktenskapsskillnad detta år.

Männen inbjöds genom brev till kostnadsfri hälsoundersökning vid vårdcentralen Jakobsgårdarna i Borlänge mellan två och sju månader efter det att de hade erhållit dom på äktenskapsskillnad. Hälsoundersökningen omfattade bland annat EKG och blodtrycksmätning, uppgifter om längd och vikt samt ett flertal laboratorieprover (Hb, SR, gamma - GT, s-urat och elektrolytstatus inklusive kreatinin).

Männen ombads även besvara ett antal postenkätfrågor. Dessa bestod av totalt 100 frågor fördelade på två olika formulär av vilka det första skickades till männen före hälsoundersökningen och det andra formuläret delades ut i samband med denna. Frågorna var huvudsakligen konstruerade med utgångspunkt från ULF-material (undersökning av levnadsförhållanden) respektive en sociologisk undersökning om skilsmässoutveckling i Europa (7).

Undersökningen omfattade också en analys av uppgifter från pastorsämbetet, försäkringskassan samt öppenvårdsjournaler.

Sex av männen intervjuades i sina hem. Samtalen spelades in på band som sedan skrevs ut, varefter intervjuerna tolkades utifrån ett psykodynamiskt perspektiv.

Resultat

Ungefär en tredjedel av männen (10/32) var direkt positiva till att medverka i hälsoundersökningen. Efter ett omfattande och tidsödande arbete med upprepade telefonsamtal, brevkontakter samt i några fall även hembesök kunde ytterligare en tredjedel (11/32) av männen motiveras till att delta i hälsoundersökningen. Åtta av männen avböjde hälsoundersökning men besvarade postenkäten. Hälften av männen i denna grupp hade en redan etablerad läkarkontakt på grund av långvarig sjukdom. Det slutliga bortfallet avseende postenkäten kom att omfatta tre män, varav en var avflyttad till okänd adress, en ej var anträffbar och en vägrade.

I samband med hälsoundersökningen kunde ett förhållandevis stort antal objektiva medicinska fynd påvisas. Var tredje man hade således något aktuellt sjukdomstillstånd eller kliniskt signifikant laboratorieavvikelse. Vanligast var kombinationen blodtryckssjukdom och alkoholbetingad leverpåverkan, vilka tillstånd noterades för tre män som också var såväl överviktiga som rökare och därmed utgjorde en klar medicinsk riskgrupp avseende såväl ischemisk hjärtsjukdom som alkoholrelaterade sjukdomstillstånd.

Hälsoundersökningen kunde utföras inom ramen för ordinarie patientmotagningsarbete och utan tillskott av extra personalresurser.

Av enkäten framkom att 60 procent av männen var dagligrökare. Två män bedömdes av enkätsvaren som högkonsumenter av alkohol och uppgifter från andra källor (GT-värden vid hälsoundersökningen, noteringar om alkoholproblematik i öppenvårdsjournaler samt eventuellt registrering vid alkoholpolikliniken i Borlänge) kunde dessutom påvisa ytterligare fem män med tidigare eller aktuell alkoholproblematik. Sammantaget kunde således alkoholöverkonsumtion anses föreligga hos ungefär var fjärde man i undersökningspopulationen.

Var sjunde man motionerade ej på något sätt. Hälften av männen uppgav någon form av långvarigt sjukdomstillstånd eller handikapp. Vanligast var här besvär från rörelseapparaten som förekom hos var fjärde man.

Anmärkningsvärt var också att mer än hälften av männen under de senaste månaderna bejakade ofta förekommande psykiska besvär av typ ångslan, oro, nedstämdhet, ångest eller sömnbesvär.

Sjukskrivningsbilden under skilsmässåret påvisade ett markant förhöjt sjuktal jämfört med de närmast föregående åren. Denna ökning hänförde sig dock framför allt till en ökning av sjukfrånvaron på grund av korta egensjukskrivningar utan läkarintyg.

Analys av kontaktfrekvens och kontaktsak vid besök i primärvården klargjorde att männen relativt sällan sökt distriktsläkarkontakt i tidsmässig anslutning till skilsmässan eller att när så skett kontaktsaken sällan relaterats till eller uppfattats ha något samband med skilsmässosituationen. Sju av åtta besök var akutbesök. Psykiska symptom som kontaktsak uppgavs ej vid något läkarbesök i primärvården under skilsmässåret.

En tredjedel av männen hade under det senaste året upplevt någon form av akuta ekonomiska problem. Mer än hälften av männen ansåg att ekonomin hade försämrats efter skilsmässan.

Endast var femte man uppgav att han i skilsmässosituationen hade kunnat diskutera om sina problem med såväl föräldrar eller syskon som vänner eller arbetskamrater.

Som orsak till skilsmässan uppgavs i flertalet fall olika problem i hur själva äktenskapsrelationen hade utvecklats. En del män beskrev i stället yttre svårigheter avseende ekonomi och arbetsförhållanden som skilsmässobakgrund. Andra orsaker var egna alkoholproblem, svartsjuka, otrohet samt kulturella och etniska olikheter.

Många av männen upplevde den ekonomiska situationen som det största problemet. Önskemål om att förbättra kontakten med barnen efter skilsmässan respektive att kunna finna



Suscard[®] stoppar anfallet nitroglycerin under läppen.

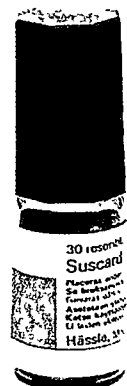
Den nya nitroglycerintabletten Suscard placerar man under överläppen, buccalt. Används som situationsprofylax vid angina pectoris, d v s när patienten inom den närmaste timmen eller timmarna kommer att utföra en extra ansträngning. Suscard kan också användas akut för att kupera bröstsmärta.

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

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

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

Finns i lätthanterlig
30-förpackning.



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

en ny partner var vanliga. I motsats härtill var endast ett fåtal av männen motiverade för att försöka förändra sina livsstilsfaktorer avseende kost, motion, alkohol och tobak. Endast någon enstaka man uppgav sina arbetsförhållanden som ogynnsamma.

Samtalsgruppen

En utgångspunkt för interventionsförsöket med en samtalsgrupp var att skilsmässa kan uppfattas som en kris (18) vars positiva lösning kan fördröjas och försväras om det sociala stödet är svagt. Gruppen förväntas i sådant fall kunna erbjuda ett alternativ där diskussion kring erfarenheter av skilsmässa och därmed förknippade svårigheter kan få en frigörande effekt på gruppmedlemmarna (9). Upplevelse av likhet och gemenskap kan därvid ersätta tidigare upplevelser av individuellt misslyckande samt självförakt. En förutsättning för detta är att gruppledaren har en positiv och stöttande grundinställning och även att gruppmedlemmarna ger stöd till varandra. I motsats till en ren terapigrupp uppmantras att gruppmedlemmarna söker kontakt med varandra även mellan gruppmötena. Gruppledarens roll blir framför allt stödjande och pedagogisk. Han bör försöka förmedla ett "ställföreträdande hopp" till de fränskilda personerna som är inne i en svår förändringsperiod, präglad av sårbarhet och osäkerhet, såväl på det känslomässiga området som i den praktiska livssituationen. Gruppen skall idealt utgöra en trygg och tillåtande miljö där de känslor som är förknippade med skilsmässosituationen fritt kan uttryckas.

Samtalsgruppen kom att omfatta sju män. Dessa rekryterades framför allt bland de tio män som ursprungligen tackade ja till hälsoundersökningen. Beträffande de socioekonomiska bakgrundsvariablerna tillhörde alla männen i samtalsgruppen anställda inom "tillverkningsarbete" alternativt "övriga yrken". Ingen tillhörde således gruppen "administrativt arbete" med högre utbildningsnivå, vilken omfattade en tredjedel av undersökningspopulationen. Tre av männen i samtalsgruppen bedömdes ha alkoholproblematik och för två av dem var alkoholproblemen svåra och aktuella. Subjektiva psykiska besvär samt smärtor från olika delar av rörelseapparaten uppgavs i stor utsträckning bland de män som ingick i samtalsgruppen.

Sammankomsterna ägde rum på familjerådgivningsbyråns lokaler i Borlänge och omfattade åtta möten en kväll i veckan under en tvåmånadersperiod. I kontraktet för gruppsammankomsterna ingick att behovet av kontinuerlig närvaro starkt betonades. Gruppen var sluten. Vid eventuell tvingande förhinder skulle detta meddelas senast samma dag till mig. Som stöd för min funktion som gruppledare hade jag tillgång till en psykoterapeu-

tiskt välubildad och med gruppprocesser förtrogen person, en psykolog vid barnpsykiatriska kliniken vid Falu lasarett.Handledningen omfattade en timme i veckan i anslutning till de åtta gruppmötena.

Ett svårt metodologiskt och forskningsetiskt problem gällde eventuell dokumentation av gruppsamtalen. Efter varje möte dikterade jag relativt utförligt ned mina hägkomster och fick sedan dessa skriftliga processreferat utskrivna av sekreterare. Referaten fanns därefter tillgängliga som underlag för handledningen.

Utvärdering

Hur kan då ett interventionsförsök i form av en samtalsgrupp utvärderas?

Effekten måste ställas i relation till målsättningen med verksamheten. Principiellt kan en sådan målsättning *antingen* tänkas innebära en reduktion av vissa specifika (och potentiellt kvantifierbara) symptom *eller* ha ett emancipatoriskt (frigörande) syfte som inbegriper dimensioner som självupplevelse, mognad, utveckling, realitetsförmåga, personlig integration och oberoende. Positiva förändringar i denna senare bemärkelse är ej korrelerade till grad av symptomreduktion utan kan även tänkas ske samtidigt med en symptomökning. Värderingsfrågan blir här central och den objektiva och registrerande forskarrollen därmed en omöjlighet. Subjektobjektförhållandet mellan undersökaren och det undersökta framstår som en illusion. Undersökaren påverkar men blir också hela tiden påverkad och relationen mellan honom och "det undersökta" blir den emellan subjekt och subjekt. Faktorer som undersökarens förmåga till introspektion samt empati blir av stor betydelse för samtalsens karaktär.

Mycket under samtalen kom uppenbarligen att beröra problem vilka upplevdes som angelägna. Dessa problem spände över ett brett register, från yttre svårigheter i form av till exempel en begränsad ekonomi över problem i relationen till barnen och exustrun, men även till mera djupgående existentiella frågor. Ett klart iakttagbart mönster var att samtalen i inledningskedet mycket kretsade kring olika yttre hinder med upplevda svårigheter i förhållande till olika myndighetspersoner samt före detta hustrun och även kring de ekonomiska problemen. Under de senare mötena kom däremot samtalen till stor del att handla om den egna delaktigheten i äktenskapsproblematiken samt reflektioner kring hur framtiden skulle kunna komma att gestalta sig.

Flera av männen gav under samtalsens gång uttryck för att de upplevde gruppen som trygg och tillitsfull och att de kände förtroende för varandra. Några ansåg att de här kunde diskutera kring svårigheter som de tidigare ej hade talat med någon annan människa om. Gruppmedlemmarna gav också

ofta uttryck för tolerans och acceptans i förhållande till varandra. En av männen med svår alkoholproblematik vände sig således till en annan gruppmedlem när han fick återfall i sitt alkoholberoende och det var också denne andre gruppmedlem som fick honom att acceptera sjukhusvård efter det att han insjuknat i en akut pankreatit.

Diskussion

Bland nyligen fränskilda medelålders män kunde man påvisa en överrepresentation av såväl rökning, hög alkoholkonsumtion som subjektiva psykiska besvär jämfört med icke civilståndsstratifierade manliga populationer (10, 11, 12). Man finner således här i tidsmässig nära anslutning till skilsmässan hälsoproblem som i senare stadier visar sig i form av förhöjd morbiditet och mortalitet bland fränskilda män jämfört med gifta. Ur sjukvårdssynpunkt utgör dessa hälsoproblem dock i stor utsträckning ett dolt isberg, vars verkliga omfattning primärvården i regel ej närmare känner till.

Genom erbjudande om kostnadsfri hälsoundersökning vid vårdcentral kort tid efter inträffad skilsmässa gick det i pilotstudien utan större svårighet att få kontakt med ungefär en tredjedel av de fränskilda männen. Till största delen bland dessa män kunde man också rekrytera flertalet av de män som kom att ingå i samtalsgruppen. I denna grupp fanns förhållandevis mycket av såväl alkoholproblematik som subjektiva somatiska och psykiska besvär. I motsats härtill var tillgången till socialt stöd begränsad.

Utifrån en naturvetenskapligt utformad preventiv tankeram bör dessa män bemötas med förskrivning av lämplig blodtryckssänkande medicin, rekommendation om minskad alkoholkonsumtion samt rökstopp, information om saltets och fettets negativa effekter på hjärt-kärlsystemet, alkoholens skadliga inverkan samt sambandet mellan rökning och flertalet cancerformer. Vidare kan ingå rekommendation om deltagande i olika kost- och motionsaktiviteter samt återbesök med kontroll av blodtryck, vikt, leverprover, blodfetter med mera. Patienten ses som en rationellt fungerande varelse som vänder sig till läkaren som en expert på de hälsoproblem han upplever. Undersökningen avslöjar avvikelser i den kroppsliga organismen vilka kan förklaras utifrån olämpliga livsstilsfaktorer. Efter information om dessa samband antas patienten därefter kunna omsätta de nyvunna kunskaperna i ett ändrat beteendemönster varvid sjukdomsriskerna avtar. Bekräftelse på att så har skett erhålles genom förnyad laboratorieprovtagning samt kontroll av övriga kvantifierbara parametrar. Huvudinstrumentet i behandlingsarbetet är information samt förklaring av orsakssamband. Läkarens egen personlighet är av underordnad betydelse och läkar-patientrela-

Från ett hermeneutiskt perspektiv (13) är utgångspunkten i stället introspektion och kritiskt reflekterande samt ett medvetandegörande av egna grundläggande värderingar, livshållningar, blinda fläckar. Kontakten med det egna jaget och dess irrationella mönster innebär här också förståelse för att en annan människa i en svår livssituation kan handla på ett självdestruktivt sätt i förhållande till den egna kroppen. Integrerade upplevelser av egen existentiell smärta och utsatthet möjliggör ett möte med den andra människans separationstrauma utan rädsla och utan flykt i form av receptföreskrivning eller annat "åtgärdande".

Patienten uppfattas som ett subjekt och läkar-patientrelationen som en intersubjektiv relation. Syftet med mötet blir att i första hand försöka förstå det andra subjektets avsikter med att söka kontakt -intentionaliteten. Läkarens egen personlighet har en stor betydelse för hur mötet kommer att gestalta sig och vilka konsekvenser det får för de båda aktörerna. Det medium genom vilket mötet kommer till stånd är språket, samtalet, dialogen. Först när den andra människan kan mötas på ett sätt som reflekterar förståelse för hennes totala livssituation får man också möjlighet att katalysera hennes egen strävan mot hälsa. Detta innebär också en insikt om att en grundläggande psykisk balans är en förutsättning för att kunna välja att avstå från den temporära trösten och stimulansen i olika berusningsmedel, i nikotinberoendet eller i tröstätandet. När denna insikt kan förmedlas får också läkarens naturvetenskapliga kunskaper om olika biologiska sammanhang och processer mycket större relevans för den person som sökt honom för svårigheter av existentiell karaktär, för psykisk smärta, upplevelser av övergivenhet och meningslöshet.

I en samtalsgrupp som den ovan refererade vidgas detta perspektiv ytterligare från kommunikationen mellan två människor till samspelet och dynamiken mellan flera personer. Den naturvetenskapligt präglade läkarrollen blir här ännu mindre relevant medan däremot kunskaper om gruppprocesser och olika förvarsmekanismer är mera betydelsefulla. Alkoholproblem till exempel diskuteras i en sådan kontext framför allt i ett psykologiskt och socialt sammanhang och endast mera marginellt utifrån de medicinska riskerna.

Denna undersökning har kunnat genomföras på grund av speciella förutsättningar. Dels har jag själv särskilda kunskaper och erfarenheter genom att jag tidigare under flera år har arbetat såväl som psykiater och som socialmedicinare. Dels hade jag också förmånen att ha tjänstledigt under flera månader för att genomföra och dokumentera projektet. Möjligheterna till och intresset för att mera allmänt inom primärvården konkret använda sig av

Sockerlagen i Svärdsjö-Enviken – åtgärder mot övervikt i en avgränsad befolkning

INGVAR NORÉN

Övervikt är en av våra vanligaste hälsorisker, och innebär bland annat en ökad risk för insjuknande i diabetes typ II. Som ett led i vårdcentralens preventiva arbete försökte vi motivera alla vuxna med övervikt och hereditet för diabetes att ansluta sig till ett långsiktigt aktivitetsprogram. Avsikten var att reducera övervikten och förbättra levnadsvanorna i riskgruppen. 115 personer ställde upp. Bortfallet har varit mycket litet och efter 10 veckor har deltagarna i genomsnitt minskat 5,6 kg i vikt.

Nyckelord: Diabetes mellitus, kostvanor, prevention, övervikt.

Bakgrund

Vid sidan av alkohol och tobak är övervikt en av våra vanligaste hälsorisker. Enligt amerikansk livförsäkringsstatistik väger 12 procent av USA:s befolkning 20 procent eller mer än vad som bedöms vara idealvikt i förhållande till kroppslängden.

detta arbetssätt är sannolikt mycket begränsade. Min förhoppning är dock att man på andra håll i landet i stället skall kunna använda sig av en samverkan mellan två olika organisationer, nämligen primärvården och familjerådgivningsbyråerna. I denna tänkta modell skulle vårdcentralerna genom hälsoundersökning framför allt begränsa sig till att spåra upp och behandla hälsorisker av typ blodtryckssjukdom samt alkohol- och rökningssjukdom samt alkohol- och rökningssjukdom samt alkohol- och rökningssjukdom. De män som bedöms motiverade och lämpliga för en samtalskontakt i grupp kan i samband med hälsoundersökningen hänvisas till familjerådgivningsbyrå som då helt självständigt erbjuder samtalsgrupp som en psykosocial inriktad stödåtgärd. Ett försök med denna praktiska inriktning pågår under 1987 och kommer att redovisas i en kommande artikel.

Referenser:

1. Statistiska meddelanden, Sveriges officiella statistik, HS 1981:10.3, Dödstal efter kön, ålder och dödsorsak, Volym III: Civilstånd 1969-1973 och 1974-1978.
2. Mellström D, Lifestyle ageing and health among the elderly, Göteborg 1981.
3. Nyström S. The use of somatic hospital care among divorced, Scandinavian Journal of social medicine, supplement 17, 1980.

Övervikt i den storleksordningen innebär enligt amerikanska siffror 3 gånger högre risk för hypertoni, 2 gånger högre risk för hyperkolesterolemi, 3 gånger högre risk för diabetes typ II, samt 2 gånger högre risk för vaskulär sjukdom, jämfört med förhållandet hos en normalviktig befolkning (1, 2). Förekomsten av riskabel övervikt bland svensk befolkning är inte lika väl känd. Bedömningar från Skaraborgs län (3) talar för att farlig övervikt är minst lika vanlig här som i USA. I vårt samhälle upplevs i regel en kraftigare övervikt som ett rent kosmetiskt bekymmer och mera sällan som en hälsorisk. Detta vårdslösa synsätt underblåses gärna av veckopressen.

I Svärdsjö-Envikens läkardistrikt har vi sett det som en angelägen uppgift att rikta åtgärder mot övervikt. Hur motiverar man överviktiga till viktreduktion? Ofta har vi lyckats dåligt i vårt förebyggande arbete när det gäller till exempel rökavvänjning. Det har i regel inte berott på att metoder har saknats, utan snarast på att motivationen varit dålig hos friska rökare.

Vårt projekt bygger på antagandet att människor som blir medvetande-

4. Haglund B, Den jämlika sjukvården, SOU 1984:41, Stockholm 1984, s 136.
5. Magnusson E, Excessive use of medical care or rational patient behaviour? Hudinge, 1980 (avhandling).
6. Hallberg H, Skilsmässa som hälsorisk hos medelålders män, Kopparbergs läns landsting, rapport nr 33, maj 1986.
7. Trots J, Hultåker Ö, Swedish Divorcees; Methods and responses, Uppsala universitet, sociologiska institutionen 1982.
8. Cullberg J (1975): Kris och utveckling (andra uppl 1980), Natur och Kultur, Stockholm.
9. Granvold D, Welsh GJ, Structured short-Term Group Treatment of Postdivorce Adjustment. International Journal of group psychotherapy 1979; 347-56.
10. Socialstyrelsen redovisar 1986:9, Tobaksvanor i Sverige, s 114.
11. Hagnell O, A prospective study of the incidence of mental disorders, Scand Univ Books, Stockholm 1966.
12. Johansson S, Den vuxna befolkningens hälsotillstånd, Allmänna förlaget, Stockholm, 1971.
13. Söderfeldt B, Kulturkollision kristicken i medicinsk vetenskap. Kan fruktbar syntes skapas på nya forskningsfält? Läkartidningen 1986, 83:3436-40.

Författarpresentation

Hans Hallberg, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Jakobsgårdarna, Jaxtorget 7 A, 781 63 Borlänge.

gjorda om att de befinner sig en definerad riskgrupp också är beredda att göra något åt sin situation, om de blir tillräckligt starkt motiverade för det.

Vi tog fasta på förhållandet att diabetes typ II är cirka 3 gånger vanligare bland överviktiga jämfört med normalviktiga. Än större är sannolikheten för ett diabetesinsjuknande om en eller flera nära släktingar har eller har haft sjukdomen (4). Den genetiska faktorns betydelse vid adult diabetes är mycket ofullständigt känd, och ingen kan idag uttala sig om den enskilde individens risk för ett diabetesinsjuknande vid en hereditär belastning. Dock kvarstår två empiriska fakta:

- 1) Familjär anhopning av diabetes typ II förekommer.
- 2) Risken för insjuknande i adult diabetes ökar med tilltagande övervikt.

Vid samtidig hereditet och övervikt är det troligt att riskerna adderar sig till varandra (5, 6, 7).

Med det budskapet ville vi nå ut i befolkningen.

Uppläggning och genomförande av projektet

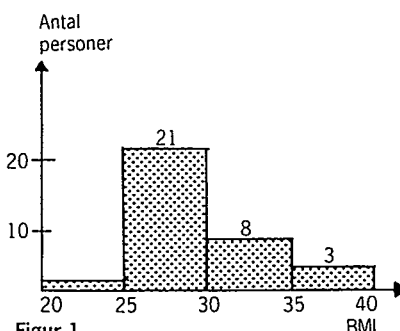
En arbetsgrupp tillsattes bestående av 6 personer. Från den egna vårdcentralen kom en undersköterska, en läkare och en sjukgymnast. Externt rekryterades från kommunen en hushållsläroare, en datakunnig person från landstingets planeringsavdelning samt en beteendevetare. Gruppen utarbetade tillsammans en inbjudan till den del av befolkningen i läkadistriktet som befann sig i åldrarna 20–60 år. Den nedre – 20 år – motiverade vi med att människor dessförinnan knappast är mogna att förändra sin livsstil på ett avgörande sätt. Den övre gränsen sattes vid 60, eftersom vi ansåg det mindre meningsfullt i detta sammanhang att bedriva ett preventivt arbete bland pensionärer.

Inbjudan riktade sig till dem som ansåg sig själva vara överviktiga och som samtidigt hade minst en nära släkting med diabetes. En kort lekmanamänsinformation om diabeteshereditetens betydelse, samt en svarsblankett utarbetades.

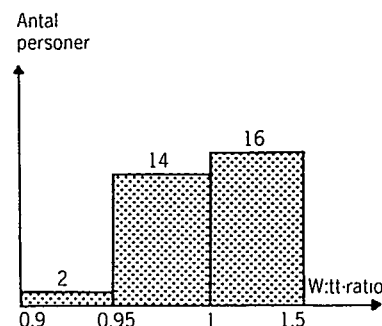
Med hjälp av folkbokföringsregistret fick vi fram 3051 personer i de berörda åldersklasserna. Samtliga fick med posten inbjudan, information samt svarsblankett. De som var hereditärt belastade och överviktiga, anmodades att skicka tillbaka svarsblanketten, även om man inte var intresserad att delta i en planerad informationsafon. Vi fick 497 svar (16 procent). Av detta kan man förmodligen inte dra slutsatsen att så mycket som 16 procent av vår befolkning har positiv diabeteshereditet och samtidigt övervikt. Vi tror nämligen att många skickat tillbaka svarsblanketten, trots att de inte uppfyllde inklusionskriterierna. 240 (7,9 procent av populationen) ville delta i en kommande information om diabetes och övervikt. Det var långt fler än väntat.

De intresserade kallades till två sammankomster i Svärdsjö skolas aula, och 220 personer kom till dessa möten. Deltagarna informerades om diabetes-sjukdomen, de problem som det trots allt innebär att ha sockersjuka och riskerna med övervikt. Hushållsläraren höll ett föredrag kring goda kostvanor och sjukgymnasten talade om lämpliga motionsformer för överviktiga. Samtliga närvarande erbjöds gratis läkarundersökning och provtagningar på vårdcentralen. Vi inbjöd dem till ett initialt ganska intensivt kost- och motionsprogram, med senare regelbundna kontroller och uppföljningar under en period av 3 år. Även de som inte var intresserade av att delta aktivt i det preventiva arbete erbjöds uppföljningar och kontroller. 115 personer anmälde sig till aktivitetsprogrammet och 85 till kontrollgruppen.

Samtliga deltagare kallades till mottagningen tidigt på morgonen på fastande mage. Peroral glukosbelastning (75 g glykos i 300 ml vätska) genomfördes på alla. Urintest, Hb, SR, kolesterol och triglycerider bestämdes. Alla vägdes och mättes. Under väntetiden för glykosbelastningen fick samtliga fylla i en enkät inkluderande bland annat frågor om förekomsten av diabetes i släkten, kost- och motionsvanor med mera. Läkaren gick sedan igenom frågeformuläret tillsammans med den enskilde deltagaren i anslutning till läkarundersökningen, varvid särskilt kostanamnesen penetrerades. Vårdcentralens journaler fanns tillgängliga och eventuell tidigare sjukdomsanamnes diskuterades. Vid själva undersökningen gjordes ett enkelt allmänsomatiskt status inklusive blodtrycksmätning. Midjeomfånget i navelplanet samt höftomfånget på bredaste stället mättes.



Figur 1. Fordelning av BMI bland de manliga deltagarna i Svärdsjöprojektet. Totalt 33 personer.



Figur 3. Fordelning av Waist Hip ratio bland de manliga deltagarna i Svärdsjöprojektet. Totalt 32 personer.

Deltagarmaterialet – mätresultat

115 personer anmälde sig till det planerade motions- och kostprogrammet. Av dessa var 33 män (29 procent) och 82 kvinnor (71 procent). Medelåldern bland männen var 43,8 år och bland kvinnorna 44,1 år.

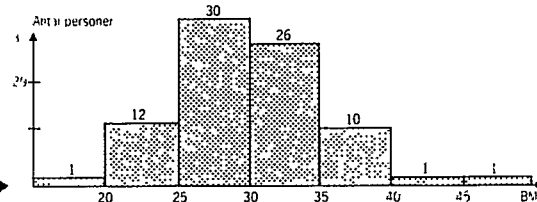
Ofta har det sagts att kost- och motionsprogram framför allt rekryterar de "redan frälsta" och att preventiva åtgärder av detta slag kommer att rikta sig mot fel målgrupp. Det var därför intressant att värdera deltagarna ur den synvinkeln. Vände sig vårt program till rätt personer?

För att skatta graden av övervikt använde vi oss av Body Mass index (BMI = vikt (kg)/längd² (m)). Den övre gränsen för normalvikt kan sättas vid ett BMI-värde på 25. Enligt den definitionen var 97 procent av männen och 84 procent av kvinnorna överviktiga. (Figur 1 och 2.)

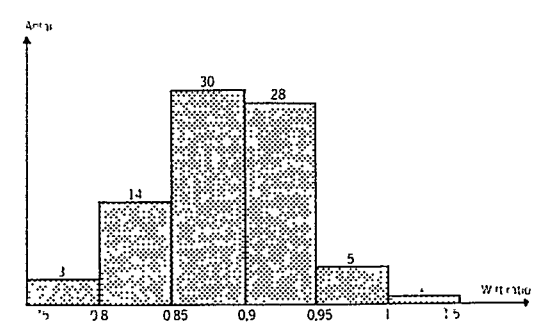
Överviktens kroppsfordelning har ur risksynpunkt en större betydelse än överviktens storlek i sig. Det är farligare att ha bålffetma (äppelfetma) än övervikt av kvinnlig typ, där fettet huvudsakligen sitter fördelat runt höfter och lår (päronfetma). Ett sätt att skatta risken är att mäta kvoten mellan midjemåttet i navelhöjd och höftmåttet på bredaste stället. Kvoten kallas Waist Hip ratio (W:H-ratio). Ju högre kvoten är, desto farligare är den ur risksynpunkt. Det kritiska gränsvärdet kan variera något beroende på vilka mätmetoder som använts (8).

Vi har för män satt gränsvärdet till 0,95 och för kvinnor till 0,85. Enligt den definitionen skulle 93 procent av männen och 79 procent av kvinnorna ha en farlig fettfördelning. (Figur 3 och 4.)

Av enkäten framkom att totalt 10 personer saknade diabeteshereditet



Figur 2. Fordelning av BMI bland de kvinnliga deltagarna i Svärdsjöprojektet. Totalt 82 personer.



Figur 4. Fordelning av Waist Hip ratio bland de kvinnliga deltagarna i Svärdsjöprojektet. Totalt 81 personer.

och alltså inte uppfyllde inklusionskriterierna. 9 av dessa var dock mer eller mindre kraftigt överviktiga och tända på uppgiften, varför vi lät dem vara med.

En enda person var normalviktig och saknade diabeteshereditet. Hon hade ställt upp enbart för att stödja sin make och inkluderades därför i verksamheten. Enligt enkäten var det bara ett fåtal som tidigare hade ägnat sig åt regelbundna motionsaktiviteter.

Förvånansvärt få i vårt överviktiga material hade förhöjda serumlipider. Normalintervallet för serumkolesterol vid Falu lasarett anges till 3,6–8,8 mmol/l. Endast 3 procent av våra deltagare hade högre värden än så. 24 procent uppvisade kolesterolvärden överstigande 6,4 mmol/l. Normalintervallet för triglycerider anges vara 0,6–2,6 mmol/l. 10 procent hade värden överstigande den övre normalgränsen. 38 procent hade värden överstigande 1,7 mmol/l.

Vid den orala glykosbelastningen fastställde vi högsta tillåtna värdena vid 0,1 timme och 2 timmar till respektive 5,6, 11,0 och 8,0 mmol/l. Värden därutöver betraktades som "avvikande". 55 procent av våra testpersoner uppvisade avvikande värden, 9 procent hade blodglykostegringar av den arten att de enligt WHO:s klassifikation kunde betraktas som glykosintoleranta och 3 procent fick diagnosen diabetes mellitus.

Gruppaktiviteter under 10 veckor

Enkäten inkluderade frågor om passande tidpunkter för kollektiva aktiviteter samt de motionsformer man helst ville ägna sig åt. På basen av dessa uppgifter delades de 115 personerna in i 12 aktivitetsgrupper – "sockerlag" – om vardera 10-talet personer. Målet var att lagdeltagarna skulle ha ungefär samma intressen och ålder. För oss var det viktigt att lagmedlemmarna skulle kunna fungera och trivas tillsammans, och vi försökte ta stor hänsyn till detta vid gruppansättningen. De olika sockerlagen benämndes efter blomnamn, till exempel näckrosorna, smörbollarna, svärdsiljorna, skogsstjärnorna, fjällbrudarna och så vidare. 5 grupper skulle ägna sig åt promenader, 3 skidåkning, 2 gymnastik, 1 åt löpning och 1 åt vattengymnastik. Inför starten sammankallades de olika sockerlagen till kvällsträffar på vårdcentralen, där alla informerades inför de kommande aktiviteterna, resultat av utförda provtagningar med mera. Lagmedlemmarna fick tillfälle att gemensamt diskutera uppläggningsen av den närmaste intensiva 10-veckorsperioden. Internt utsåg man en "vägmästare", en person i laget som i fortsättningen skulle ansvara för viktkurvor och vägningar. Två motionstillfällen var inplanerade per vecka, den ena av dessa i kombination med en kurs i kost, matvanor och ätbeteende.

Sex hushållslärare hade engagerats för aktiviteterna. Dessa hade lagts upp

i studiecirkelform. Deltagarna fick betala 100 kr i kursavgift till Dalarnas idrottsförbund, vilket var deras enda kostnad i samband med projektet. Idrottsförbundet betalade ut tim- och reseersättning för hushållslärarna. Cirkelverksamheten kretsade kring ett åttaveckors kaloriskt matprogram. Meningen var inte att alla slaviskt skulle följa dessa ganska stränga kostrekommendationer. Matlistorna skulle framför allt vara en hjälp till sunda matvanor med tre lagade mål mat per dag och vettiga mellanmål vid behov. Flertalet deltagare hade från början haft mycket oregelbundna mattider med slarvig kosthållning. Under motot "man måste vara mätt för att orka banta" inskräpades vikten av att äta rätt vid rätt tidpunkt. Normalt och patologiskt ätbeteende ägnades stort intresse. Ämnet var aktuellt då en känd mattidskrift parallellt med våra aktiviteter hade en artikelserie kring viktreduktion med Hjördis Björvell som huvudförfattare.

Studiecirkeln har över lag upplevts som mycket trivsamma och intressanta av både lärare och deltagare. Närvarofrekvensen har generellt varit hög. Affärerna i området blev tagna på sängen av den våldsamma efterfrågan på smaltat, men skaffade sig ganska snart våra matlistor och kompletterade sortimentet med kalorifattiga produkter tillgängliga för alla.

Motionsaktiviteterna har ägt rum i samarbete med de lokala idrottsföreningarna, som ställt upp med ledare i sockerlagen. Efter överenskommelse med det lokala friskvårdsrådet får den engagerade idrottsföreningen 25 kr per motionär och motionstillfälle. För idrottsföreningarna har det inneburit ett värdefullt tillskott i klubbkassorna. Trots den stränga vinterkylan har deltagandet under motionstimmarna varit mycket högt. De flesta har betraktat dem inte bara som något nyttigt, utan motionen har också inneburit en stund av trivsam samvaro med gelikar.

Resultat efter 10 veckor

Vid början av april kunde vi summera effekterna av den första 10-veckorsperioden. Resultaten redovisades vid tre olika kvällsmöten med sockerlagen. 7 procent hade fallit bort på grund av personliga skäl, eller för att man givit upp och inte orkat genomföra ett konsekvent handlingsprogram mot övervikt. Våra 115 deltagare hade sammanlagt gått ner 645 kg, motsvarande en genomsnittlig viktreduktion på 5,6 kg per person (avhopparna inräknade). 8 personer hade minskat mer än 10 kg, och rekordet innehölls av en man som reducerat sin kroppshydda med 14,5 kg. Varje deltagare hade vid start ställt upp en målvikt för den initiala 10-veckorsperioden och vi själva hade rekommenderat en minskning på cirka 0,5 kg per vecka. Många hade haft realistiska förväntningar kring sin förmåga att gå ner i vikt, men 68 pro-

cent hade ändå uppnått de uppställda målen.

Vid kvällsträffarna erbjöds alla tillfällen att lagvis diskutera fördelar och nackdelar med initialperioden. Ett frågeformulär delades ut där var och en anonymt fick redovisa sina åsikter kring projektet. (Denna enkät är ännu inte bearbetad.) Vi underströk betydelsen av att lagen i fortsättningen träffas regelbundet, om än inte lika ofta som tidigare. Riskerna för återfall till felaktigt ätbeteende poängterades. Vi redovisade planerade aktiviteter under närmaste halvåret inkluderande nya glukosbelastningar och blodlipidbestämningar på de som hade haft avvikande värden vid föregående mättillfällen. En ny läkarkontroll av samtliga aviserades till senhösten –87.

Projektet har drivits inom ramen för vårdcentralens ordinarie budget. Dock har ett anslag på 10 000 kronor beviljats för att täcka extrakostnader bland annat hushållslärarnas medverkan. Landstingets egna dietister hade nämligen ingen möjlighet att bistå oss som kostexpertis.

Sammanfattning

I Svärdsjö-Envikens läkadistrikt med en befolkning på 6 400 innevånare pågår en aktivitet mot övervikt hos den vuxna befolkningen. Den definierade riskgruppen är obesa patienter med hereditet för diabetes typ II. Genom ett massbrev till befolkningen försökte vi nå och motivera målgruppen till förändrade levnadsvanor på kost- och motionsidan. 240 personer hörsammade uppmaningen, och 115 av dessa har senare genomfört ett konsekvent kost- och motionsprogram under ledning av vårdcentralens personal, hushållslärare och idrottsföreningar. Entusiasmen har varit stor och bortfallet mycket litet. Efter tio veckor har deltagarna i genomsnitt minskat 5,6 kg i vikt. Fortlöpande aktiviteter planeras med uppföljning 1, 2 och 3 år. De 85 personerna i kontrollgruppen kommer att följas upp senare.

Det redovisade projektet är ingen vetenskaplig studie. I första hand är det en redogörelse för hur ett preventivt arbete i en riskpopulation kan bedrivas på vårdcentralens nivå. Vetenskapligt kommer vi kanske inte att kunna visa om vi klarade av att förebygga diabetes i Svärdsjöområdet. Lyckas vi däremot åstadkomma en lägre vikt, en bättre kosthållning och sundare levnadsvanor i en riskgrupp, då har vi ändå uppnått våra syften. Troligen har vi då med fullständigt ofarliga metoder räddat ett antal personer från en manifest diabetesjukdom, andra från hjärt- och kärlsjukdomar, vissa cancerformer, samt plågor från rörelseorganen. Det är detta som varit avsikten för projektet.

Referenser:

1. Straw W: Obesity – A Killer Disease. The Journal of Family Practice. 1986. Vol 22, No 5: 461–462.
2. Wilson P et al: Epidemiology of Diabetes

Bayer



FORSKNINGSSTIPENDIUM ALLMÄNMEDICIN/PRIMÄRVÅRD

Forskningsstipendiet som är på **50.000 kronor** syftar till att stödja såväl klinisk som epidemiologisk forskning inom allmänmedicin. 1988 års stipendium är avsett att stödja och stimulera forskning som syftar till att öka kunskapen om hjärt/kärlsjukdomar. Stipendiet är avsett för icke graderade forskare inom allmänmedicin/primärvård.

Stipendiet finns 1988 tillgängligt att fördelas till en eller flera sökande. Beloppet eller de fördelade beloppen skall utnyttjas som

forskningskostnader

- a) t.ex. materialanskaffning, eller
- b) studieresor som har betydelse för sökandens forskning.

Innevarande år består stipendiekommittén av

professor Calle Bengtsson, Göteborg (ordförande)
professor Arne Melander, Lund
professor Bengt Scherstén, Lund
professor Gösta Tibblin, Uppsala
dr Jan Abelin, Bayer Sverige AB, Stockholm

Stipendiekommitténs kontaktman för praktiska frågor är Sten Jelinek, telefon 031-839800.

Ansökan skall innehålla kortfattad forskningsplan, ekonomisk kalkyl samt curriculum vitae. Ansökningsblankett och stadgar kan rekvideras från Bayer Sverige AB. Ansökan skall vara stipendiekommittén tillhanda **senast den 15 februari 1988** under adress:
Bayer Sverige AB, Affärsområde Farma, Box 5237, 40224 Göteborg.

Kommitténs beslut kommer att tillställas de sökande personligen och kan ej överklagas.

Mellitus in the Elderly. The American Journal of Medicine. 1986. Vol 80: 3-9.

3. Strandell L-R: Mer övervikt än väntat i Skaraborg. LT 1983, 50: 4925-4926.

4. Zühlke H: Pathogenetic Mecanisms of Hereditary Diabetes Mellitus. Biomed. Biochim. Acta 44: 1985. 1: 5-13.

5. Zimmet P et al: Genetic and Environmental Influence in the Epidemiology of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. A Global Perspective. Annals Academy of Medicine. 1986. Vol 14, No 2: 347-353.

6. Bonham G and Brock B: The Relationship of Diabetes with Race, Sex and Obesity. The American Journal of Clinical Nutrition, 1985, 41: 776-783.

7. King H et al: Riskfactors for Diabetes in three Pacific Populations. American Journal of Epidemiology. 1984, Vol 119, No 3: 396-409.

8. Olsson L-o et al: The influence of Body Fat Distribution on the Incidence of Diabetes Mellitus. Diabetes. 1985. Vol 34 Oct: 1055-1058.

9. Stuart Richard B: Bli smal, förbli smal. Tidens förlag 1984.

Författarpresentation

Ingvar Norén är distriktsläkare och vårdcentralchef vid Svärdsjö vårdcentral.

Postadress: Vårdcentralen, Svärdsjö, 790 23 Svärdsjö.
Tel 0246-10615.

4306217

Att inte vara enögd

Reflektioner kring 10 års kuratorsarbete vid Vårdcentralen, Falu lasarett

INGELÖF GABRIELSON · ERIK TEGMARK

Efter 10 års erfarenhet av primärvårdskurator vid en vårdcentral beskrivs kuratorsverksamhetens nuvarande ideologiska innehåll och utveckling. Artikeln vill också peka på hur sjukvårdens bemötande av människor kan bidra till medikalisering och sjukroller samt hur en social kompetens i primärvården kan ge ökad beredskap och förmåga att utveckla en helhetssyn på begreppet hälsa.

Nyckelord: Primärvårdskurator, vårdcentral, hälsa, social kompetens, helhetssyn.

KORT BAKGRUND

Vi som skriver

Ingelöf, socionom och vårdlärare. Till lika med arbetskollegor fostrad och kvävd av "Präktighet - Duktighet - Måsten" i arbetsklimat med Jantelagen som rättesnöre. Idag växande intresse för viktiga F i livet som Frigörelse - Fromm - Freire. Nu funnit frisk luft under vingarna vid Vårdcentralen, Falu lasarett.

Erik, biomedicinskt indoktrinerad 1956-1969, därmed legitimerad läkare. Specialist i allmän invärtes medicin, omskolad till långvårdsläkare i 11 år och gradvis omorienterad till "generalist". Från 1982 tagit del av allmänmedicinens mödosamma väg att vara allt och ingenting, sedan 1985 även som vårdcentralchef.

Vårt område

Vårdcentralen, Falu lasarett, ursprungligen distriktsläkarmottagning för 40.000 invånare, men genom avknoppning av nya vårdcentraler på väg till egna distriktet Norslund med 14.000 invånare och chans att visa vad primärvård kan och bör vara.

Vår kuratorshistoria

Det började som ett tre månader beredskapsarbete finansierat av AMS-medel, provisoriskt förlängt år efter år via löne-medel från vakanta distriktsläkartjänster.

Samtidigt administrationens försök att dölja bristen på distriktsläkare genom att låta kurator sopa rent på sjukvårdens trapp. Från ensamvarg i kollektivet sjukhuskuratorer till en

uppskattad resurs och avnämare för vårdsökande från sjukvårdsupplysning och allt fler vårdcentraler. Fast kuratorstjänst begärd inom primärvården sedan 1978 utan framgång. Nu tillfälligt anställd "svartfot" på enbart vårdcentralen, Falu lasarett med en oviss framtid men med förhoppning om nyinrättad tjänst för primärvårdskurator på nya vårdcentralen Norslund.

VERKLIGHETEN OMKRING OSS

Den enögd sjukvården

Vi möter i primärvården en ständig ström av människor som med olika symptom och behov söker våra tjänster - ibland direkt - men ofta sedan akut- och specialistvård gjort sitt. Här träffar vi på alla "ickedidiagnoser", de "funktionella pålagringarna", de "oförstådda", kort sagt de problem som inte kan opereras eller medicineras bort. Kroppsliga och själsliga symptom fungerar mer eller mindre tydligt som ett försvar mot en ohållbar livssituation eller en oförmåga att hitta och genomföra andra lösningar.

Enligt mångas vittnesbörd finns i sjukvården idag en ökande andel psykosomatiska sjukdomsbilder och sjukroller, där sjukvårdens insatser inskränker sig till att utreda och utesluta behandlingsbara sjukdomar, ofta in absurdum. Därefter lämnas de olyckliga ännu mer fixerade i sina sjukroller och sina symptom, ibland prydligt etiketterade för att via socialförsäkrings-systemet åtnjuta åtminstone ekonomisk trygghet. I bästa fall hjälper vi i vårdorganisationen till med tröst och stöd. Kanske hindrar vi vår patient från att hamna ännu djupare i destruktiv och resursslösande vårdkonsumtion.

I "Den farliga sjukvården" behandlar Ivan Illich "livets medikalisering" (1). Författaren menar vidare att dagens sjukvårds- och samhällssystem tillsammans med livets gång ständigt producerar nya offer. Till denna medikalisering av allmänmänniska beteenden finns enligt vår uppfattning flera förhållningssätt. Två av dessa är:

Biomedicinska modellen

Den vanliga modellen, att bli vid din läst, har lärt oss att ta hand om enkla och även allt svårare krämpor och defekter. Att ge fagra löften om bot och långt liv har blivit ett sätt att slåss för

sin specialitets resurser. Massmedia ställer gärna upp med publicitet och tryck på politiker och ledningsansvariga, när någon riskerar för tidig invaliditet, lidande och död till följd av brister i den specialiserade medicinen. Fortsätt bara att syssla med undersökning och reparation av delarna enligt fina vårdprogram! Den som gör allt och litet till blir sällan anmäld till ansvarsnämnden! När maskineriet inte går att rätta till skall vi åtminstone ge litet tröst och smörjmedel.

Holistiska modellen

En annan modell, att åtminstone försöka urskilja andra förhållanden, som gör att individen inte blir tillgänglig för bot i enbart vår biomedicinska modell. Att se efter hur vi tillsammans med patienten kan utnyttja denna nya kunskap för att åstadkomma en förändring.

En förändring som kan innebära en annan utveckling hos såväl patienten som vårdteamet. Det holistiska tänkandet utvecklas av bland andra distriktsläkare Björn Liedén i boken *Hela människan!* (2).

Dags för kursändring

Dagens sjukvård, som bygger på den biomedicinska modellen, föder lätt otillfredsställelse och vanmakt. I stället för att fortsätta skylla på brister utanför vår egen förmåga, ser vi i den holistiska modellen en möjlighet till att förverkliga hälso- och sjukvårdslagens intentioner och till en mera offensiv vård.

Vi vill här visa hur en social kompetens inom primärvården kan bidra till ett utvecklande av ett holistiskt synsätt inom en vårdcentral. Vi ska försöka belysa detta med ett fall ur vardagen.

Sinikka med det onda benet

45-årig, rejält överviktig kvinna, lokalvårdare vid en skola. Familj med make och två snart vuxna barn. Tidigare sökt för övervikt 1974 och ett par gånger för ryggskott. Nu i augusti 1986 plötslig värk i vänster ben, vilket distriktsläkarvikaie uppfattar som tillfällig muskulär överbelastning. Ordinerar sjukskrivning och vila. Efter besök hos ytterligare fyra olika läkare på vårdcentral, ortopedspecialist, röntgen och distriktsgymnast framkommer olika diagnostiska alternativ och behandlingsförsök inkluderande friskvårdsremiss.

Kvarstående arbetsoförmåga trots att värken i benet blivit lite bättre. Ter sig uppgiven, kaotisk och gråtande. Föreläs i januari 1987 kuratorskon-takt.

FRISK - SJUK - HÄLSA?

Man måste vara tacksam

"Jag förstår inte vad jag ska göra hos en kurator... jag är väl inte inbillningssjuk eller ett psykfall... men man måste ju vara tacksam och ta emot all hjälp som ges... jag vill ju bli frisk."

Början av ett möte mellan kurator och en kvinna med besvär av sitt ben. Ett möte som för denna kvinna innebar expert nummer elva i raden av olika läkare, sjukgymnaster etc, under det senaste året. Ett möte där kvinnan idag - fyra månader senare - ser att det onda benet är mindre intressant och att möjligheter till annat arbete, till ökad självförtroende och till ett rikare liv är en mera central fråga.

"Jag är ju bra i benet... men måste vara sjukskriven för något och säger till mina grannar att jag har litet svårt att gå".

Med flera ögon har vi, det vill säga patienten/läkaren/kuratorn börjat se hur det ser ut. Vad står det onda benet för? Vi har börjat våga tala om det. Ingen av oss har några färdiga lösningar, ingen har facit. Vi är i början av en process, främst innebärande många möjligheter men också stora svårigheter.

Hälsa - vad menar vi?

Vi tillämpar begreppet **optimal hälsa** och hänsyftar således till en vidare definition. För att definiera begreppet vill vi referera till Ivan Illich (1):

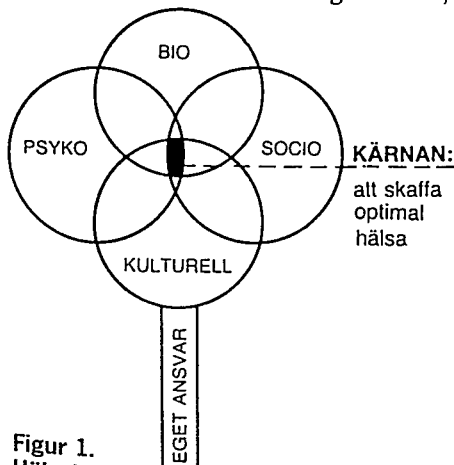
"Hälsa betecknar en anpassningsprocess och framkallas inte instinktivt. Den betecknar människans förmåga att anpassa sig till miljöförändringar, förmågan att växa upp och att åldras, att läka och att lida och att lugnt invänta döden. Hälsan innefattar också framtiden och innebär även därför djup oro och de inre resurser som behövs för att leva med den. Hälsa betecknar en process varigenom var och en är ansvarig."

Hälsobloppen

Vårt antagande om människans natur är att människan är en *Bio - psyko - socio - kulturell varelse* med eget ansvar. Utifrån detta antagande kan vi arbeta efter en så vid och fullständig bedömning som möjligt med insatser vad gäller hela människan. Denna modell som vi benämner hälsobloppen kan möjliggöra ett hälsoarbete för en optimal hälsa, det vill säga där patienten kan skaffa sig ett friskt liv och en berikande tillvaro.

Hälsoarbete - en process

Hälsoarbete handlar om att göra människor medvetna om sin egen hälsa,



Figur 1. Hälsobloppen

vad gäller samspelet kropp - själ - socialt liv - levnadsvillkor - eget ansvar och om möjligheten att utveckla såväl det fungerande som det icke fungerande. Jag blir inte frisk eller får optimal hälsa. Jag måste reparera med egna resurser och ibland med bistånd från exempelvis primärvårdens resurser. Det handlar om att skaffa sig hälsa! **Motivationsarbete och medvetandegörande** ingår således i vårt hälsoarbete. En process med långa perspektiv, inte ett år utan två, tre, kanske fem års perspektiv där en viktig fråga är **kontinuiteten**.

I vår *Bio - psyko - socio - kulturella ansvarsmodell* ingår ett **processstänkande** som kräver möjlighet till analys och stegvis problemlösning. Det gäller för oss som möter "patienten som vill bli frisk nästa dag" att dels ha is i magen själva och inte gripa efter lösningar och förslag i luften innan vi känner till problemet/problemen och dels att kunna motivera patienten för ett processinriktat eget hälsoarbete och även att arbeta systematiskt med problemlösning genom att:

- i ett första steg försöka bli medveten. Att se!
- i steg två våga börja tala om hur det ser ut! Att tala!
- för att i steg tre söka och pröva alternativa vägar och gå vidare, att finna lösningar. Att handla!

En processinriktad och systematisk problemlösning förutsätter att vi problematiserar i stället för att förenkla. Att vi vågar se och tala om verklighetens sammansatthet, som motvikt till den utbredda bioinriktade apparatfelmodellen vi möter inom hälso- och sjukvården, där vi fragmentiserar människan och fokuserar på delar. Som hjälpmedel vid problematisering kan vi tillämpa olika analysmodeller.

Sinnika och hälsobloppen

Vi kan på nytt sätta in hälsobloppen här - som en analysmodell - och ställa frågan: Kan Sinikka skaffa sig optimal hälsa och ändra förutsättningarna för livskvalitet om:

- vi enbart erbjuder medicinska insatser?

Ortopedläkare har misstänkt bakomliggande diskbräck men tills vidare valt att avvakta med ytterligare utredning. Om vi fortsatt att fokusera på benet kan vi ana att det lett till ytterligare diagnostiska åtgärder och även till operativa ingrepp med oviss prognos och risk för fixering vid benbesvär.

Vad vi gått vidare med är att distrikts sjukgymnasten initierat medicinsk träningsterapi för uppbyggnad av allmänkonditionen och av styrkan i benet.

Först vid återbesök för fortsatt sjukskrivning, cirka 7 månader efter första kontakten görs allmän medicinsk undersökning. Blodtrycket är rejält förhöjt. Sinikka berättar då om sin paniska skräck för blodtrycksmätning,

grundlagd från traumatiska upplevelser i samband med sina graviditeter.

- vi härleder enbart till individuella psykiska problem?

Vad vi tillsammans såg initialt: En rädsla för egna reaktioner, känslor och smärta. En tveksamhet inför en samtalskontakt med upprepade farhågor mot att beröra bakgrund, "det som varit har varit!"

Vad vi gått vidare med är att tala om att kropp och själ hänger ihop. Att benbesvären, kraftig övervikt och långtidssjukskrivning inte kan särskiljas från resterande människan med känslor, tankar, livssituation, bakgrund med mera. Vi frågar oss vad som hänt om vi rutinmässigt remitterat Sinikka till vuxenpsykiatriska kliniken?

- vi utgår från ett rent socialt perspektiv?

Vad vi kom fram till efter några samtal var att Sinikka, som arbetat i 20 år som lokalvårdare på samma arbetsplats, upplever en bristande självförtroende med svårigheter att tro på egen utveckling. "... jag får väl vara tacksam som har ett arbete." Svårigheterna att hitta mening i tillvaron, särskilt med tanke på att äldsta barnet nu flyttat hemifrån och mammafunktionen försvinner. "... jag är rädd för framtiden och hur det kommer att bli."

Vad vi vill gå vidare med är att pröva realistiska alternativ till utbildning och annat arbete och tala mer om vikten av ett fungerande socialt nätverk. Sinnika tycker sig inte ha tillgång till sina rötter - flyttade från Finland som barn - och upplever bristande språkidentitet.

- vi bortser från de kulturella aspekterna?

Vad vi möter är en 45-årig kvinna som först nu börjat reflektera kring sin bakgrund. Sinnika kom som tonåring till Sverige - utan sin familj - och upplever att bland annat språksvårigheter och annan nationalitet har varit hinder genom livet. "... när man är invandrare får man ta de jobb som erbjuds, även sådana jobb som är nedklassade... man har ingen att trygga sig till..."

"... jag skulle vilja börja på en vårdbiträdeskurs men är rädd att jag inte förstår allt och inte klarar skrivingar och prov och så..."

- eller om vi rutinmässigt sätter in åtgärder utan dialog med Sinnika och utan eget ansvar för fortsättningen?

... benbesvären är borta - ersatta med blodtrycksbesvär.

Idag vet inte Sinikka om hon är frisk eller sjuk men har lärt sig ett nytt ord. Visioner.

VÅRA NUVARANDE MÖJLIGHETER

En av våra möjligheter att kunna utveckla hälsobloppen vid vårdcentralen, Falu lasarett, är att kunna använda social kompetens i form av primärvårdskurator. Vi kan indela kura-

torsarbetet i det "direkta" och det "indirekta" arbetet med människor.

Direkt patientarbete

Det direkta patientarbetet, det vill säga individuella stödkontakter med kurator, bygger på olika arbetssätt där grundtanken är att alla patienter som önskar kuratorskontakt får komma till tals. Stödkontakterna utgår idag från främst två förhållningssätt. (I "Handledning i psykosocialt arbete" av Gunnar Bernler, socialläkare och Lisbeth Johnsson, socionom och metodiklärare vid Socialhögskolan i Göteborg, behandlar författarna olika förhållningssätt vad gäller att bedriva psykosocialt arbete som förändringsarbete) (3):

- förändringsarbete i patientens livssituation genom direkt styrning, typ rådgivning II

- förändringsarbete av patientens livssituation genom indirekt styrning, medvetenhetsskapande teknik/insiktsriktad III, som i exemplet Sinikka samt dito med en mera terapeutisk inriktning IV.

Samtalskontakten består ej av renodlad psykoterapi V, vilket ej ingår i primärvårdskurators kompetensområde. Det förekommer ej heller förändringsarbete av patientens livssituation genom aktiv aktion, till exempel anskaffande av arbete, bostad med mera I.

Indirekt patientarbete

Det indirekta patientarbetet tror vi kommer att öka mer och mer inom kuratorsfunktionen. Här utgör handledningsfunktionen en viktig del. I våra yrkesroller, antingen vi är undersköterskor, mottagningssköterskor, läkare eller distriktssköterskor - i en tung vårdvardag - bör handledning vara ett måste, både ur personstödande aspekter som vad gäller utvecklandet av ett kvalitativt bemötande av patienter och anhöriga. För närvarande arbetar vi med två handledningsgrupper yrkesgruppsvis, undersköterskor respektive mottagningssköterskor vid vårdcentralen. Dessutom deltar två av våra distriktsläkare i Balintgrupp. Målet är att från det egna yrkesområdet skaffa kunskap och träning i problemlösning i grupp. Kärnan eller den röda tråden i handledningsgruppen är att utveckla ett professionellt förhållningssätt i bemötande av patienter och anhöriga, en process som inbegriper egen utveckling.

Målet med primärvårdskurators direkta och indirekta arbete bör vara att stärka individens sociala nätverk. Att göra människor så självgående som möjligt med ett brett, välfungerande nätverk med tillgång till självvalda stödorgan - föreningar, grupper - och med tillgång till professionella insatser som är lättillgängliga, välbemötande och kompetenta (som exempelvis primärvården).

Svårigheter och hinder

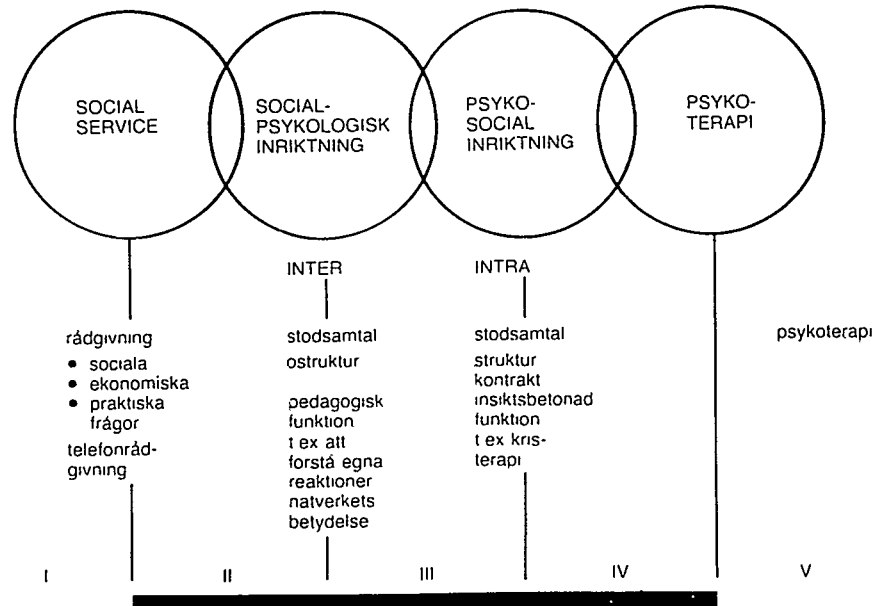
Svårigheter vi möter i hälsoarbetet kan handla om hinder hos oss själva "vi hinner inte och det är inte vårt bord",

hinder hos patienten "jag måste ha medicin som hjälper" och hinder som vi möter på beslutande tjänstemanna/politikernivå "vi har inte resurser" eller "det kostar för mycket".

Medikalisering och privatisering utgör andra svårigheter och fallgropar. Vi tror att en viktig aspekt är, att inte bara inrikta oss på det sjuka. Vid en helhetsbedömning enligt vår hälso-blomma kan ingå ökade möjligheter att kunna ta till vara det friska. Att förstärka det för patienten fungerande. Vi kan fråga oss om den sjuka patienten kan bli sjukare inom primärvården när vi fokuserar på det icke-fungerande? Vad händer med människors självkänsla när vi talar om det människor inte kan och det som inte är bra? I vilken grad medverkar vi i vårdteamet och vårdarrollen till en medikalisering, en process där sjukrollen kan förstärkas och utvecklas? Med full förvissning om fortsatta benbesvär och att inte bli betrodd såg Sinikka under våra första samtal endast två utvägar, att gå tillbaka till sitt städarbete som hon arbetat med under 20 års tid och inte vill tillbaka till, eller att bli sjukpensionär. Två alternativ som bägge inkluderar sjukroller.

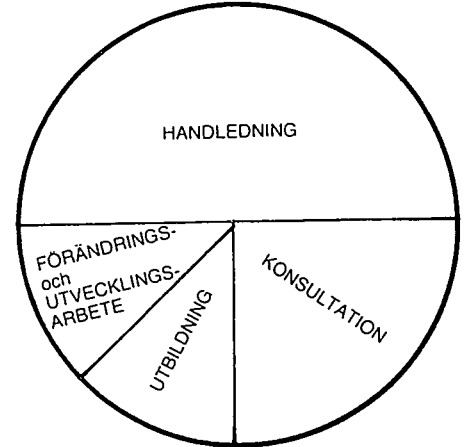
Vi vill framhålla vikten av att, utöver det direkta patientarbetet som idag ingår i primärvården, kunna arbeta med eller initiera grupper av människor för medvetandegörande/frigörande av egna resurser. I vår erfarenhet finns farhågor kring att **privatisera** och **individualisera** samhällsliga problem. En erfarenhet och kunskap som bör ingå i vårt förhållningssätt inom primärvården. Vad i patientens problematik rör en privat angelägenhet - med eventuell terapeutisk inriktning - och/eller vad kan betraktas som en kulturell belastning? Att till exempel Sinikka med invandrarbakgrund upplever problem i att vara 45-årig, "outbildad" kvinna, före detta hemmafru med visstidsarbete som lokalvårdare, att sakna ett fungerande socialt nätverk och vara utan "kvalificerad" yrkeserfarenhet, är pri-

Kuratorsfunktionens direkta arbete med människor bygger på olika arbetssätt.



INDIREKT ARBETE — ATT SPRIDA HÄLSOBLOMMAN I PRIMÄRVÅRDSORGANISATIONEN

Det indirekta kuratorsarbetet kan indelas i fyra huvudområden med aktuell fördelning vid Vårdcentralen, Falu lasarett.



mårt inget individuellt psykiskt problem.

MÖJLIGHETER OCH VISIONER

Primärvårdskuratorer eller ej är en kontroversiell fråga på sina håll i landet. Trots fleras vittnesbörd från verksamheter liknande vår, till exempel Teg, Nora och Hallunda (5-7) gäller fortfarande en central rekommendation (8) att primärvårdens sociala kompetens ska tillgodoses via socialtjänsten inom primärkommunen. Den kuratorsverksamhet som vi förespråkar är enligt vår mening inte någon dubbelorganisation, som konkurrerar med socialtjänsten. Vid forskningsavdelningen vid institutionen för socialt arbete i Lund pågår dock en kartläggning kring primärvårdens behov av kuratorskompetens.

Under den tioårsperiod som vårt krav på fast vårdcentralskurator här i Falun vuxit sig starkare, har den tekniska utvecklingen inom vården gått allt snabbare. Detta kan exemplifieras genom att nämna datorisering, nya diagnostiska och terapeutiska metoder som datortomografi och ultraljud. När det gäller rent mänskliga kvaliteter på samhällsvetenskaplig grund räcker det

Människan har två ögon,
Ett ont och ett gott,
Eller om man så vill,
Ett sjukt och ett friskt,
Med dessa ögon ger hon av sig själv
och tar emot av andra.
Någon gång händer det att hon
vågar viska till sin omgivning:
— Lågg märke till mig!
— Säg att jag duger!
— Se mig inte i det öga som är ont
utan se mig i mitt friska öga!

Haak Koschiansky S. (4)

inte med tio år för att få en metod som kurator i primärvård införd! Hade kuratorsfunktionen kunnat ersättas av en apparat hade vi säkert fått en för länge sedan.

Vi har trots administrativ tröghet och ständiga provisorier sett hur kuratorsfunktionen blivit en omistlig del inom vår primärvård, genom att kurator tillför oss alla på vårdcentralen ökad kompetens och ger våra patienter möjlighet till kompletterande och alternativt synsätt på problem som presenterats som rent biomedicinska. Utbyggd primärvård med bland annat fler läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast har snarast ställt ökade krav på social kompetens inom organisationen. Vår avsikt är således inte att inrätta en ny specialistfunktion, Det gäller att *tillföra hela primärvården* ökad kompetens för att kunna arbeta med den helhetssyn som hälso- och sjukvårdslagen kräver.

Vi hoppas att Du som läsare har visionerna kvar – att hitta allmänmedicinens kärna.

Vi tror genom vår erfarenhet att ökad social kompetens i primärvården kan vara en viktig del för att med flera ögon se vägen dit.

Referenser:

1. Illich I. Den farliga sjukvården. 2 uppl. Stockholm: Aldus, 1975.
2. Liedén B. Hela människan! Helhetssyn och hälsa – om holistisk medicin. Stockholm: Nordstedt, 1985.
3. Bernler G, Johnsson L. Handledning i psykosocialt arbete. Lund: Natur och Kultur, 1985: 26–7.
4. I: Evander PG. Se mig i mitt friska öga. Stockholm: Bonniers, 1980.
5. Institutionen för socialt arbete. Kurators arbetsuppgifter vid Tegs vårdcentral. Umeå: Umeå universitet, 1981.
6. Eriksson C-G, Bånghagen G. Socialt arbete inom primärvården – bilder från vårdcentraler med skilda organisationsformer. AllmänMedicin 1983;4: 262–4.
7. Lindberg Navier I, Teglund B, Vågerö D. Kurator, ny medarbetare på vårdcentral? Läkartidningen 1978;75: 317–8.
8. SPRI. Primärvård – innehåll och utveckling. Överenskommelse från ett samverkansprojekt mellan Socialstyrelsen, Landsförbundet, Kommunförbundet och SPRI Stockholm: SPRI, 1978 (SPRI S 101).

Författarpresentation

Ingelöf Gabrielson, Erik Tegmark.

Postadress Vårdcentralen, Falu lasarett, 791 82 Falun

Kurser &
konferenser.

5:e nordiska kongressen i allmänmedicin 14–17 juni 1987, Reykjavik, Island

ANDERS HÅKANSSON

Under veckan före midsommar genomfördes den femte, och hittills största, nordiska kongressen i allmänmedicin i Reykjavik på Island. Kongressen var mycket imponerande såväl kvantitativt som kvalitativt. Den visade klart att den nordiska allmänmedicinen är på fortsatt stark frammarsch.

Vi anländer till Keflavik ungefär tre timmar försenade. Annars har flygresan från Landvetter via Bergen gått bra. Vädret är grått och duggigt. Vi missar välkomsträffen vid badet på lördagskvällen.

Kongressens öppnande

Nästa morgon följer kongressens högtidliga öppnande. I runda tal 800 personer har samlats i universitetets aula. På podiet de fem nordiska ländernas flaggor, dessutom flaggor från Grönland, Färöarna och Åland. Framför talarstolen ett praktfullt blomsterarrangemang. President Vigdis Finnbogadottir anländer. Trumpetfanfarer. Hälsningsanföranden av isländska allmänläkarföreningens ordförande, kongressens president, Islands hälso- och sjukvårdsminister, medicinska fakultetens dekan och WONCA's representant. Mellan anförandena mera trumpetmusik samt isländsk folkmusik, framförd av skolflickor från Reykjavik.

Ljuset tänds. Kort paus.

Öppningsföreläsning

Därefter är det dags för kongressens öppningsföreläsning. Bengt Scherstén från Dalby talar om "Diagnostik nära patienten". Patientnära kan tolkas på två sätt, dels som decentraliserad diagnostisk teknik, dels och framför allt som patientens delaktighet och insikt i själva diagnostiken. Betydelsen av metoder med hög sensitivitet och hög specificitet betonas, liksom betydelsen av aktiv expektans i den diagnostiska processen.

"Diagnosen är ofta inte en slutgiltig och statisk definition av ett tillstånd, utan inom allmänmedicinen ofta ett föränderligt och komplicerat samspel mellan läkare och patient i en tidsrelation."

Applåder. Bra föreläsning, trots högtidligheten.



Presidenten och presidenten för kongressen.

Kongressglimtar

Jag går så över till att ge glimtar av kongressen i övrigt. Därvid håller jag mig till två teman, nämligen prevention och kvinnor. Att ens översiktligt referera från kongressens sex plenarföreläsningar, sex symposier, 70 fria föredrag (själv hade jag tilldelats nummer 13 – men jag tror det gick bra ändå) och 88 posters är naturligtvis en omöjlighet. Varför måste så många symposier och fria föredrag gå parallellt? Varför måste det vara så trångt under poster-sessioner? Själv föredrar jag klart ett fritt föredrag jämfört med en poster, men det är kanske bara ovana.

Prevention

"Förebyggande arbete – individ, familj och samhälle", så lyder kongressens motto. Men det är också rubriken på Petur Peturssons föreläsning. Vi hör här Europas nordvästligaste distriktsläkare, han kommer från Bolungarvik. Han predikar prevention i kampen mot välfärdssjukdomarna. Vi i västerlandet måste ändra på vår livsstil: Mindre röka, mindre dricka, mera fibrer, mera motion. Vi har nog hört det tidigare – men det är lika viktigt ändå. Dock har enligt föreläsaren varken allmänheten eller politikerna lust att satsa några större summor på förebyggande arbete. För "Det är marknadskrafternas natur att försöka tillfredsställa nuets behov snarare än reella långtidsintressen." Men vi allmänläkare har en unik position nära patienterna. Vi träffar majoriteten av vår befolkning varje år. Och "... den form av hälsouppläsning som ger bäst resultat är riktad information med förankring till något av patientens aktuella problem, given av en trovärdig rådgivare i samtal mellan fyra ögon!" Genom att vi allmänläkare

sköter mödrahälsovården och barnhälsovården har vi goda möjligheter till förebyggande arbete bland de blivande och unga familjerna. På samhällsnivån bör allmänläkarna mera högljutt föra preventionens talan och mera aktivt utnyttja massmedia.

Kvinnor

En annan av plenarföreläsningarna handlar om "Kvinnors hälsa". Det är *Calle Bengtsson* som kåserar om sina göteborgskor. Som vi vet lever kvinnan genomsnittligt längre än mannen, hon drabbas av hjärtinfarkt mindre ofta och hon får cancer mera sällan. Men det finns annat som talar för att kvinnan trots allt är det "svaga könet": Kvinnan upplever mera symptom än mannen, hon söker läkare oftare och hon äter mer medicin. (Inte kan det väl vara så att kvinnan lever längre därför att hon går till doktorn oftare?) Välkänt är att kvinnans "päronfetma" är mindre farlig än mannens "äppelfetma", men vi får inget svar på frågan om det är viktigast med en smal midja eller en stor stjärt.

Hälsokontroller

Ett av symposierna handlar om *hälsokontroller*. Här presenteras från *finskt* håll ett förslag till hälsokontroller för vuxna. Där ingår en noggrann läkarundersökning och en riklig provtagning vid 17–20 års ålder. Därefter kontroller hos hälsovårdare vid 30 års ålder och sedan vart femte år fram till åtminstone 65 års ålder. Mycket ambitiöst program. Men orkar folk med det hela? Och orkar sjukvården med det?

Mot den finska modellen ställs ett *danskt* försök med förebyggande hälsosamtal, där individen får ta upp vad han vill med sin praktiserande läkare, och provtagningen inskränker sig till en eventuell blodtrycksmätning. Men ännu så länge ersätter inte det danska sjukförsäkringssystemet några hälsokontroller. (Försök med förebyggande hälsosamtal i allmän praxis på Själland är ämnet också för två av de fria föredragen. Under perioden mars–november i år skall samtliga 14 praktiserande läkare i två kommuner genomföra 2000 samtal. Försöket skall därefter utvärderas.)

Allmänläkarens viktigaste uppgift är att beskydda befolkningen för alla falskt positiva fynd. Det slår den *norska* deltagaren fast. Hur bra sensitivitet och specificitet en test än har, så tenderar testen att bli dålig när allmänläkaren använder den i screeningsyfte på sin relativt friska befolkning. Från *svenskt* håll ges exempel på hälsoundervisning given till kvinnor med överrisk för slaganfall. I det *isländska* bidraget betonas vikten av en välstrukturerad journal och ett fungerande kallelssystem för att lyckas med det förebyggande arbetet.

Mödrahälsovård

Av de fria föredragen handlar hela sex om *mödrahälsovård*. Från *Växjö* presenteras ett totalmaterial från en defi-

nierad befolkning på 143 kvinnor, vilka följts under hela graviditeten. Hela 80 procent av de gravida kvinnorna kunde på mödravårdscentralen skötas av distriktsläkare och distriktsbarnmorska i samarbete, ungefär 10 procent krävde viss specialistmedverkan och resterande 10 procent krävde stort engagemang från obstetrikerns sida. Ungefär 40 procent av kvinnorna fick under graviditeten recept, och lika många fick sjukskrivning.

Vid allmänmedicinska institutet i *Köpenhamn* har man studerat mödrahälsovården med enkätmetoden. Man har skickat enkäter till 1000 allmänpraktiserande läkare och 550 läkare på förlossningsavdelning. Hur hög svarsprocenten är får jag aldrig klart för mig. På kongressen framförs tre fria föredrag på basen av dessa enkäter. Vi får veta, att i 79 procent diagnostiseras graviditeten hos den praktiserande läkaren, varav i 96 procent före vecka 12. Första graviditetskontrollen hos läkaren tar vanligen 30 minuter, medan de övriga två rutinkontrollerna brukar ta 15 minuter. Vad beträffar fastställandet av förlossningstidpunkten får vi veta, att allmänpraktikern och obstetrikern lägger vikt på samma anamnestiska data och samma undersökningsfynd. Hos 10 procent av kvinnorna ändras sedermera den beräknade förlossningstidpunkten och denna ändring är baserad på ultraljudsundersökning. Sådan undersökning utförs av läkare på förlossningsavdelning, dit alla kvinnor erbjuds komma i vecka 16–18. Ultraljudsundersökning görs då på 70 procent av kvinnorna. Hur ofta den praktiserande läkaren har tidigare kännedom om den gravida kvinnan får jag aldrig reda på – detta föredrag går parallellt med det nys refererade.

Från *Baerums* kommun utanför Oslo presenteras en studie av graviditet och sjukskrivning. Man har studerat de gott och väl 1000 kvinnor som födde barn 1985. Data har inhämtats från det medicinska födelseregistret och från försäkringskassan samt via en enkät till kvinnorna (svarsfrekvensen över 80 procent). Av kvinnorna förvärvsarbetade 82 procent, 60 procent var heltidsarbetande. Hela 51 procent var sjukskrivna en eller flera gånger under graviditeten, och med ökande arbetsinsats ökade sjukskrivningsfrekvensen.

Av de 203 kvinnor som var sjukskrivna mer än 14 dagar, var 35 procent så på grund av muskuloskelettala sjukdomar och 18 procent på grund av pre eklamsi/hypertoni. Sista graviditetsmånaden var ungefär hälften av kvinnorna sjukskrivna. Till saken hör, att man i Norge inte får sjukskriva för normala graviditetskrämpor, men reglerna är inte entydiga och det är således öppet för den enskilde läkarens godtycke. Frågan är om inte Norge och Sverige borde göra som Danmark och Finland, det vill säga föreskriva fyra

veckors föräldrapenning före beräknad förlossning?

I *Mörkhøj* utanför Köpenhamn har man sedan 1978 bedrivit barnhälsovården i form av gruppundersökningar. Verksamheten påminner om våra svenska föräldragrupper, men både den praktiserande läkaren och hälso-systemen är med, och gruppträffarna har i princip ersatt de individuella kontakterna. Av de varje år 50 nyblivna föräldrarna var endast enstaka valt individuell barnhälsovård. Det är till och med så, att mödravårdens efterkontroll sker i anslutning till en "gruppundersökning". En enkät till en årgång föräldrar visar nu, att hela 87 procent av föräldrarna anser sig ha lärt något nytt, och att gruppträffarna är en väsentlig nätverksskapande aktivitet.

På *Själland* har det gjorts en randomiserad och kontrollerad studie av fostervattenprov bland 4606 lågriskkvinnor. På hälften gjordes amniocentes och på andra hälften gjordes enbart ultraljudsundersökning. Studien visade en signifikant ökad risk för spontan abort efter vecka 16 bland de kvinnor som fått företaget amniocentes, men risken var liten (1,7 procent mot 0,7 procent i kontrollgruppen). Dessutom fann man en ökad risk för att föda barn med mycket låg födelsevikt (mindre än 1500 gram) och diagnosen "respiratory distress" ställdes oftare i amniocentesgruppen än i kontrollgruppen.

Ytterligare ett antal fria föredrag hann jag lyssna på, men av utrymmesskal refererar jag dem inte.

Sociala aktiviteter

Till slut några ord om de *sociala aktiviteterna*. På söndagen är det Islandskväll på Operan. Gräddan av Islandsångare framför isländska folkmelodier men även verk från kända operor och operetter. Kraftiga applåder. Flera inrop. Måndagens eftermiddag och kväll görs en utflykt till bland annat Gullfoss, det gyllene vattenfallet, och Geysir, som dagen till ära sprutar vatten, dock inte så högt som Strokkur, den yngre varma källan. Storslaget landskap. Dock kargt och kallt.

Tack

Sammanfattningsvis får man konstatera att kongressen varit mycket lyckad. Till och med vädrets makter har varit med oss. Grått och regnigt under inomhussessionerna, uppehållsväder under måndagens utflykt och strålende solken under onsdagen då själva kongressen har avslutats. Tillsammans med hela Reykjavik firar vi då den isländska nationaldagen. Våra isländska kolleger med Johann Sigurdsson i spetsen får ha *ett stort tack* för de fina arrangemangen. Nästa nordiska kongress äger rum i Århus den 23–26 augusti 1989.

Författarpresentation

Anders Håkansson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdecentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö

WELLCOPRIM

trimetoprim, ett antibakteriellt medel

ÅRET RUNT

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



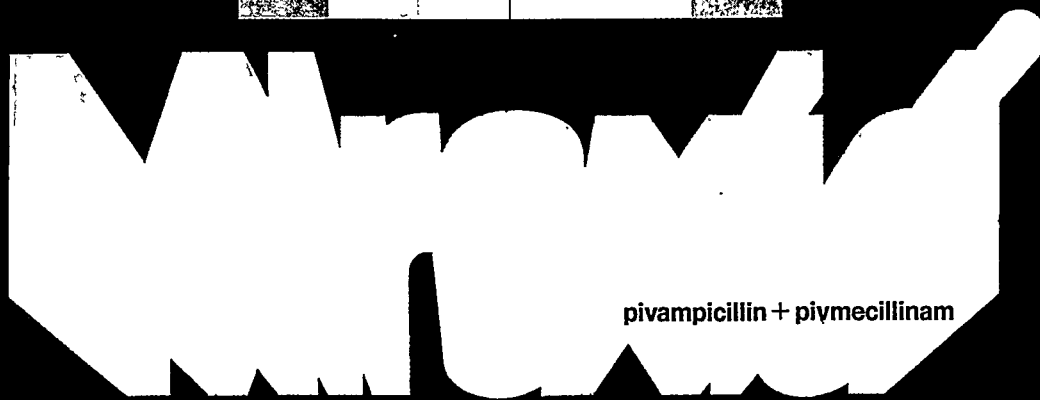
ORIGINALPREPARATET VID AKUT CYSTIT

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

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.

