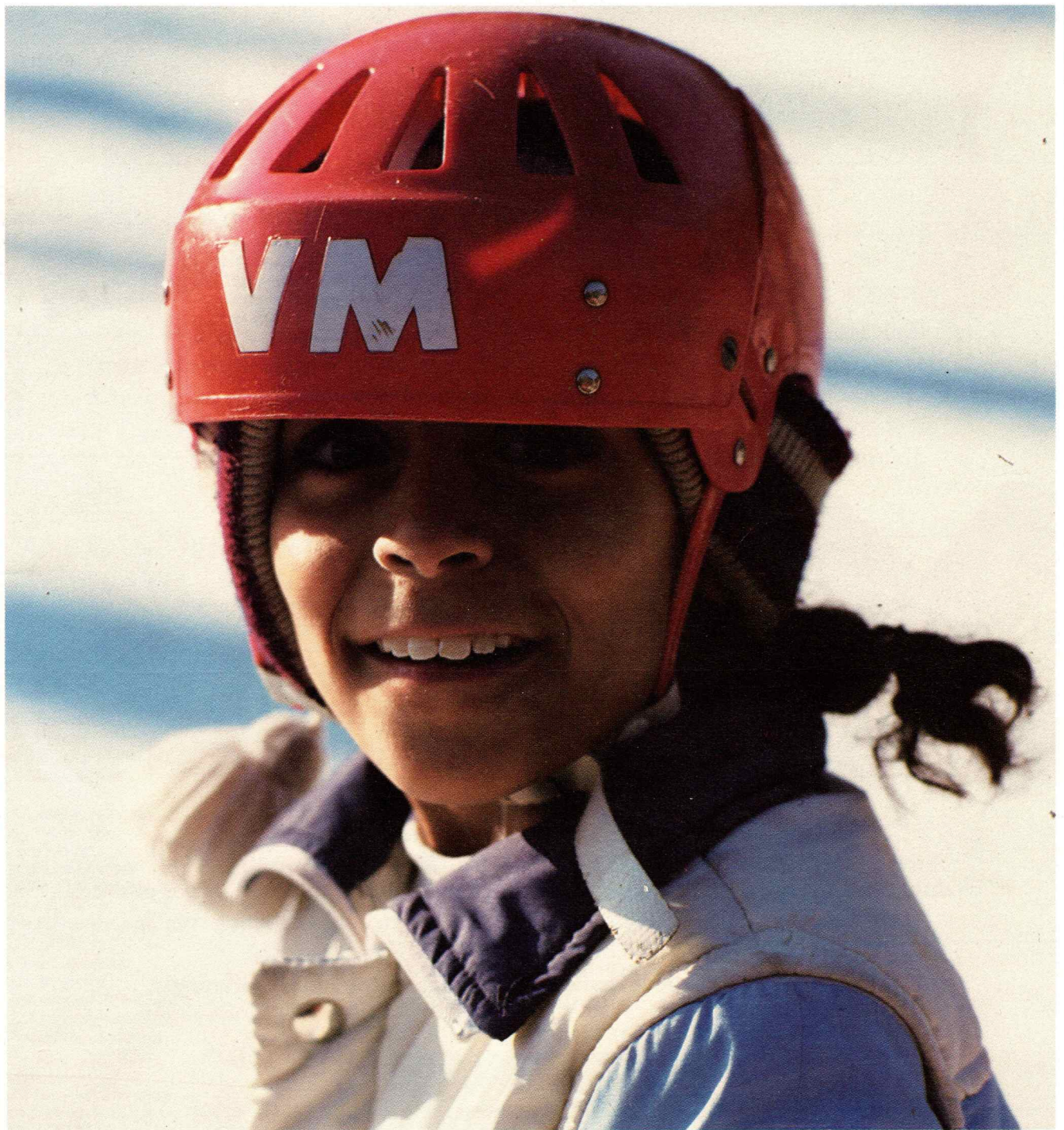


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

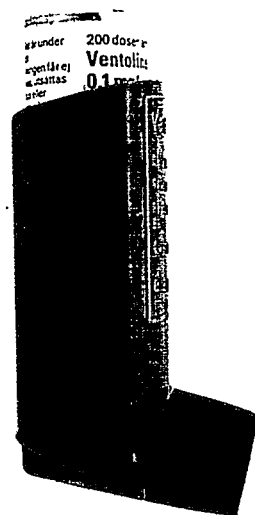


Bibliotek på
vårdcentral

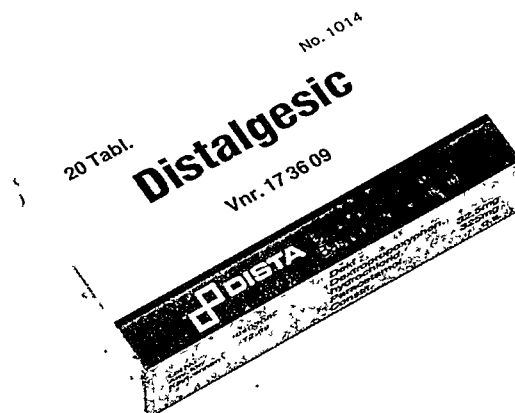
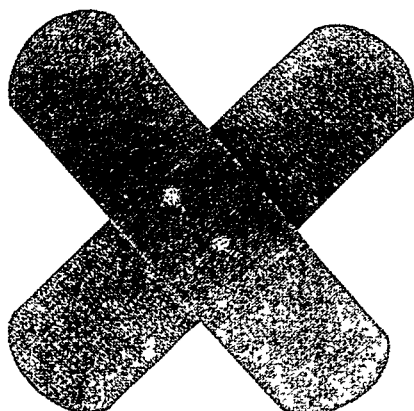
1
1988

Patient—läkar-
relationen

Är dina förväntningar vid analgetikabehandling enbart smärtlindring?



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



Distalgesic påverkar inte trombocyttaggregationen, och ökad blödningsbenägenhet (som kan ses efter ASA-behandling) är inte något problem.

Distalgesic ger en låg behandlingskostnad, även i adekvat dosering som är 2 tabletter 3–4 gånger dagligen.

Distalgesic kan ges till de flesta patienter utan besvärande biverkningar.



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

DISTALGESIC ΔR

Deklaration: En tablett innehåller: Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. Egenskaper: Dextropropoxyphenhydroklorid 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 1988. 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 manusstoppdagarna.

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
2/88	25/ 2-88	14
3/88	8/ 4-88	22
4/88	10/ 6-88	37
5/88	1/ 9-88	44
6/88	6/10-88	48

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmän Medicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

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

Redaktionskommitte:
Dan Andersson
Malin André
Cecilia Björkelund
Anders Håkansson
Anna Källkvist
Rolf Linnarsson

Redaktionsadress:
AllmänMedicin
Institutionen för socialmedicin
172 83 Sundbyberg. Tel: 08/98 94 92
(Margareta Lindborg)

Annonser:
YH Annonsförmedling.
Alströmergatan 18, n.b. 112 47 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: Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1988

ISSN 0281-3513

Ledare:

Allmänmedicin framåt

— ✗ 4

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Epidemiologi som bas för utvärdering av ett lokalt olycksfallsförebyggande arbete

Gunilla Bjärås

✓ 5

Debatt:

Allmänmedicinens särart

Bertil Malmödin

✓ 7

Ett slag mot allmänmedicinen

Ingemar Hermansson

✓ 10

Primärvården och de äldre:

Hjälpbetov bland de äldre i Gällivare kommun.

Hjälpbetov för hemsjukvårdspatienter kvällar och nätter

Sven Ternov, Lyli Fällman, Kerstin Pettersson

11

Databearbetning:

SORTO – ett hjälpmedel i glömska? Manuell databearbetning

Peter Keiding

✓ 13

Diagnostik:

DSM-III-diagnostik i svensk psykiatri

Jörgen Herlofson

✓ 14

Bibliotek på vårdcentral:

Basbestånd av medicinsk litteratur för vårdcentraler

Elisabet Larsson

✓ 18

Skolhälsovård:

Finns det ett samband mellan läs- och skrivsvårigheter och synproblem hos skolbarn?

Birgitta Palmberg, Bengt-Åke Zetterström, Göran Sjönell

✓ 23

Patient-läkarrelationen:

Läkaren och patienten – varför förstår dom inte varandra? En litteratörundersökning och tankar kring dess fortsättning

Elisabeth Arborelius

✓ 25

Författarregister 1987:

Artiklar publicerade i AllmänMedicin 1987

✓ 29

421

71

72

73

74

75

76

77

78

79

Allmänmedicin framåt

Under året som gått har en intensiv diskussion förts om vad som egentligen är allmänmedicin. Dokumentet "Allmänmedicinen inför år 2000" presenterades i samband med SFAMs höstmöte i Umeå. Styrelsens avsikt med dokumentet är att ge inspiration och stöd till dem som arbetar med att vidareutveckla den svenska allmänmedicinen.

- Som bakgrund anges att
- allmänmedicinen är primärvårdens medicinska specialitet;
 - allmänmedicinen utgår från en familjemedicinsk modell. Inom allmänmedicinen är alla åldrar och alla hälsotillstånd företrädda;
 - allmänmedicinen är inte beroende av organisationsform;
 - allmänmedicinen har ansvaret för de förebyggande insatserna i lokalsamhället.

En viktig utgångspunkt i dokumentet är diskussionen om de tre praktikformer som kännetecknar det arbete som allmänläkaren står inför i lokal-

samhället. Den sjukdomsorienterade praktiken, den individorienterade praktiken och den samhällsorienterade praktiken, besvarar var för sig några grundläggande frågeställningar: "Hur skall man behandla?", "Vem skall behandlas?" och "Vad skall förebyggas?" Man menar i dokumentet att allmänmedicinaren bör vara väl förtrogen med alla tre praktikformerna.

Vi i redaktionen för tidskriften ansluter oss till dokumentet "Allmänmedicinen inför år 2000". Utgående från den modellen med de tre praktikformerna vill vi framöver försöka spegla hela det panorama av symtom och sjukdomar, individer och familjer som allmänläkaren träffar på i sin vardag. Vi vill ha bidrag från den lilla vårdcentralen på landet lika väl som från den stora vårdcentralen i staden. Vi vill också spegla såväl epidemiologisk som experimentell och kvalitativ forskning i vår tidskrift.

Redaktionen

Förändringar på redaktionen

Under det gångna året har Carl Edvard Rudebeck lämnat redaktionen. Carl Edvard har under flera år gjort förtjänstfulla insatser, inte minst när det gäller ledare i tidskriften. Carl Edvard har i den rollen framstått som något av allmänmedicinens chefsideolog i Sverige. Vi ser fram emot flera manuskript från Carl Edvard, även om han lämnat oss i redaktionen.

Dan Andersson, distriktsläkare i Laxå och Cecilia Björkelund, för närvarande studentläkare i Uppsala, har under hösten 1987 påbörjat sitt arbete i redaktionen. Vi är glada för deras inträde i redaktionsarbetet och ser fram emot ett givande samarbete.

PRIZE FOR INTERNATIONAL RESEARCH IN GENERAL PRACTICE

General Practitioners from more than a dozen countries in both Western and Eastern Europe have formed a group which meets regularly to discuss research projects and methodology comparing general practice in the different member countries.

The European General Practitioner Research Workshop (EGPRW) currently comprises some 150 members and is expanding rapidly.

In order to stimulate involvement of both members and potential members of the EGPRW in the development of an international research project, a competition is being organised. The prize, sponsored by G D Searle & Co Ltd will be awarded for the best proposal. The proposal should

- be designed to involve at least two European countries
- concentrate on patients and factors related to their health
- be practical in terms of cost, patient numbers etc.
- ideally be concerned with conditions affected by inter-country differences

Preference will be given to projects related to AIDS and HIV infection.

For further details and an application form please write to:

Dr Paul Wallace, Secretary, EGPRW
Department of General Practice
Lisson Grove Health Centre, Gateforth Street
LONDON NW8 5EG

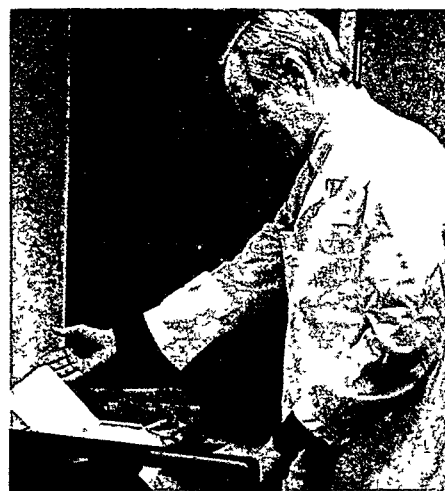
Closing date for entries: 31st March 1988

Priset innebär följande: Om man antages får man i första fasen resebidrag på £ 250 för ett möte i Dubrovnik med The European General Practitioner Research Workshop (EGPRW) Fas 2. Bidrag på £500 för projektet. I en tredje fas kan man dessutom vid behov erhålla ytterligare £250 för kompletterande undersökningar, publikationskostnader o liknande.

SFAM's höstmöte i Gävle 29–30 september 1988

Svenska distriktsläkarföreningens för-
enings- och fullmäktigemöte 1988-05-
06–07 i Linköping.

Tema för föreningsmötet 880506:
Distriktsläkarens arbetsmiljö.



Professorn i allmänmedicin i Linköping

Erik Trell född den 4 juni 1939 i Trollhättan. Maka: Lena Trell, född Alm. Barn: Karl-Oskar och Kristina.

Avlade studentexamen vid Gävle högre allmänna läroverk 1959. Började medicinska studier i Uppsala 1960 och blev med kand där 1961. Med lic 1967 i Lund och disputerade för med doktorsgrad 1972. Antogs samma år som docent i medicin vid Lunds universitet. Erhöll specialistkompetens i internmedicin och hjärtsjukdomar 1971, och i allmänmedicin 1984. Nu utnämnd till professor i allmänmedicin.

SFAM och AllmänMedicin önskar honom lycka till.



Epidemiologi som bas för utvärdering av ett lokalt olycksfallsförebyggande arbete

GUNILLA BJÄRÅS

Skador till följd av olycksfall är ett stort hälsoproblem i västvärlden. Olycksfallsskador förorsakar fler dödsfall än någon sjukdom bortsett från hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer. De flesta olycksfallsskador kan förhindras genom ökad kunskap och förbättringar i den fysiska miljön. Detta visar den avhandling som nyligen lagts fram av filosofie kandidat Lothar Schelp vid Karolinska institutet i Stockholm.

Studiens målsättning har, dels varit att testa en modell och metod för datainsamling, dels att beskriva de olycksfallsskador som lett till sjukvård inom ett geografiskt avgränsat område. Dessutom var avsikten att studera om systemet för datainsamling var praktiskt användbart i ett lokalt baserat olycksfallsförebyggande program, samt att försöka värdera effekterna av ett sådant program.

Datainsamlingen av samtliga olycksfallsskador har pågått sedan 1978 på sjukhus och vårdcentral i Falköpings kommun, Skaraborgs län. Under ett år har cirka 20 procent av skadorna därefter ytterligare studerats genom en intervjuundersökning.

Ett olycksfallsförebyggande program har sedan 1980 bedrivits i Falköping. Programmet har bestått i information, utbildning och miljöförbättrande åtgärder främst inom hem- och arbetsmiljön. Tre år efter programmets genomförande har det skett en minskning av hemolycksfall med 27 procent, och av arbetsolycksfallen med 28 procent. Kunskapen och medvetandet av olycksrisker har dessutom ökat i det studerade området.

Den genomförda studien är den första i sitt slag inom olycksfallsområdet. Strategin med community work bygger på modeller hämtade från psykologi, socialt arbete och folkhälsoarbete. Tidigare studier från bland annat Nordkarelen och u-länder visar att hälsoutbildningsprogram med brukarinflytande och samarbete mellan organisationer ger resultat. Organisationer i Falköpings kommun samarbetar i community interventionsprogram med syfte att minska antalet olycksfall i kommunen. Avhandlingen försvarades vid Karolinska institutet den 8 maj 1987. Respondent var filosofie kandidat Lothar Schelp och opponent var professor Olle Bygren. Handledare har varit professor Leif Svanström vid institutionen för socialmedicin.

Nyckelord: Epidemiologi, olycksfall, socialmedicin, informationssystem, lokalt olycksfallsförebyggande arbete.

Skaraborgs län är det första landsting som utarbetat en länsövergripande sjukvårds- och hälsovårdsplan. Planen gav incitament till utveckling av det förebyggande arbetet, bland annat inom olycksfallsområdet. Detta ledde fram till ett brett upplagt olycksfallsprojekt, med interventionsprogram förlagt till Falköping (1).

Lothar Schelp har, sedan 1978 som projektledare, varit knuten till Skaraborgs läns landsting. Han ger i avhandlingen en omfattande beskrivning av projektets olika delar.

Studien redovisas i fem delarbeten. Arbetet I redovisar modellen för datainsamlingen av olycksfallsskador, arbetet II och III beskriver hemolycksfallen, respektive arbetsolycksfallen under år 1978 i Falköpings kommun. Arbetet IV beskriver organisationens roll i ett lokalt samarbete och arbetet V redovisar förändringar i olycksfallsmönstret, som en följd av pågående program.

Huvudmålsättningen för studien i Falköping har varit att testa ett regis-



tersystem för olycksfallsskador i ett geografiskt avgränsat område samt att utforma ett lokalt olycksfallsförebyggande program och studera effekterna av ett sådant arbete.

Tyngdpunkten i avhandlingen ligger på den epidemiologiska delen, men trots det är det mest intressanta med detta arbete det förebyggande programmet och dess effekter. Programmet i Falköping är det första community interventionsprogram som genomförts inom olycksfallsområdet. Det bygger bland annat på idéer från sociologi, psykologi och det hälsoutbildningsarbete som bedrivits bland annat i Nordkarelen med community participation och community work. Samarbete har etablerats mellan kommunens olika organisationer i en strävan att aktivt medverka till en minskning av antalet olycksfall. Detta arbetssätt har tidigare använts i förebyggande av hjärt- och kärlsjukdom i bland annat Nordkarelen.



Material

Inför olycksfallsprojektet i Skaraborgs län valdes två kommuner, Falköping och Lidköping. Kommunerna är likartade till struktur och omfattning och ligger båda i jordbruksdistrikt, ungefär 30 kilometer från varandra. Falköping hade vid tidpunkten för projektstart cirka 32 000 invånare och valdes till studiekommun, medan Lidköping hade cirka 34 000 invånare och blev kontrollkommun.

Metoder

Registrering av olycksfall

Registrering av alla olycksfallsskador sker sedan 1978, dels i testkommunen Falköping, dels i kontrollkommunen Lidköping. Insamling sker vid sjukhus, vårdcentraler och akutmottagningar. Registreringen omfattade, förutom de vanliga persondata, även uppgift om vilken typ av olycksfall det rörde sig om, till exempel hem-, trafik-, arbets- eller annat olycksfall.

I syfte att få en ökad kunskap om hem- och arbetsolycksfall genomfördes en telefonintervju inom fyra veckor efter skadehändelsen. Två olika intervjuformulär konstruerades, ett för hemolycksfall och ett för arbetsolycksfall.

Dessutom har idrotts-, jordbruks- och barn- och ungdomsolycksfall studerats i separata arbeten och har redan (2), eller kommer att redovisas, av andra forskare knutna till Karolinska institutet.

Registreringen gjordes under två olika perioder, 1978-01-01–12-31 och 1981-07-01–1982-06-30. Bortfallet vid registreringen i testkommunen var under period I 9 procent och för period II 3 procent. För kontrollkommunen var motsvarande siffror 6,6 och 46 procent.

Det stora bortfallet varierade starkt mellan olika mottagningar och berodde, enligt författaren, på hur intresset från personalens sida var för datainsamling. Särskilt kontrollkommunens vårdpersonal har ifrågasatt värdet av en registrering.

En retrospektiv studie av 45 000 journaler har genomförts för att kunna skatta underrapporteringen.

Bortfallet vid telefonintervjuerna var för period I 2 procent och för period II 6 procent. Patienter som inte gick att nå via telefon fick sig tillsänt en postenkät med samma typ av frågor.

Förebyggande program

Det som gör denna avhandling intressant är att de samlade insatser som under tre år genomförts i Falköping, har givit en reduktion av antalet olycksfall med cirka 25 procent.

Det förebyggande programmet introducerades 1980. Det gavs en samhällsinterventiv inriktning. De idéer som utvecklats inom community participation och community work har använts som ansats för arbetet.

Man har i det förebyggande arbetet använt sig av de organisationer som varit intresserade att samarbeta. En lokal referensgrupp bestående av ett stort antal landstings- och primärkommunala organisationer, har etablerats. Gruppen utför det omfattande samordningsarbetet som behövs för att få det förebyggande arbetet att fungera på lokal nivå.

De förebyggande insatserna har främst riktats mot hem- och arbetsolycksfall. Programmet består av fyra delar; information, utbildning, olika typer av tillsyn samt förändringar i den fysiska miljön.

Programmet riktas mot de riskgrupper och riskmiljöer som framkommit genom den första registreringsperioden från 1978. Det gäller framför allt barn, ungdomar och personer över 65 år.

Kostnaderna för programmet har varit låga. Det har främst gällt databearbetning, informationsmaterial samt ändringar av den fysiska miljön.

För utbildning och information har man i mesta möjliga utsträckning använt sig av ordinarie utbildningstillfällen, studiedagar och massmedia.

Resultat

Under 1978 skadades totalt 3 641 personer i Falköping, så allvarligt att de uppsökt läkare. Detta motsvarar 113,2 skador per 1 000 invånare, varav hemolycksfallen var 23,5 procent och arbetsolycksfallen 19,7 procent. Trafiken svarade för 7,8 procent av skadorna och under rubriken Övriga fanns 49 procent.

Vissa definitionsproblem har gjort att gruppen övriga olycksfall blir så omfattande. Fördjupningsstudier har därför genomförts av bland annat skol- och idrottsolycksfall (2). Barnolycksfallen dominerade olycksbilden med 48 per 1 000 invånare/år, följt av olycksfall bland personer över 75 år och med 30,1 per 1 000 invånare/år. Pojkar skadas nästan dubbelt så ofta som flickor, medan de äldre kvinnorna har en betydligt högre incidens än äldre män.

Fallskador var vanligast i alla åldrar. Särskilt för äldre personer kan fallskador förorsaka långa sjukhusvisiteter.

För första gången har en systematisk registrering av olycksfall i ett lokalsamhälle, tillsammans med ett interventionsprogram, genomförts.

Studien i Skaraborgs län har givit öövertärfade resultat till följd av det genomförda interventionsprogrammet.

Ingen annanstans har ett interventionsprogram, riktat mot olycksfall, kunnat utvärderas.

Attityderna mot olycksfallsförebyggande verksamhet ändrades hos befolkningen under pågående interventionsprogram. Intresset hos småbarnsföräldrar att aktivt engagera sig i barn-

olycksfallsprevention, ökade med 46 procent.

Medvetenheten för och kunskap om risker i hemmiljön ökade med 23 procent och för risker i arbetsmiljön med 8 procent.

Hemolycksfallen minskade med 27 procent mellan åren 1978–1982 samt arbets- och trafikolycksfallen med 28 procent vardera.

Barnolycksfall har minskat från 48,6 till 32,2 per 1 000/år. Detta gäller enligt författaren främst för förskolebarnen.

Hemolycksfallen bland äldre personer har minskat från 23,2 till 19,9 per 1 000/år. Den kraftigaste minskningen har skett inom institutionsboendet för äldre, där incidensen minskat från 79,8 till 57 per 1 000/år.

Arbetsolycksfall minskade för alla yrkesgrupper utom för personer med administrativt arbete och även för alla åldersgrupper, utom de som arbetar tillfälligt efter pensionsåldern.

I kontrollkommunen Lidköping har inte motsvarande minskning av olycksfallen skett. I Lidköping har inget interventionsprogram genomförts, även om en viss spridningseffekt från Falköpingsprogrammet säkert skett.

Diskussion

Studien i Skaraborgs län är unik i jämförelse med andra olycksfallsepide-miologiska studier.

Det är den första totalstudie som genomförts i ett lokalsamhälle, där *alla vårdinstanser* har deltagit i registrering av *alla typer* av olycksfallsskador som skett i *alla åldrar*.

Interventionsprogrammet som genomförts har engagerat olika organisationer till samarbete omkring olycksfallsförebyggande åtgärder. En stor minskning av antalet olycksfall har därefter kunnat konstateras i pågående registrering.

Hur stora är då möjligheterna att dra några generella slutsatser från den genomförda studien?

Vissa grundläggande särdrag som kan ha påverkat resultaten av interventionsprogrammet finns naturligtvis i Falköping jämfört med andra kommuner.

Falköping är en liten kommun, med en väl fungerande infrastruktur. Befolkningen både arbetar och bor inom kommunen i stor utsträckning, vilket ger goda förutsättningar till engagemang i olika lokala frågor. Kommunens organisation har haft intresse av samarbete och att aktivt delta i utbildning och information. Kommunens politiker har stött programmet och tagit de beslut som fordrats för att ge möjlighet till aktiviteter och förändringar i den fysiska miljön.

Minskningen av olycksfall i Falköpings kommun har en sådan storleksordning att det ej går att bortförklara den genomförda interventionens betydelse. Däremot är det mycket svårt att

Allmänmedicinens särart

BERTIL MALMODIN

I två artiklar, en av Olle Hellström och en av Carl Rudebeck, i AllmänMedicin 3/87 diskuteras allmänmedicinens karaktäristiska. Allmänmedicinen är bl a en "humanvetenskap" med en speciell människosyn och ett speciellt kunskapsområde. En stor risk finns att läkarna inom allmänmedicin har lärt och lär fel. I artiklarna finns en polarisering som kan vara skadlig.

Allmänmedicinen ser människan som ett subjekt och inte som ett objekt eller mekaniskt system. Allmänmedicinens *perspektiv* är humanvetenskapligt och den sjukdomsorienterade kunskapen kan bli en "ballast", ett "naturalistiskt oväsen" som leder till medicinsk-teknisk manipulation.

Det är oklart om allmänmedicinen ensamt har detta perspektiv och ensamt har rätt att ha detta perspektiv. Att andra specialiteter enbart skulle se patienten som objekt och inte ett subjekt med vilja, intentioner och medvetande är en något grov förenkling. Synen på människan är inget medicinskt problem, existentiella frågor är

bedöma vad som gett effekter eller ej på olycksfrekvensen. Vilka speciella åtgärder som givit den största utdelningen eller vad som påverkat medvetandet och ökat kunskaper hos befolkningen vet vi fortfarande mycket litet om.

Nästa steg inom olycksfallsforskningens område får därför bli att söka visa på den process som sker i lokalsamhället under ett pågående interventionsarbete.

Referenser

1. Schelp L. Epidemiology as a basis for Evaluation of a Community Intervention Program on Accidents. Sundbyberg: Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet, 1987.
2. Jakobsson B. Accidents among children and Teenagers in a Swedish Rural Municipality. Sundbyberg: Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet, 1986.

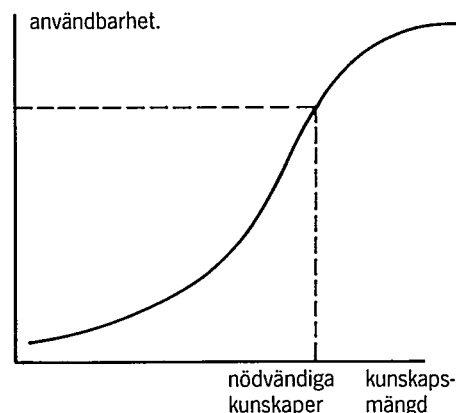
Författarpresentation

Gunilla Bjärås, är samhällsvetare vid Hälsovårdsenheten, Stockholms läns landsting, och som forskare knuten till Karolinska institutet, institutionen för socialmedicin.

Postadress: Karolinska institutet, institutionen för socialmedicin, 172 83 Sundbyberg, tel 08-98 91 00

inga medicinska frågor. Däremot kan självklart människosynen hos den behandlande läkaren påverka patientkontakten och behandlingsresultatet oberoende av specialitet. Olösta existentiella frågor kan ge symtom som ångest vilken visar sig i tex "magvärk", men för den skull är inte de existentiella frågorna medicinska. Att endast allmänmedicinen skulle kunna se sambandet mellan människan som subjekt och hennes symtom och kunna använda denna kunskap är naturligtvis fel. Om kunskapen inte används är det något annat. Nu tror jag att många andra specialiteter har åtminstone delvis detta perspektiv. Diskussionen liknar mycket psykiatri-debatten för cirka 15 år sedan då vetenskapsteoretiker, psykologer, medicinska studerande m fl satte fart på etablerade professorers själar eller adrenalinnivåer, hur man nu vill se det. Diskussionen då handlade bl a om människosyn, möjligheterna att ha andra vetenskapsideal än det naturvetenskapliga. Reduktionismens omöjlighet konstaterades. Psykologin skulle aldrig kunna reduceras till neurofysiologi och biokemi. Psykologins språk och neurofysiologins-biokemins språk går inte att översätta i varandra, bl a därför att människan är en varelse med vilja och intentioner. En översättning skulle inte bli meningsfull då det för psykologin specifika skulle falla bort. Ett exempel på reduktionism i praktiken är att ångest är ett begrepp som går att reducera till biokemiska eller neurofysiologiska termer, något som vi indirekt anser när vi skriver ut sedativa-hypnotika. Å andra sidan är det inte meningsfullt att översätta biologiskt språk till psykologiskt, att försöka bota epilepsi eller MS med psykoterapi, men det innebär inte att en kroniskt sjuk människa inte är ett subjekt som upplever sin sjukdom och har en vilja och intentioner i sin sjukdomssituation.

För mig är det omöjligt att få för mycket kunskap, däremot kan man använda kunskap felaktigt eller kunskapen kan vara mer eller mindre användbar i en speciell situation. Att kunskap skulle vara en "ballast" i någon situation är nonsens. Om jag kan en del ovanliga syndrom innebär ju inte det att jag ser dem hos varje patient, tvärtom om jag inte kan något uppstår tveksamheten. Att se sådan kunskap som "oväsen" tyder på en allvarlig form av intellektuell tinnitus. För att se det enkla krävs förmodligen mycket om inte manifest så latent kunskap. Det är okunnigheten som komp-



Figur 1. Förhållandet mellan kunskapsmängd och användbarhet.

licerar tillvaron och inte kunskapen. Carl Edvard Rudebecks kunskapsfigur, där man snabbt lär sig det man behöver, är som jag ser det felaktigt och farlig. För mig är kurvan S-formad (Figur 1), där kunskapsinhämtandet ger liten utdelning i klinisk nytta eller användbarhet i början, därför att den användbara kunskapen inte är en summa av enskildheter utan en sammansatt helhet av kunskapselement och tolkningar. Utifrån en stor kunskapsmängd kan jag lättare skilja viktigt från oviktigt och kanske framför allt sant från falskt. Den kunskapsynen gäller inte bara medicin utan generellt, även filosofi, psykologi, sociologi etc. Om kunskapsmängden som behövs är liten för att en allmänmedicinare ska få effektiva väsentliga kunskaper inom traditionell skolmedicin undrar jag om det är en läkare som efterlyses. Varför inte en beteendevetare med modifierad sjuksköterskeutbildning? Varför ska läkare drillade i medicinskt-naturvetenskapligt tänkande ha hand om vårdcentraler där regeln verkar vara existentiella problem med symtom och undantaget symtom på somatisk sjukdom? Olle Hellström efterlyser fallbeskrivningar med rent humanvetenskapligt innehåll. Är allmänmedicinaren bäst skickad att ta sig an dessa fall? Kom inte hon/han fel från första början av sina akademiska studier?

Om metoden får styra valet av problem man vill undersöka, finns naturligtvis en risk för att man påvisar trivialiteter med hög statistisk signifikans och hittar samband mellan dem med höga korrelationskoefficienter. Men bara för att en metod används felaktigt behöver ju inte metoden vara dålig. Det är svårt att mäta upp en liter mjölk med linjal men, för den skull behöver jag ju inte baktala linjalen. Fallstudier ger intressant information och kunskap, men för att de ska vara användbara måste jag generalisera från dem och även om jag inte räknar signifikanser eller korrelationer går jag från det enskilda till



Att se bakåt
är vårt sätt att
gå framåt.

Nyheter i all ära – det är ändå ofta de gamla säkra korten som vinner i långa loppet. Ett levande bevis för detta är Tenormin (atenolol).

Det är nu 10 år sedan Tenormin introducerades i Sverige. Idag är det den mest använda betablockeraren vid hypertoni och förskrivningen ökar fortfarande.

Detta är naturligtvis ingen slump. Tenormin är ett effektivt preparat som genom normaldoseringen en tablett om dagen också är enkelt att använda.

Med facit i hand vet vi dessutom att Tenormin är en säker drog med få biverkningar.

För att ge dig mer information om hur Tenormin fungerar i olika situationer har vi tagit fram en liten skrift som heter "Tenormin i din vardag". En överskådlig och lättsam dokumentation av 10 års erfarenheter med Sveriges för närvarande mest använda betablockerare.

Har du inte redan fått ett exemplar så prata med vår produktspecialist. Han eller hon kommer gärna över och presenterar materialet.

Till hösten firar vi 10-årsjubileet på ett alldeles speciellt sätt. Utan att avslöja för mycket kan vi säga att svaret finns i illustrationen till höger.



Behandling med Tenormin leder bl a till lägre hjärtfrekvens, hjärtminutvolym och blodtryck. Biverkningar som kan förekomma är trötthet, yrsel, gastrointestinala störningar, perifer kyla i extremiteter, muskelsvaghet och bradykardi.

CNS-biverkningar såsom sömnstörningar, mardrömmar etc har rapporterats, dock i betydligt lägre frekvens än med lipidlösliga betablockerare.



ATENOLOL TABL 50 OCH 100 MG
Tenormin · 10 år
ENKEL, EFFEKTIV OCH SÄKER

något allmänt. Om varje enskilt fall är helt unikt och inte innehåller något generaliserbart, blir ju t o m sällsynta syndrom vanligare och hur användbar kunskap då ska erhållas och förmedlas har jag svårt att se. Olle Hellströms exempel med "magvärk" som ett sätt att försöka uttrycka en ångest går mer än väl att räkna signifikanta samband på. Det finns säkert ett samband mellan "magvärk" som symtom på upplevelsen av en låst situation utan valmöjligheter och den verkliga arbets- och sociala situationen. Med en femton-tjugo liknande fall kan man börja fundera på statistiska test, om man är lagd åt det hållet.

I Olle Hellströms och Carl Edvard Rudebecks debattartiklar ligger en öppen kritik av den traditionella medicinen utifrån vetenskapliga-vetenskapsteoretiska ståndpunkter. Men förutom denna öppna kritik finns en mer dold kritik med *moralisk* underton. Patienter verkar misshandlas mer än behandlas av andra än allmänmedicinerna. De utsätts för teknisk manipulation, där målet är att ta kontroll över patienten. Om jag av okunnighet sysslar med teknisk manipulation må jag kanske förlåtas, men om min medvetna avsikt är att manipulera och ta kontroll över patienten är mitt handlande omoraliskt och har inget med bota, lindra, trösta att göra. Den typen av kritik av moral snarare än vetenskapssyn tyder på dogmatism mer än öppenhet.

Att den upplevande och handlande människan är allmänmedicinens vetenskapliga och praktiska fokus låter bra och odiskutabelt och jag utgår ifrån att den människosynen kommer att finnas inom övriga specialiteter. Även en sjuk människa är en upplevande och handlande människa, så allmänmedicinen kan nog inte muta in hela mänskligheten på det sättet. Det finns ingen given motsättning som omöjliggör en kombination av kunskaper inom traditionell medicin och "humanvetenskap", men en motsättning kan naturligtvis konstrueras. Olle Hellström ser det som en kamp mot "inre utbildningsbetingat förtryck och yttre förtryck i form av mer naturalistiskt oväsen", med den terminologin kan i värsta fall en "sektarism" utvecklas som skadar allmänmedicinen, där kritiken stelnar i trossatser som man tror på och blir medlem i allmänmedicinen, eller inte tror på och förskjuts. Det sista är kanske att måla känd person på väggen, men den typen av utveckling inträffade inom tex psykoanalysen.

Författarpresentation

Bertil Malmödin, avdelningsläkare

Medicinkliniken, Falu lasarett, 791 00 Falun

Ett slag mot allmänmedicinen

INGEMAR HERMANSSON

I Vilhelmina fördes 1982-1984 progressiva diskussioner om ledningsfunktionen vid vårdcentraler. Man beslöt sig för att prova en "vilhelmina-modell" med en mer framträdande och självständig roll för primärvårdsområdesföreståndaren än vad man normalt tilldelar en administrativ tjänsteman. Ansvaret skulle delas med den läkare som skulle bära det medicinska ledningsansvaret. Förslaget väckte stark kritik från Läkarförbundets lokala avdelningar, en kritik som tyvärr besannats till mer än 100%.

När beslut om chefskapet fattades, "spolade" man helt läkaren som chef. Idag finns ingen läkare i ledande ställning vid Lycksele sjukvårdsdistrikts största sjukstuga. Detta är ett dräpdrag mot den allmänmedicinska specialitetens utveckling. Allmänmedicinen betraktas av beslutsfattarna som så låg, att läkare inte ens behöver ha ledande ställning vid allmänmedicinska vårdinstitutioner i glesbygden, där allmänmedicinen har sin största betydelse.

Dessvärre binder man nog ris för egen rygg. Engagerade, kreativa, entusiastiska unga allmänläkare, som i enighet med sin långa kvalificerade utbildning vill ha ett fascinerande jobb, där de kan förverkliga sina idéer om en modern allmänmedicin kommer att sky dessa institutioner och välja jobb på andra ställen.

En läkare vid sjukstugan har tilldelats rollen som "medicinsk rådgivare"

till primärvårdsnämnden, utan reella möjligheter att påverka utvecklingen, en "medicinsk gisslan" som kan vara bra att ha att visa upp, om det bränner till. Beslutet att "spola" läkarna från ledningsfunktionen kan också tolkas som ett förakt för kunskap och lång utbildning. Det tyder på en aningslöshet hos beslutsfattarna. Det tyder också på att man icke ser skillnaden mellan den administrativa stödjande funktionen, som bara i ringa grad skall ha chefskaraktär, och den medicinska ledningen med idégivning, allmän inriktning och beslut om vårdens verkliga innehåll. Den medicinske chefen skulle inte bli en stolsittare, pappersvändare, detaljanalytiker, men en kunnig, brett utbildad läkare med övergripande ansvar.

Tyvärr har det dåliga exemplet Vilhelmina lett till efterföljd på andra platser i länet. Det är dags att stoppa detta innan den allmänmedicinska specialitetens utveckling, speciellt i glesbygd, råkar i fara. Jag kan idag inte råda unga, skickliga, entusiastiska allmänläkare att söka sig till Västerbottens län, eftersom ledningen tydligen anser att man inte behöver deras långa och kvalificerade utbildning i ledningsfunktionen. Personligen överväger jag av samma skäl att lämna min tjänst i Vilhelmina.

Författarpresentation:

Ingemar Hermansson, distr. läkare i Vilhelmina

Postadress: Vårdecentralen, 91200 Vilhelmina

Förenings
nytt

SFAM:S FOND FÖR ALLMÄNMEDICINSK FORSKNING

UTLYSER STIPENDIER FÖR FÖRENINGENS MEDLEMMAR

Fonden vill 1988 stötta den allmänmedicinska kreativiteten. Den utgör grunden för all forskning och utveckling. Föreningen vill med detta synsätt understryka behovet av kreativitet och innovation och ej endast belöna färdigredovisade och genomarbetade projekt.

Fyra stipendier, ett på 5000 kr samt tre på vardera 1000 kr, kommer att utdelas för:

"Fiffighet och idéer som kan förbättra diagnostik och behandling inom allmänmedicinen"

Ansökan sker skriftligen till Styrelsen för SFAMs fond för allmänmedicinsk forskning, c/o Göran Sjönell, Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm senast 880301.

Stipendierna kommer att utdelas på föreningens årsmöte hösten 1988.

Hjälpbehov bland äldre i Gällivare kommun

Hjälpbehov för hemsjukvårdspatienter kvällar och nätter

SVEN TERNOV, LYLI FÄLLMAN, KERSTIN PETTERSSON

Studien redovisar en inventering av äldres hjälpbehov, bl a för att utröna behovet av en nattpatrullsorganisation. Hjälpbehovet för hemsjukvårdspatienter kvällar och nätter redovisas, likaså för pensionärerna, kommunal hemtjänst. Det gjordes vårdtyngdsmätningar på ålderdomshem. Långvårdskliniken önskade ej deltaga i inventeringen. Undersökningen omfattar 146 hemsjukvårdspatienter, härav 86 i tätort och 60 i glesbygd. Genomsnittsålder är 75 år.

I tätort har 83% av patienterna hemsamarit, i glesbygd 67%. Resten har anhörigvårdare. Studien visar på ett stort hjälpbehov kl 19.00–07.00. På kvällen behöver ungefär 14% hjälp i tätort, och 66% i glesbygd, huvudsakligen med nattningsbestyr. Kl 21.00–07.00 behövde 60% både i glesbygd och tätort hjälp. Behovet i glesbygd blev helt tillgodosett av anhöriga, medan enbart hälften av tätortspatienterna fick den hjälp de behövde.

Vårdtyngdsmätning vid ålderdomshemmen visade att drygt hälften av pensionärerna hade vårdbehov motsvarande vård på sjukhem.

De negativa konsekvenserna av det stora, ej tillgodosedda hjälpbehovet inom hemsjukvården diskuterades.

Nyckelord: Äldre, hemsjukvård, äldreomsorg.

Bakgrund

Gällivare kommun har 25 000 invånare, härav 18 000 i tätort. I kommunen finns tätorterna Malmberget och Gällivare som vardera har en vårdcentral. Vårdcentralerna delar ganska jämnt kommunen mellan sig. Vardera vårdcentralen har fyra distriktsläkartjänster plus en underläkartjänst. Området är indelat i tolv distriktssköterskedi-

strikt, härav åtta i tätort och fyra i glesbygd.

I tätorten finns ett länsdelslasarett som innehåller 120 långvårdsplatser. Det finns två traditionella ålderdomshem (servicehus med helinackordering), samt ett servicehus (boende i egna lägenheter med hemsjukvårdande insatser av distriktssköterska).

Som för landet i övrigt utgör den äldre befolkningen en större och större andel av våra patienter. Det har därför känts mer och mer angeläget att ta upp den äldreomsorg vi bedriver till kritisk granskning. Vi har diskuterat om vi bedriver rätt äldreomsorg, om de äldre får hjälp i rätt vårdnivå och i rätt boendeform och även om vi har resurser till förfogande för att äldreomsorgen skall kunna bedrivas effektivt, korrekt på ett sätt som tillvaratar de äldres resurser bäst.

Från kommunens sida har man ställt sig ungefär liknande frågor. Vid våra löpande kontakter mellan vårdcentral och kommunal hemtjänst har dessa frågor diskuterats.

Läget i kommunen är bekymmersamt vad gäller resurser för äldreomsorg. Det finns förvisso en väl utbyggd hemsjukvård som bedrivs i primärvårdsregi och i gott samarbete med kommunen, men det saknas helt ett sjukhem i kommunen. Ytterligare saknas resurser för omvårdnad i hemmet nattetid.

Såväl i landsting- som kommunal regi finns en ganska begränsad möjlighet att sätta in hjälp på kvällstid. Man kunde därför befara att många patienter onödigtvis hamnade på institution, som i förväg var hårt belastad av felplacerade patienter. Från andra studier är det omvittnat att en ej obetydlig del av ett ålderdomshemsklientel var felplacerad: En del hade kunnat stanna kvar i hemmet, en del skulle ha varit på sjukhem (1, 2, 3).

Material och metoder

En arbetsgrupp bildades och fick i uppdrag att göra en nulägesbeskrivning av äldreomsorgen. Denna utfördes i tre etapper. Distriktssköterskorna gjorde under januari 1983 en inventering av sina hemsjukvårdspatienter medelst ett speciellt formulär. Sedvanliga data från hemsjukvårdsbeskedet registrerades såsom anhörigvårdares sysselsättningsgrad, samt fördelning av hemsamarithjälp. För perioderna

klockan 19.00–21.00 samt 21.00–07.00 ombads distriktssköterskan att skriva ner den typ av hjälp som meddelades, samt skatta den hjälp som borde ges om resurser hade funnits. Instruktionen till henne inför denna skattning var följande:

Ange de hjälpbehov som finns kvällar och nätter för att den verksamhet vi bedriver skall kunna kallas "god hemsjukvård".

Ytterligare skulle hon skatta tidsåtgång för meddelad hjälp, exklusive transport. På detta sätt skulle vi även få kartlagt anhörigas insatser kvällar och nätter vilket man ej vet mycket om.

Patientmaterialet utgjordes av 146 patienter, varav 86 i tätort och 60 i glesbygd. Bearbetningen har gjorts separat för tätort och glesbygd.

För det andra gjordes vårdtyngdsmätning på servicehus med helinackordering vecka 3 och vecka 4, 1983 av föreståndarna, enligt följande poängbedömning:

9–12	gräns för friska pensionärer
13–19	behov av vård på sjukhem
20–	behov av hög eller mycket hög vårdinsats.

För det tredje genomfördes en bedömning av hjälpbehov för pensionärer med kommunal hemservice. Hemservicemottagarna gjorde under vecka 4, 1983, en inventering av hjälpbehov kvällar, kl 19.00–21.00 och nätter kl 21.00–07.00 bland de pensionärer som erhöll kommunal hemservice.

Undersökningen uppdelades på tätort och glesbygd. Tätorten, Gällivare-Malmberget och Koskuskulle hade 355 hemservicemottagare och glesbygden 229. Sammanlagt antal pensionärer med kommunal hemservice = 584.

Resultat

Inventering av hemsjukvårdspatienter
Genomsnittsåldern var omkring 75 år. Fördelningen av hemsamarittimmar framgår av fig 1 och 2. För tätorten fördelar antalet hemsamarittimmar/vecka sig ganska symmetriskt kring ett medelvärde på 19 timmar/vecka.

Motsvarande fördelning för glesbygd visar ej samma jämna mönster. Genomsnittsvärdet för beviljade timmar/patient ligger ungefär 5 timmar lägre/vecka jämfört med tätort. Ett relativt större antal patienter i glesbygd har maximalt antal timmar jämfört med tätort.

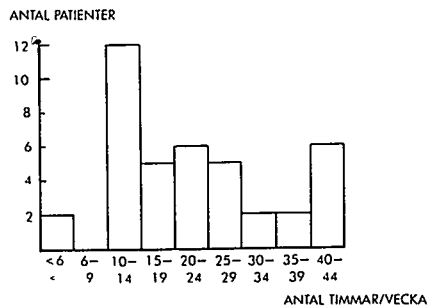


Fig 1. Fördelning av hemsamarittimmar, glesbygd

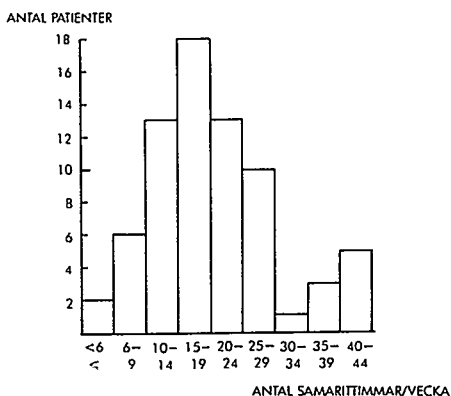


Fig 2. Fördelning av hemsamarittimmar, tätort

Antal anhöriga med vårdnadsbidrag

I tätort har 23 patienter anhöriga med vårdnadsbidrag, motsvarande 27% av denna population. I glesbygd 27 patienter motsvarande 45% av denna population.

Anhörigvårdarens sysselsättningsgrad har medelvärde motsvarande 25% sysselsättning. Motsvarande fördelning för glesbygd visar en helt annorlunda kurva med förskjutning mot högre sysselsättningsgrad.

Typ av hjälp

Hjälpbehovet grupperar sig ganska naturligt i sex grupper:

- 1) Sänggåendet
- 2) Toalettbesök
- 3) Blöjbyte
- 4) Tillsyn
- 5) Medicinering
- 6) Vändning.

Figur 3 visar hjälpbehovet för var och en av dess grupper i tätort, dels under kvällsperioden 19.00–21.00, dels under nattpasset 21.00–07.00. Medelst skuggade staplar anges den del utav hjälpbehovet som var tillgodosett. Hjälpbehovet är alltså det behov som distriktssköterskan skattar skall tillgodoses för att vårdformen kan benämnas "god hemsjukvård".

Vem hjälper och hur mycket

Hjälpen kvällstid gavs i tätort till 86% av anhöriga och 14% av hemsamarit. Motsvarande siffror för glesbygd är 53% anhöriga och 47% hemsamarit

(denna höga siffra beror sannolikt på en extra hög hemsamaritanvändning i ett glesbygdsdistrikt).

Hjälpinsatserna i tätort är i huvudsak av kortvarig natur, sålunda utgörs 60% av hjälpinsatserna natt av insatser under en halvtimmes duration. 86% av hjälpinsatserna är på under en timme.

Vårdtyngdsmätning på servicehus

Av 150 pensionärer på servicehus med helinackordering bedömdes 52% vara "friska", 21% behövde sjukhemsvård och 26% hade behov av mycket hög vårdinsats.

För 22 personer (15%) utgick landstingsbidrag och för 6 personer (4%) var långvårdsremiss skriven.

På kvällen gjordes i genomsnitt sju hjälpinsatser och nattetid femton.

Hjälpbehov för pensionärer med kommunal hemservice

Fem personer bedömdes ha behov av hemservice på kvällar och nätter i tätort. Tre personer har behov av hemservice kvällar på glesbygd.

Hjälpbehovet bestod av hjälp med: 19.00–21.00 sänggående, toalett, kvällsmål och tillsyn
21.00–07.00 nattmedicinering, blöjbyte och toalettbesök.

Diskussion

Bruttokostnaden för en ålderdomshemsplats motsvarar ungefär 27 hemsjukvårdstimmar/vecka. Medelvärdet för tilldelade hemsamarittimmar (19 timmar) ligger alltså en bra bit under detta värde. Detta säger ju ingenting om vi har varit för snåla i tilldelning av hemsamarittimmar, men det säger att vi ur samhällsekonomisk synpunkt kan öka på ganska ordentligt med hemsamarittimmar, innan kostnaderna börjar överskrida kostnaderna för ålderdomshemsvård.

Det lägre genomsnittsvärdet för hemsjukvårdstimmar i glesbygd (cirka

15 timmar) hänger förmodligen ihop med den ökade insatsen av anhöriga.

Det finns en markant skillnad mellan glesbygd och tätort i anhörigas insatser, åtminstone mätt som anhörigvårdarens sysselsättningsgrad. Man har för glesbygdens del klar förskjutning åt en högre sysselsättningsgrad medan anhöriga i tätort för hälften av patienternas vidkommande har 25% bidrag. Man kan undra varför det finns denna skillnad mellan glesbygd och tätort. En orsak kan vara den sämre sysselsättningsituationen på glesbygden så att anhöriga i större utsträckning ställer upp som vårdare i brist på annat jobb.

Möjligen ställer anhöriga i glesbygd upp mer för sina sjuka anhöriga pga det bättre sociala nätverket. Generationerna bor ofta närmare varandra på glesbygden. Det finns en större obenägenhet att engagera sig i tätort, kanske pga ångest och rädsla att man ej klarar av den sjuke. Detta kan i så fall tolkas som ett delvis misslyckande från hemsjukvårdens sida, att ej ge det stöd och hjälp till anhöriga som de behöver. Detta skulle en nattpatrull kanske kunna bidra till.

Förmodligen är familjens tröskel för att initiera inläggning på institution högre i glesbygd än i tätort där det ju är närmare till institutionerna. Man behåller därför de äldre längre tid hemma. Slutligen kan man påstå att glesbygden är för dåligt täckt med hemsamariter, så att anhöriga känner sig tvungna att ställa upp fast de egentligen helst vill ha ett "proffs" som sköter vården. För att belysa detta krävs dock en intervjustudie.

Det framgår klart av studien att det finns ett stort hjälpbehov såväl kvällar, som nätter. Såväl i tätort som på glesbygd behöver omkring hälften av patienterna hjälp mellan 19.00 och 21.00 och i båda områdena blir detta hjälpbehov så gott som helt tillgodosett. Egendomligt nog är det till 86% de anhöriga som ger hjälpen i tätort och enbart 14% hemsamarit medan det är hela 47% hemsamaritinsats i glesbygd. Detta var ju egentligen tvärt emot det förväntade, men kan bero på en väldigt hög insats av hemsamariter i ett utav glesbygdsdistrikten mellan 19.00 och 21.00.

För nattpasset visar studien på ett mycket stort hjälpbehov i tätort, 66% av patienterna har ett hjälpbehov och endast 27% får detta tillgodosett. Hjälpbehovet består främst utav tillsyn och även toalettbesök.

Behov av tillsyn kan innebära att man tittar in till en dement patient en eller flera gånger under natten och kontrollerar att vederbörande ligger i sin säng och sover och ej stökar runt eller är på väg ut i kylan. Det kan innebära trygghet för en angestlad patient med värk. Att denna trygghet saknas resulterar troligen i en del transporter i panik till akutintaget med därav följande inläggning och

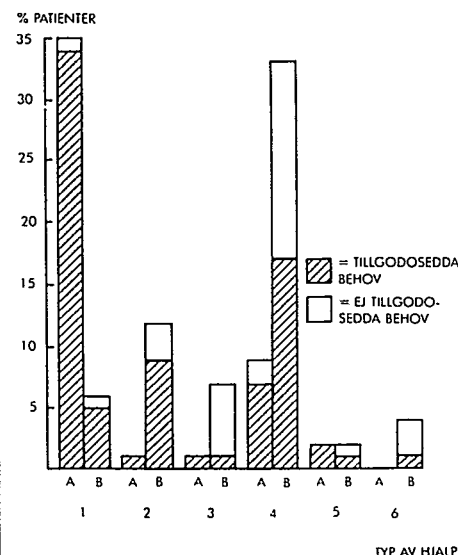


Fig 3. Hjälpbehov fördelat efter typ av hjälp 19.00–21.00 (A) samt 21.00–07.00 (B), tätort. (1) sänggående, (2) toalettbesök, (3) blöjbyte, (4) tillsyn, (5) medicinering, (6) vändning.

risk för remiss till långvård och institutionalisering. Att denna trygghet saknas är även i en del fall förevändning för anhöriga att kräva inläggning på institution.

En mindre men ej försumbar del av patienterna fick ej sina behov av toa-besök, blöjbyte och vändning tillgodosett. Detta innebär en klar risk för utveckling av liggsår.

Glesbygden har registrerat ett mycket mindre hjälpbehov under natten. Möjligen hänger det ihop med det bättre sociala nätverket, att ångesten och otryggheten är mindre och därmed behovet av tillsyn. Det kan även bero på den större del av anhöriga som ställer upp mer utan att det har registrerats i studien som ett tillgodosett hjälpbehov. Hur som helst pekar studien klart på att det knappast finns något otillgodosett hjälpbehov nattetid i glesbygd och att nattpatrull därför främst är intressant att diskutera i tätort.

Analysen av tidsåtgång för hjälpinsatserna visar tydligt, att det främst rör sig om korta insatser per natt. 86% av hjälpinsatserna är på under en timme, däremot har ej registrerats om tiden använts vid ett tillfälle eller över flera besök. Av distriktssköterskornas kommentarer och skattningar framgick klart att en hel del patienter var i behov av punktsatser, typ titta och kontrollera att allt är väl, men att man var tvungen att göra detta flera gånger under natten.

Att tidsåtgången per patient är relativt liten talar för att hjälpbehovet väl skulle kunna tillgodoses i de allra flesta fall med nattpatrull, som arbetar efter ett planerat rondsystém.

Det framgår av studien att anhöriga gör en oerhört stor och värdefull insats och att de dessutom i en del fall troligen ej får skälig ersättning för insatsen. Studien visar även att om man är så pass handikappad att hjälpbehov kvällar och/eller nätter är aktuellt är man i väldigt stor utsträckning beroende av att ha tillgång till anhöriga som ställer upp. Har man inte den förmånen är risken i dagens läge mycket stor att man blir institutionsfall. Det förefaller orimligt att det i huvudsak är tillgång på anhöriga som dikterar vårdformen.

För kommunens del framgår att ungefär hälften av de boende i servicehus med helinackordering har en vårdtyngd som motsvarar behov av vård på sjukhem eller långvårdsavdelning.

Det kan förvåna att det registrerades så få hjälpinsatser kvällar och nätter trots den stora vårdtyngden. Det beror troligen på att en dominerande del av de pensionärer, som tecknar sig för de stora vårdtyngderna lider av senil demens och har ett dygnet-runt tillsynsbehov. Personalen har så vant sig till detta att "tillsyn" ej registrerades av dem, men endast de gånger en pensionär ringde på hjälp.

Att hjälpbehovet för äldre med kommunal hjälpservice var så lågt

kvällar och nätter kan tolkas som ett hemsjukvården, trots avsaknad av nattpatrull, är så pass välutbyggd och tillgänglig att nästan alla äldre med större hjälpbehov omfattas av denna.

Litteratur

1. Ahren Bo: Ålderdomshemmets plats i vårdkedjan, Läkartidningen vol 78, 1981:38
2. Primärvården klara dygnetrunt service. Landstingens tidskrift, 1982:19.
3. Edin Ulla: Behovet av social och medicinsk långvård. Socialmedicinsk tidskrift, 1973:50.

Övrig litteratur

Löfgren Bert: Antalet sjukhemsfall och graden av demens bland äldre på ålderdomshem i Medelpad. Landstingens tidskrift, 1977:3.

Åldrandet, problem och strategi. SPRI, rapport 92, Stockholm 1983.

Kan vi förebygga psykiska besvär hos de äldre?. SPRI, rapport 83, Stockholm 1981.

Primärvård för långtidssjuka, PILO-projekt, Olofström, SPRI nr 213 p-80.

Sjukvård i hemmet – social hemtjänst. SPRI, rapport S 103.

Äldrevården i Västernorrland 1981–1990. Västernorrlands läns landsting, Härnösand 1980.

Författarpresentation

Sven Ternov*, distriktsläkare

Gullängets vårdcentral, Örnsköldsvik

Lyli Fällman, sjukvårdsföreståndare i primärvård, Gällivare

Kerstin Pettersson, avdelningschef, Socialbyrå, Gällivare

*Postadress: PL 141 890 23 SJÄLEVAD

DATABASEARBETNING

180 62 74

SORTO – ett hjälpmedel i glömska?

Manuell databearbetning

PETER KEIDING

Under hösten 1985 gjorde jag en journalgenomgång av ett patientmaterial som led i ett FoU-projekt vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg (1). Vid dataregistreringen hade jag stor hjälp av hålkort (Sorto) som var okända för övriga kursdeltagare. Stora patientmaterial har tidigare analyserats med denna metod för manuell databearbetning. "strikkepindemetoden" (2).

För varje person i en studie används 1 kort och variablerna, t ex kön, ålder, vikt, blodtryck, representeras av hål i kanten enligt undersökarens eget kodsystem. Ett klipp i kanten av hålet betyder registrering av denna variabel. Ett stort antal kort (100–200) kan sedan sorteras genom att en sticka, "strikkepind", förs genom samma hål i kortbunten. När man lyfter korten i stickan faller korten med klippt hål undan, resten hänger kvar.

Metoden är enkel och billig (cirka kr 1:– per kort), och stickan kan lånas av stickaktiva familjemedlemmar eller medarbetare – sekretessen klaras med låst skrivbordslåda. Namnet på kortet är Sorto 111. Art nr 13581, Esselte system 830427, färgen är ljusgrön och formatet A5. Kortet finns på inköpsförrådet i mitt distrikt – kanske även i Ditt?

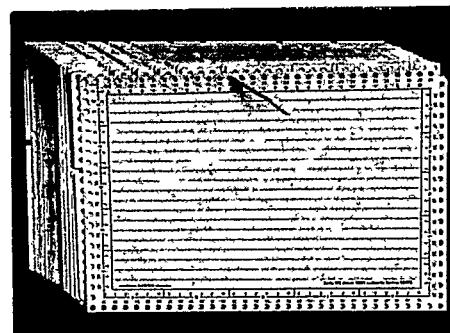
Litteraturreferenser:

1. Keiding P. Diabeteskontroll på en vårdcentral. Resultat från Dalsjöfors i Älvsborgs län. Insänd till Allmän Medicin för bedömning.
2. Arnesen E. Planlegging och utforming av försöksprotokoll. Westin S (ed). Forskning i almenpraksis. Oslo: Universitetsforlaget. 1983: 42–54 (53).

Författarpresentation:

Peter Keiding, distriktsläkare,

Vårdcentralen, Box 60, 516 00 Dalsjöfors.



DSM-III-diagnostik i svensk psykiatri

JÖRGEN HERLOFSON

1980 gav Amerikanska Psykiatriska Föreningen ut DSM-III-manualen, som representerar ett ambitiöst upplagt försök att skapa förutsättningar för en tillförlitligare psykiatrisk diagnostik. Systemet bygger på användandet av specifika kriterier för fastställande av diagnos, en teknik som radikalt ökar samstämmigheten mellan olika bedömare. Vidare har man infört diagnostik längs fem olika axlar i syfte att sammanställa relevant material så att ett helhetsperspektiv vid bedömningen främjas. I artikeln presenteras en bakgrund till systemets tillkomst och dess uppbyggnad illustreras med exempel. Dessutom kommenteras systemets plats i svensk psykiatri.

Nyckelord: psykiatri, diagnostik, DSM-III

Diagnostikens betydelse

Det diagnostiska arbetet är inom varje klinisk medicinsk specialitet av central betydelse. För att kunna lägga upp en adekvat behandlingsplan för patienten behöver vi systematiskt ställa samman fakta och göra en summerande helhetsbedömning – vi måste koppla samman den kliniska bilden med vårt samlade kunskapsmaterial.

Diagnostiken är den vägledning vi behöver för att hitta rätt i vårt eget minne, litteraturen och i de alltmer omfattande referensarkiv som nuförtiden står till vårt förfogande. Dessutom får vi genom det diagnostiska "telegramspråket" ett nödvändigt hjälpmedel för kommunikation. Om jag vill tala om för andra intresserade vilka erfarenheter jag gjort i mitt arbete, så måste jag vara tydlig i min beskrivning av vilka problemställningar jag engagerat mig i. En väldefinierad diagnostik är ett av de hjälpmedel som behövs för att vi skall kunna lära och dra nytta av varandras kunskaper.

Anamnesen avgörande

Det fundamentala i kliniskt arbete är tveklöst anamnesupptagandet. Här görs den diagnostiska preliminärbedömningen. De hjälpmedel som vi därutöver kan använda oss av för att ställa diagnos varierar emellertid påtagligt beroende på vilket område vi rör oss inom.

Inom psykiatri har teknologin en relativt underordnad betydelse för diagnostiken av många anledningar. Det finns emellertid en deskriptiv tradition som sträcker sig långt tillbaka i tiden. Emil Kraepelin, som utövade sin gärning för snart ett sekel sedan, är en av de finaste representanterna för en klassificerande psykiatri som bygger på ett noggrant studium av den kliniskt observerbara verkligheten. Det är till denna tradition som det amerikanska psykiatriska diagnossystemet DSM-III knyter an.

ICD-9 officiellt system

Det officiella systemet för diagnostik och klassifikation inom svensk sjukvård är WHO:s ICD-förteckning, som från och med i år även i Sverige används i den nionde versionen. Psykiatriavsnittet har i originalutgåvan vissa textanvisningar till vad som skall avses med de olika diagnostiska kategorierna, men dessa har inte tagits med i den svenska versionen. Skälet är det att DSM-III-systemet är så allmänt känt inom svensk psykiatri, att man anser att om man behöver en mer exakt diagnostik, så kan man använda sig av DSM-III-diagnoser, som med hjälp av en enkel tabell sen kan omvandlas till ICD-koden.

Om ICD-förteckningen huvudsakligen är en tabellartad uppställning av diagnosbenämningar med sifferkoder, så representerar i stället DSM-III ett nytt och heltäckande system för klinisk diagnostik inom psykiatri. Det har länge funnits ett allmänt känt behov av tillförlitligare psykiatrisk diagnostik. Lokala diagnostiska traditioner, såväl mellan olika nationer och språkområden som mellan olika landsändar och olika kliniker, har lett till oklarhet om vad som avses med diagnoskategorierna.

Behov av diagnostiska hjälpmedel

Animerade debatter och långvariga trätor om behandlingsresultat har orsakats av att man jämfört i grunden olika sjukdomstillstånd, som på grund av klassifikationens otillräcklighet sammanförts under en och samma rubrik. Sensationella behandlingsresultat vid schizofrena sjukdomstillstånd som rapporterats från USA har snarast visat sig gälla behandling av vad vi kallar reaktiva eller schizofreniforma psykoser. Då är inte längre resultaten lika sensationella, och oenigheten visar sig i stället vara en oklarhet kring diagnostiken. Om man på ett tillförlitligt sätt vill utveckla det kliniska kun-

landet, så är sådana missförstånd oacceptabla och potentiellt skadliga.

ICD-systemet har aldrig varit tänkt som ett kliniskt hjälpmedel utan är ett klassifikationssystem som skall ge underlag för statistik över sjuklighet och dödsorsaker. Psykiatriens särskilda behov av diagnostiska hjälpmedel måste då tillgodoses på annat sätt. Detta var utgångspunkten för det väldiga projektarbete som initierades av Amerikanska Psykiatriska Föreningen år 1974 och som sex år senare resulterade i publicerandet av DSM-III-manualen.

Systemet är tänkt att fungera både som ett forskningsinstrument och som ett hjälpmedel för klinisk diagnostik. En viktig aspekt är att det skall vara så tillförlitligt som möjligt. Detta har lösts genom att man baserat hela arbetet på bruket av specifika kriterier. Detta illustreras bäst genom ett exempel. Huvudregeln är att samtliga bokstavsbenämnda kriterier skall vara uppfyllda för att diagnosen skall anses säkerställd:

298.80 Akut reaktiv psykos.

Diagnostiska kriterier

A. Psykotiska symtom som utvecklats i anslutning till en identifierbar psykosocial påfrestning som skulle vara synnerligen pågående för snart sagt vem som helst.

B. Den kliniska bilden inkluderar kaotiska känslor och åtminstone ett av följande psykotiska symtom:

- (1) splittring eller uppluckrade associationer
- (2) vanföreställningar
- (3) hallucinationer
- (4) påtagligt desorganiserat eller kataton beteende.

C. De psykotiska symtomen pågår under mer än några timmar men mindre än två veckor, och individen återgår slutligen till sin vanliga funktionsnivå.

D. Den psykosociala påfrestningen har inte omedelbart föregåtts av en period av tilltagande psykopatologiska symtom.

E. Beror ej på någon annan psykisk sjukdom som organiskt psykosyndrom, mani eller patomimier med psykiska symtom.

Klinisk förankring

När kriterierna konstruerades använde man sig av 14 expertgrupper inom olika ämnesområden, och deras olika förslag sändes på remiss till ett stort antal kliniker för bedömning och utprovning. Därigenom åstadkom man en klinisk förankring och skapade en

konstruktiv dialog mellan forskare och kliniker.

Om användandet av specifika kriterier i ett heltäckande psykiatriskt diagnossystem kan sägas vara den ena stora innovationen i DSM-III, så är införandet av multiaxial klassifikation den andra. Med det menas att man sammanställer information från flera betydelsefulla områden och redovisar bedömningarna separat, så att man sen kan göra en samlad klinisk helhetsbedömning. I DSM-III använder man sig av 5 axlar:

Axel 1 Kliniska syndrom

Axel 2 Personlighetsstörningar och specifika utvecklingsstörningar

Axel 3 Somatiska sjukdomar

Axel 4 Grad av psykosocial påfrestande

Axel 5 Högsta adaptiva funktionsnivå under det gångna året

Teorilöst system?

Under utvecklingen av DSM-III har en viktig målsättning varit att systemet skall vara användbart av yrkesutövare med olika teoretisk grundsyn. Man har då valt att basera kriterierna på symtombilder, iakttagbara såväl som rapporterade vid anamnesupptagandet. Genom att ansluta sig till den deskriptiva traditionen tänkte man sig att förutsättningarna för att enas om textens formuleringar skulle vara de bästa. Ett så långt möjligt teorilöst system med avseende på etiologiska hypoteser var målet.

Internationell spridning

DSM-III har nu varit i bruk under 7 års tid, och systemet har förutom att användas i USA, där det är obligatoriskt, kommit i bruk på många håll i världen och översatts till ett stort antal olika språk. 1984 kom fickversionen Mini-D ut på svenska, och sedan dess har närmare 3000 exemplar distribuerats i landet. Förutsättningarna finns nu för att föra en diskussion inom svensk psykiatri baserad på DSM-III-systemets specifika kriterier med de fördelar detta innebär för kommunikationens tillförlitlighet.

DSM-III i Sverige

En relativt omfattande utbildningsverksamhet, bland annat i Svenska Psykiatriska Föreningens regi, har lett till att större delen av psykiaterkåren nu har en grundläggande förtrogenhet med systemet. Många allmänläkare har visat intresse för att lära sig mer om DSM-III för att på så sätt kunna föra en fördjupad diskussion med kollegorna inom psykiatrin. En angelägenhet inte minst för samarbetet mellan allmänläkarna och psykiatrins öppenvårdsteam.

Introduktionen av DSM-III i svensk psykiatri har av många setts som en efterlängtat metodologisk skärpning. Det finns ett egenvärde i ett system som gör det möjligt att så tydligt redo-

visa grunderna för diagnostiska ställningstaganden. Ordlistan som finns med i den svenska fickutgåvan representerar ett viktigt steg mot en enhetlig nomenklatur inom psykiatrin.

Somliga har dock ifrågasatt värdet i att så starkt prioritera en symtomorienterad klassifikationsmodell. Diskussionen har lett till en nyttig och självkritisk genomgång av hur vi egentligen grundar våra bedömningar. Debatten har vitaliserats.

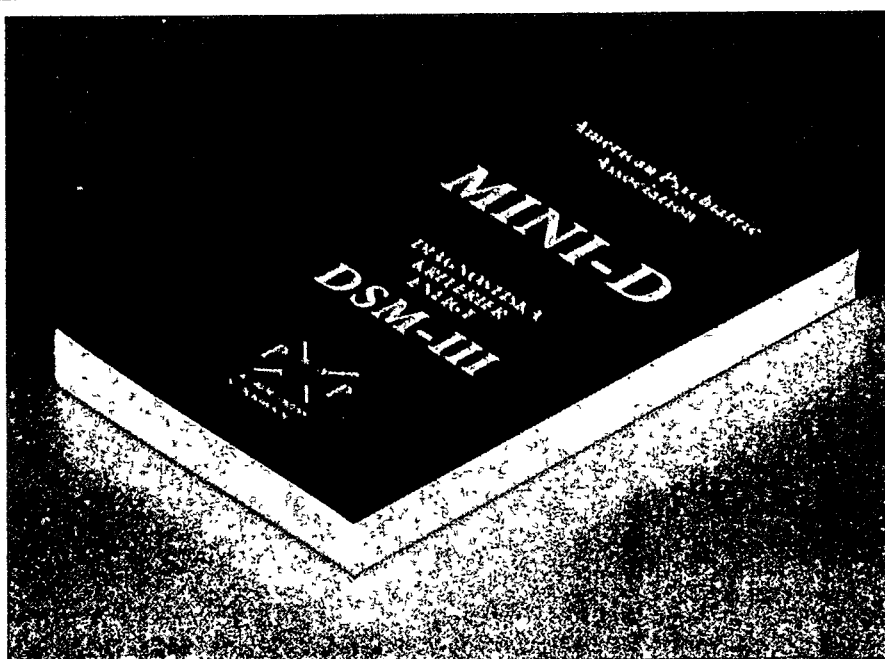
Själva frågan om DSM-III:s vara eller icke vara får emellertid anses besvarad. Systemet och dess kommande revisioner har kommit för att stanna, såväl inom svensk psykiatri som internationellt.

Litteratur

1. DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition), American Psychiatric Press, 1980.
2. International Perspectives on DSM-III, American Psychiatric Press, 1983.
3. Mini-D, Diagnostiska kriterier enligt DSM-III, Pilgrim Press, Stockholm, 1984.
4. DSM-III-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition - Revised), American Psychiatric Press, 1987.

Författarpresentation

Jörgen Herlofson är biträdande överläkare vid psykiatriska kliniken, Karolinska sjukhuset, och var under 1984 projektansvarig för översättningsarbetet av Mini-D till svenska.



MINI-D. 300 sidor, 10×15 cm, ryggen trådheftad.

MINI-D är den svenska översättningen av fickutgåvan till den amerikanska psykiatriska diagnosmanualen DSM-III.

MINI-D beställes enklast direkt från förlaget.
Adress: Pilgrim Press, Box 60002, 104 01 Stockholm.
Pris: 220 kr, som betalas vid leveransen.

Jag beställer ... exemplar av MINI-D. Pris 220 kr portoifritt

.....
Namn

.....
Utdelningsadress

.....
Postadress

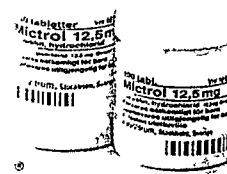


Alla tömmer inte blåsan när

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.



le själva vill.

Produktinformation

Tabletter 12,5 mg

Medel vid blåsrubbningar

Deklaration. 1 tablett innehåller: Terodilinchlorid. 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. Tåta trängningar och trängningsinkontinens vid instabil urinblåsa. Neurogena blåsrubbningar, tex ohämmad blåsa och reflexblåsa.

Kontraindikationer. Urinretention.

Försiktighet. På grund av den antikolinerga effekten bör försiktighet iakttas vid prostata-sjukdom eller andra blåstömningshinder, retentionsventrikel och trångvinkelglaukom. Dessutom bör försiktighet iakttas hos patienter med kraftigt nedsatt leverfunktion. **Graviditet och amning.** Kategori B:2. Se speciellt avsnitt märkt [g]. 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, akkommodationsrubbningar, 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 prägning MC inom bågar, ø 6 mm).

* Källa: Apoteksbolaget

Recip

11287 Stockholm. Tel. 08-13 80 00.
Ingår i KabiVitrum AB.

Basbestånd av medicinsk litteratur för vårdcentraler

ELISABET LARSSON

I brist på fungerande "centrala" litteraturlistor för urval och inköp av böcker till primärvårdens olika inrättningar beslöt vi på biblioteket vid Falu lasarett att själva försöka sammanställa sådana. Sedan manuskriptet till denna artikel skrevs har i Läkartidningen publicerats en artikel om litteratur för hälsovårdcentraler där även Socialstyrelsen är medverkande – och det är glädjande att det äntligen visas intresse från högre ort. Här redovisas emellertid vårt sätt att få fram en användbar lista.

Nyckelord: Bokurval, bibliotek, vårdcentraler

Sedan ett par år "tillhandahåller" Falu lasarettsbibliotek, i egenskap av basbibliotek för Kopparbergs läns landsting, litteraturlistor med rekommenderat basbestånd för primärvårdens inrättningar (1).

När listorna tillkom var vårt syfte att upprätta en förteckning över ett basbestånd (minimibestånd) av litteratur till vårdcentralerna inom Syrelsen för mellersta Dalarnas hälso- och sjukvård (dåvarande direktionen för Falun-Borlänge hälso- och sjukvård). Vid primärvårdens utbyggnad skulle de nytilkommande vårdcentralernas litteraturbestånd byggas upp från "noll", och även de befintligas bestånd behövde rustas upp ordentligt. De flesta övriga vårdcentraler inom andra styrelser i länet visade sig, vid inventering, vara i än större behov av upprustning på litteratursidan. På sina håll fanns inte en enda bok (förutom möjligen doktors egna gamla kursböcker), så här behövdes nytt ifrån grunden. Vi fann det alltså mycket angeläget att få fram ett förslag till användbart grundbestånd.

Listorna är alltså tänkta som minimibestånd och kan (eller måste) kompletteras allt efter vårdcentralernas speciella inriktningar.

Som utgångspunkt används följande redan existerande listor:

A Litteratur för vårdcentral – allmänläkar/distriktsvård – från Primärvårdsblocket Älvsborgs läns landsting S:a sjukvård distrikt

B Facklitteratur som levererats till . . . resp Distriktssköterskemottagningar, MVC och BVC – från Medicinska centralbiblioteket i Karlstad

C Litteratur för AT – från Socialstyrelsen (tyvärr var ju den listan "gammal" redan när den utkom – mycket inaktuell beträffande nya upplagor, slutsålda titlar osv) (2).

D Selected list of books and journals for the small medical library – (publiceras vartannat år i Bull Med Libr Assoc).

Den speciella DLM-listan byggdes upp specialitet för specialitet. Förutom vad som plockats ut från de nyssnämnda listorna, utgick vi från bibliotekets eget bok- och tidskriftsbestånd. Vi försökte se på böckerna ur "DLM-perspektiv" och läste recensioner i Läkartidningen och Bibliotekstjänsts sambindningslistor. Därefter diskuterades varje "dellista" med någon (biblioteksintresserad) läkare inom varje specialitet. Den sammanställda listan sändes sedan på "remiss" till varje vårdcentralchef inom dåvarande direktionen för diskussion och komplettering inom vårdcentralen. Listorna måste vara färdiga före ett visst datum, och för DSM:s och BVC:s del var tidsnöden stor. Det var inte heller lätt att hitta intresserade "referenspersoner" med synpunkter på litteraturen. Beträffande BVC:s böcker var dock barnhälsovårdsöverläkaren till stor hjälp. Till sist hölls dock ett sammanträde med representanter för primärvården och biblioteket där listorna slutligen fastställdes.

Alla vårdcentraler inom dåvarande Falun-Borlänge direktionen har försetts med böcker och tidskrifter enligt basbeståndslistorna. Behovet att köpa litteratur har visat sig vara lika stort i hela länet. Listorna efterfrågas av alla vårdcentraler och leder även till inköp av litteraturen. Lasarettsbiblioteket i Falun handhar inköp och iordningställande av böcker för hela länet och vi arbetar för högtryck med anskaffningen.

Att ett fungerande bokbestånd är en naturlig del av utrustningen vid en sjukvårdsinrättning borde vara självklart – och att det finns lämpliga, lättillgängliga lokaler för "biblioteket" – och inte minst att där finns brukbara hyllor att ställa böckerna i. Verkligheten ser nu inte ut så. Nya inrättningar öppnas utan att man har tänkt på biblioteksfunktionen, och i den mån det finns därför avsedda rum och hyllor har de många gånger varit helt funk-

tionsodugliga. Anslag till själva litteraturen saknas helt. Biblioteket måste få vara med redan vid planeringen! (3).

Vi har litteraturlistorna inlagda i vår microdator och försöker att hålla dem aktuella vad upplagor och priser beträffar. Naturligtvis är vi öppna för alla förslag till andra boktitlar och till nyutkomna böcker. Förhållandevis många titlar har blivit slutsålda från förlaget utan att ersättas av ny upplaga, nya ämnen dyker upp (tex AIDS) osv.

Urvalet kan alltid diskuteras.

Vår lista överensstämmer av naturliga skäl i ganska hög grad med den i Läkartidningen publicerade (4). Vi har dock i vårt urval försökt undvika "årsböcker", dvs verkliga årsböcker, men också sådana som utkommer i ny upplaga varje eller nästan varje år, tex Conn, Current therapy. Med ambitionen att alltid ha senaste upplagan blir det ekonomiskt ohållbart att varje år förse ett 20-tal vårdcentraler med ny bok. Vi har också tagit fram listor för basbestånd till distriktssköterskemottagningar och barnavårdcentraler, vilket författarna till Läkartidningens artikel så småningom också ämnar göra.

Referenser

1. Tellander P-O, Holmquist B. Primärvården behöver biblioteken. Allmän medicin 1983; 4:272–273.
2. Holmquist B, Möller P. Föråldrad, felaktig NLV-lista om litteratur för AT Läkartidningen 1982; 79:2186–2187.
3. PM 1984-03-08 Biblioteksfunktionen i samband med byggande av nya vårdcentraler/Falu lasarettsbibliotek.
4. Furhoff A-K, Tibblin G, Svedner O. Litteratur, tidskrifter och video – exempel på urval för hälso/vårdcentraler. Läkartidningen 1986; 83:2925–31.

Författarpresentation

Elisabet Larsson, bibliotekarie

Biblioteket, Falu lasarett, 791 82 Falun

I nästa nummer av AllmänMedicin presenteras Medicinskt Magasin "Videotidning för fortbildning" producerad av institutionen för allmänmedicin i Uppsala.

Basbestånd till distrikts- läkarmottagningar

Specifik allmänläkarlitteratur

AllmänläkARBoken/K E Fichtelius (red)	300 (1)
Lund: Studentlitteratur 1979-83	280 (2)
Marklund B. Nya symtom, råd, åtgärd: handledning för sjukvårdspersonal. Mullsjö: Hälso- och sjukvårdsdata, 1986	234
Hörding G. Handledning för patientmottagare Lund: Studentlitteratur 1983	135
Howie J. Research in general practice Croom-Helm 1979 (tr -84) ISBN 0-7099-1268-4	190
Common dilemmas in family medicine/ed J Fry Lancaster: MTP 1983	425
Morrell DC. En introduktion i allmänläkarvård Lund: Studentlitteratur 1984	145
Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen Lund: Studentlitteratur 1984	320
Balint & Norell. Six minutes for the patient Tavistock publications 1976 ISBN 0-422-76200-8	170
Bendix. Din nervösa patient. 2 uppl - Lund: Studentlitteratur, 1980	90
Drury M & Hull R. Introduction to general practice London: Balliere Tindall 1979 ISBN 0-7020-0727-7	ca 160
Fry J. Common diseases: their nature, incidence and care 4 ed - Lancaster: MTP, 1985	ca 400
Hodgkin K. Towards earlier diagnosis: a guide to primary care 5 ed - London: Churchill-Livingstone, 1985	385
Wright H J. Clinical thinking and practice: diagnosis and decision in patient care London: Churchill-Livingstone 1979 ISBN 0-443-016-99-2	185
Royal College of General Practitioners The future general practitioner: learning and teaching London: BMJ Tavistock Square 1972 ISBN 0-900221-71-2	216

Anatomi

Atlas of human anatomy with integrated text J A Gosling ... Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985	ca 415
eller McMINN R M H. A colour atlas of human anatomy Lund: Studentlitteratur/Wolfe 1977	470

Dermatologi

Rorsman H. Dermatologi och venereologi 4 uppl - Lund: Studentlitteratur, 1987	600
Sexuellt överförbara sjukdomar/Socialstyrelsens nämnd för hälsouppllysning Stockholm 1980. - (H-fakta; 10)	64

Geriatrisk

Geriatrisk och långvårdsmedicin: lärobok för universitets- och högskoleutbildningar/huvudredaktörer: Bertil Steen och Alvar Svanborg Stockholm: Natur och Kultur 1983	370
Myrstener A. Åldrandet - åldringens sjukdomar 3 uppl - Stockholm: NB, 1983	200

Gynekologi

Brody S. Obstetrik och gynekologi 7 uppl - Stockholm: A&W, 1987	860
Gynekologi i öppen vård/red B von Schoultz 2 uppl - Stockholm: A&W, 1985	300
Perinatalmedicin /red J Gentz m fl Stockholm: AWE/Gebers 1979	440
Helsing E. Boken om amning 3 uppl - Stockholm: Trevi, 1979	49

Hematologi

Blodsjukdomar: lärobok i hematologi/Gösta Gahrton och Bengt Lundh Stockholm: Natur och Kultur 1983	500
--	-----

Infektionssjukdomar

Ström/Iwarsson. Infektionssjukdomar 1 uppl - Malmö: Liber, 1985 - ny uppl 1988	550
Cronberg S. Infektioner: mikrobiologi, klinik, terapi 4 uppl - Stockholm: AWE/Geber, 1986	370
Nordbring F. Antibiotika- och kemoterapi 4 omarb uppl - Stockholm: A&W, 1985	215
Infektioner i primärvård/red P A Mårdh - Stockholm: A&W, 1986	580

Invärtesmedicin

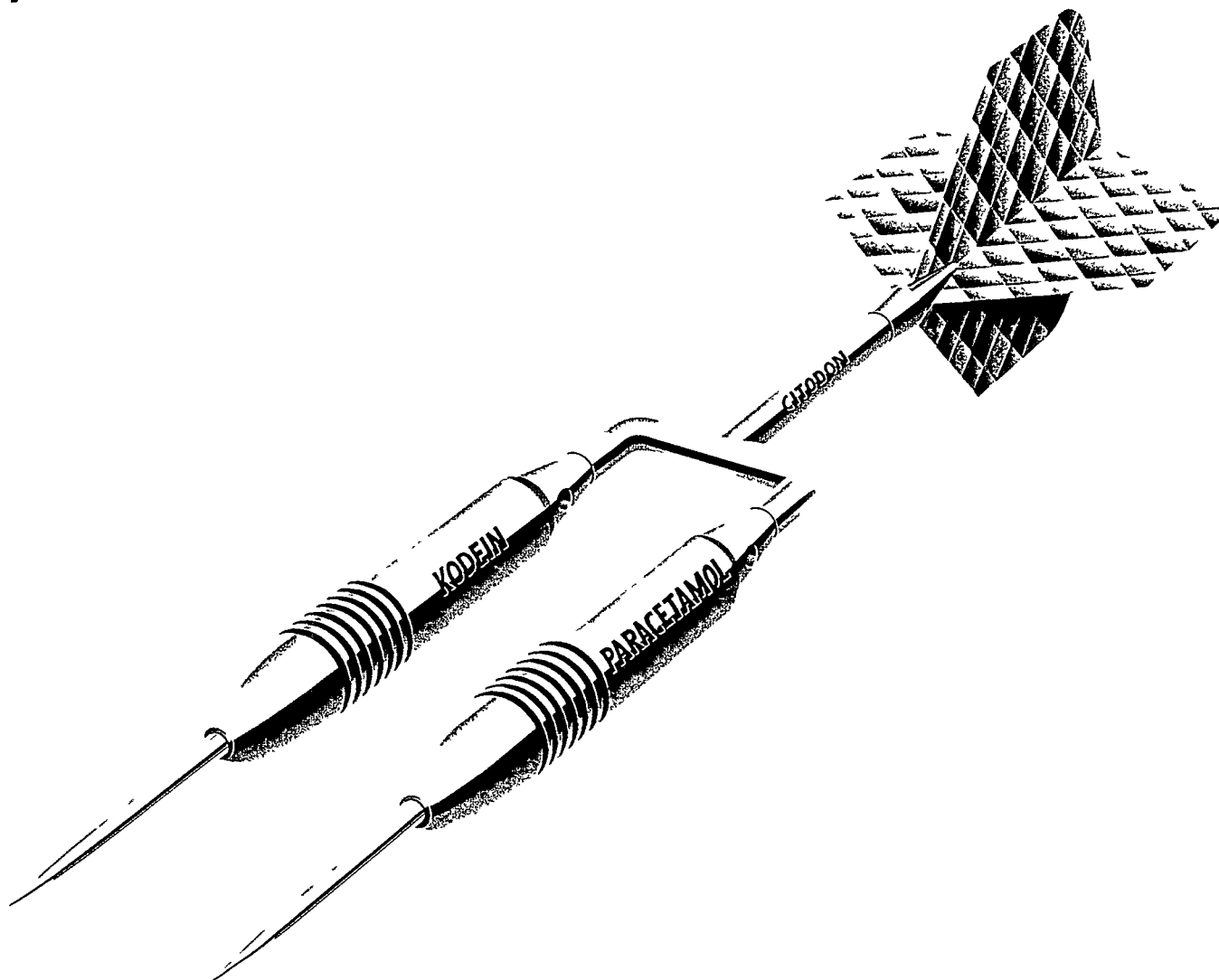
Matell G. Akutmedicin 5 uppl - Lund: Studentlitteratur, 1984	280
Harrisons principles of internal medicine/ed G W Thorn 11 ed - New York: McGraw Hill, 1986	1 259
Chusid J G. Correlative neuroanatomy & functional neurology 19 ed - Los Altos, Calif: Lange, 1985	320
Aids to examination of the peripheral nervous system/Medical research council London: Bailliere Tindall, New ed, 1986	68
Brains clinical neurology/ed by R Bannister 6 ed - Oxford: Oxford university press, 1985	565
Inbunden	280
Paper	280
Diabetes i öppenvård/P Björntorp ... 5 uppl - Göteborg: Meda, 1984	20
Anemier: diagnostik och behandling inom primärvården/G Birgegård Mölndal: Hässle, 1984	gratis

Kirurgi m m

Dahlgren S. Kirurgi i öppen vård 4 omarb uppl - Stockholm: AWE/Geber, 1985	300
Urologisk kirurgi/Lennart Andersson i	
Bergentz, S-E. Kärlkirurgi 3 uppl - Lund: Studentlitteratur 1985 (Kirurgi;4)	195
Jacobsen, D. Akutte forgiftningar: en vejleder. - Cap 1978 Oslo: Universitetsforl	148

Ortopedi

Bauer G. Ortopedisk kirurgi 3 uppl - Lund: Studentlitteratur, 1979 (Kirurgi;3)	230
Mcrae R. Clinical orthopaedic examination 2 ed - Edinburgh: Churchill Livingstone, 1983	ca 225
Danielsson L. Barnortopedi och skolioser 3 uppl - Lund: Studentlitteratur, 1984	290
Brodin H. Rörelseorganens funktionsstörningar Lund: Studentlitteratur 1981	170
Peterson L. Skador inom idrotten Stockholm: Folksam Riksidrottsförbundet Tidens förlag (Ny utg) 1983	220



När målet är effektiv smärtlindring

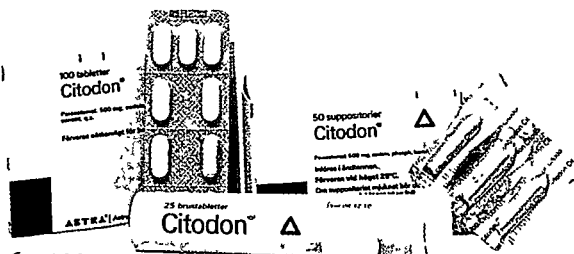
Vid många smärttillstånd är det effektivt med ett analgetikum med kombinations-effekt. Citodon®-paracetamol 500 mg, kodein 30 mg – angriper smärtan i beprövad samverkan.

Paracetamol verkar perifert, medan kodein har en centralt verkande effekt.

Den goda analgetiska effekten samt det snabba tillslaget bekräftas i en ny studie med Citodon.*)

*) Jacobson, J, Bertilsson SO. Analgesic efficacy of paracetamol/codeine and paracetamol/dextropropoxyphene in pain after episiotomy and ruptures in connection with childbirth. J Int Med Res 1987; 15:89-95.

Citodon®
paracetamol 500 mg, kodein 30 mg



Förpackningar: Tabletter 20, 50, 100 och 6 x 100 st.
Brustabletter 25, 50 och 100 st. Suppositorier 10, 20 och 50 st.

Citodon, analgetikum 

Hoppenfeld S. Physical examination of the spine & extremities
Englewood Cliffs, N J: Prentice Hall 1976 475
Cyriax illustrated manual of orthopaedic medicine
London: Butterworths 1983 ISBN 0-407-00262-6 556

Pediatric

Nelson textbook of pediatrics/Richard E Behrman ... 13 ed - Philadelphia: Saunders, 1987 1 130
Akut pediatrik/red Stig Sjölin
3 uppl - Stockholm: A&W, 1984 190
Illingworth R S. Common symptoms of disease in children
8 ed - Oxford: Blackwell, 1984 255
Dannaeus A. Födoämnesallergi
Stockholm: Natur och Kultur 1979 120

Psykiatri

Ottoson J-O. Akut psykiatri
Stockholm: A&W, 1986 215
Ottoson J-O. Psykiatri
2 uppl - Stockholm: A&W, 1983 735
Cullberg J. Kris och utveckling
2 uppl - Stockholm: Natur och Kultur, 1980 145

Barnpsykiatri

Cederblad M. Barn- och ungdomspsykiatri
3 uppl - Stockholm: Esselte, 1984 245

Reumatologi

Svensson B. Inflammade leder
2 uppl - Södertälje: Astra Syntax, 1984 90
(ej genom bokhandeln)
Edström B. Reumatologisk primärvård: kortfattad handledning
Stockholm: Merck Sharp & Dohme 1977 40
(ej genom bokhandeln)
Berglund K. Inflammatoriska reumatiska sjukdomar
Lund: Studentlitteratur 1979 160
Peri- och intramuskulär injektionsteknik/Upjohn
2 uppl 1987 gratis

Röntgen, lab

Cederblom S. Röntgaglagom
3 uppl - Lund: Studentlitteratur, 1985 155
Klinisk kemi i praktisk medicin/Fernlund P m fl
5 uppl - Lund: Studentlitteratur, 1986 600

Diagnostisk radiologi/under red av Poul Andersen ...
Stockholm: A&W 1984 390

Ögon

Bynke H. Neuro-oftalmologi
2 uppl - Lund: Studentlitteratur, 1978 120
Vaughan D m fl. General ophthalmology
11 ed - Los Altos, Calif: Lange, 1986 376

Öron

Öron- näs- och halssjukdomar/H Rundcrantz (red)
Lund: Studentlitteratur
Allmän del 3 uppl 1982 165
Klinisk del 6 uppl 1982 165
Bull T R. A colour atlas of E N T diagnosis(Wolfe medical books London)
Lund: Studentlitteratur
2 uppl 1987 290

Övrigt

Norström C. Offentlighet och sekretess i hälso- och sjukvården
Alvsjö: Skeab 1981 120
Fahlbeck R. Praktisk arbetsrätt 2 uppl
Lund: Liber 1986 245
Gullberg H. Arbetsmiljölagen
6 uppl - Lund: Liber, 1987 225
Dorlands illustrated medical dictionary
26 ed - Philadelphia: Saunders, cop 1981 530
Lindskog B. Medicinsk terminologi: lexikon
Stockholm: NB 1981 495
Hälso- och sjukvårdslagen jämte vissa tillhörande författningar med kommentarer/Jan Sahlin
Stockholm: Statens nämnd för utgivande av förvaltningsrättsliga publikationer
2 omarb uppl, 1986 270
Författningsbok för personal inom hälso- och sjukvården
Liber årlig 230
Skolhälsovård: handbok
Stockholm: Liber, 1986 175
Samhällsmedicin - en lärobok för medicinsk och social personal/L Köhler (red)
Lund: Studentlitteratur 1983 310
Fristedt B. Yrkesmedicin
4 uppl - Lund: Studentlitteratur, 1978 140
Medicinsk farmaceutisk ordbok: engelsk-svensk, svensk-engelsk/ cd Clive Cressy
Uppsala: Oxford Publishing, 1987 370

Allmänna råd från Socialstyrelsen 1982: 6 LVM: Lagen om vård av missbrukare i vissa fall.
Stockholm: Socialstyrelsen, 1982 50

Alternativa tidskrifter: välj för ca 4000 per år och mottagning.

Tidskrifter

Journal of Royal College of General Practitioners
London per år 990
Scandinavian journal of Primary Health Care
Stockholm 586
Update
London 1 100
Socialmedicinsk tidskrift
Sundbyberg 190
Läkartidningen
Stockholm 540
Allmänmedicin - tidskrift för svensk förening för allmänmedicin
Sundbyberg 400
Månedsskrift for praktisk lægegering og social medicin
København 1551
Journal of medical ethics
London 778
Motpol: tidskrift för sjukvårdsdebatt
Stockholm 92
Practitioner: the journal of postgraduate medicine
London 700
Socialnytt
Stockholm 162
Journal of family practice
New York 628
British medical journal
London 1 468
Lancet
London 1072
Family practice: an international journal
Oxford university press 734

Basbestånd till BVC

Fernlund K. Föräldragrupper (nr 2 i serien Föräldrar och barn från Socialstyrelsen)
Stockholm 1981 44
Gustafsson I. Att främja ett psykosocialt arbetssätt (nr 3 i serien Föräldrar och barn från Socialstyrelsen)
Stockholm 1981 56
Gustafsson I. Barnfamiljer i behov av stöd (nr 4 i serien Föräldrar och barn från Socialstyrelsen)
Stockholm 1983 39
Torbiörnsson A. Att vara förälder idag (nr 5 i serien Föräldrar och barn från Socialstyrelsen)
Stockholm 1982 27

Hamrin B. Att dela på föräldraledigheten (nr 6 i serien Föräldrar och barn från Socialstyrelsen) Stockholm 1983	92	Uddenberg N. Den urholkade fadern Stockholm: W&W 1982	68	Öron- näs och halssjukdomar. /(red) H Rundcrantz Lund: Studentlitteratur	165
Jennsiche M. Skrika, jollra, tala 2 uppl – Stockholm: Esselte studium, 1983	102	Hagelin E. Barnhälsovård Stockholm: Liber, 1987	300	Allmän del 3. uppl 1982	165
Cristiansson G. Förskoleålderns sjukdomar Lund: Studentlitteratur 1974	310	Basbestånd till distrikts-sköterskemottagningar		Kirurgi för kommunala högskolan/G Bauer ...	
Gustafson L H. Leva med barn Solna: LIC 1983	54	Marklund B. Nya symtom, råd åtgärd: handledning för sjukvårdspersonal		3 uppl – Lund: Studentlitteratur, 1983	245
Helsing E. Boken om amning 3 uppl – Stockholm: Trevi 1979	49	Mullsjö: Hälso- och sjukvårdsdata, 1986	234	Peterson L. Skador inom idrotten Stockholm: Folksam (ny utg) 1983	220
Socialstyrelsen. Expertgrupp Amning Amning 2 uppl – Stockholm: Socialstyrelsen 1982 (H-fakta; 4)	125	Hörding G. Handledning för patientmottagare Lund: Studentlitteratur 1983	135	Rodhe K. Våra giftiga växter – är de farliga Stockholm: LT 1981. Tyvärr slutsåld, ingen lämplig ersättare funnen	(94)
Henricson-Cullberg M. Att få tvillingar 2 uppl – Stockholm Socialstyrelsen, 1982	46	Rorsman H. Dermatologi och venerologi 4 uppl – Lund: Studentlitteratur, 1987	600	Kangas T. Handbok om diabetes 3 uppl – Västerås, 1983	135
Leach P. Barn de första fem åren Stockholm: Bonnier 1978	190	Fritz A. Hud- och könssjukdomar 2 uppl – Stockholm: Esselte studium, 1983	165	Berglund K. Inflammatoriska reumatiska sjukdomar Lund: Studentlitteratur 1979	160
Lindberg T. Barnets normala uppfödning 3 uppl – Lund: Studentlitteratur, 1983	125	Ström/Iwarson. Infektions-sjukdomar 1 uppl – Lund: Liber, 1985 ny uppl 1988	550	Myrstener A. Åldrandet – åldringens sjukdomar 3 uppl – Stockholm: NB 1983	200
Laurell E. Vegetarisk barnmat 5 omarb uppl – Lidingö: Hälsa, 1987	46	Cronberg S. Infektioner: mikrobiologi, klinik, terapi 4 uppl – Stockholm: AWE/Geber, 1986	370	Korhonen M. Giftsvampar i bild 2 uppl – Helsingfors, 1982. Tyvärr slutsåld, ingen lämplig ersättare funnen	
Foucard T. Allergibarn Stockholm: Riksförbundet mot astma-allergi 1982	97	Invärtesmedicin: sjukdomslära och vårdaspekter (red P Hedner) 5 uppl – Lund: Studentlitteratur, 1987	330	Lindskog B. Medicinsk terminologi: lexikon Stockholm 1981	495
Wall J. Televisionsbarn 2 uppl – Älvsjö: Verbum, 1985	122	Cullberg J. Kris och utveckling 2 uppl – Stockholm: Natur och kultur, 1980	145	Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården Liber årlig	230
Neuschütz K. Leka, leva, teva 3 oförändr uppl – Stockholm, 1982	133				

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, 106 30 STOCKHOLM

Finns det ett samband mellan läs- och skrivsvårigheter och synproblem hos skolbarn?

BIRGITTA PALMBORG, BENGT-ÅKE ZETTERSTRÖM, GÖRAN SJÖNELL

Möjligheten till ett samband mellan synsvårigheter (refraktionsfel) och läs- och skrivsvårigheter har tidigare endast diskuterats i ringa omfattning. En pilotstudie från Bromma i Stockholm bland elever på mellanstadiet visar att hyperopi och dyslexi samvarierar i dessa åldrar. Författarna pekar i detta arbete på behovet av en stor prospektiv jämförande studie för att närmare belysa läs- och skrivsvårigheters samband med refraktionsfel.

Nyckelord: Skolbarn, synfel, brytningsfel.

Ovanstående frågeställning har varit föremål för forskning och diskussion framför allt utomlands utan att entydigt kunna besvaras (1, 2). Det finns endast få svenska studier angående sambandet mellan lässvårigheter (dyslexi) och synproblem (3, 4). Lässvårigheten, som anses drabba ungefär 10% av skoleleverna, kan definieras som en oförmåga att läsa så bra som man kunde vänta sig med hänsyn tagen till barnets ålder och intelligens. Det förefaller klart att en del allvarliga lässvårigheter beror på en onormal neurologisk utveckling, tex hjärnskador vid födelsen eller en onormal utveckling av hjärnan under fostertiden. De flesta fallen av lässvårigheter visar inga tecken på neurologiska skador (5).

Ett antal andra faktorer har visat sig ha samband med dyslexi. Bland dessa kan nämnas: (a) bristande läsmognad; (b) allmän intellektuell omognad; (c) fysiska handikapp, som nedsatt syn eller hörsel; (d) försenad talutveckling och begränsat ordförråd; (e) personliga anpassningssvårigheter; (f) ogynnsamma hemförhållanden; (g) skolfaktorer som tex dålig undervisning, brist på lämpligt material eller för stora klasser. I det enskilda fallet kan en eller flera av dessa orsaker vara grunden till lässvårigheter.

Läs- och skrivsvårigheter behöver inte vara en fråga om bristande intellektuell begåvning utan beror på många små handikapp som tillsammans skapar detta stora problem. En terapeutisk inriktning med denna multivariata bakgrund, innebär sålunda

att, kan man identifiera ett problem som etiologisk faktor och därefter avlägsna denna, är chansen stor att man påverkar läs- och skrivsvårigheterna utan att egentligen ha åtgärdat hela etiologin.

Misstanken att synproblemen skulle kunna vara en etiologisk faktor till läs- och skrivsvårigheter föddes hos oss i samband med ett försök 1983 i Ålstensskolan i Stockholm. Mellanstadielärarna på skolan hade bestämt att en del av skolans resurser skulle gå till undervisning med skrivmaskin som hjälpmedel för elever med läs- och skrivsvårigheter, något som lärarna haft goda erfarenheter av tidigare. Läsåret 1983–84 undervisade en av författarna (B. P.) 13 elever i årskurserna fyra till sex i maskinskrivning. Klasslärarna hade i samarbete med skolans vanliga speciallärare valt ut de elever som ansågs ha störst behov av denna annorlunda stödundervisning.

Under en av lektionerna råkade två flickor nämna att texten ibland blev suddig för dem. Mot denna bakgrund remitterades flickorna till leg optiker Bengt-Åke Zetterström. Han fann vid sin undersökning att dessa elever var latent översynta och gav dem en korrektion av +1 dioptri för läsning. Redan efter ett par veckor med glasögon, rapporterade flickorna att de såg bättre att texten inte rörde på sig och att de kunde koncentrera sig bättre.

Dessa fynd var så iögonfallande att vi beslöt att göra en pilotstudie för att söka ta reda på om synproblem kan tänkas vara en av flera etiologiska faktorer till dyslexi.

Material och metod

Den undersökta gruppen bestående av elever från klass fyra till sex i Ålstensskolan utvidgades med fem elever från Grimstaskolan och kom att omfatta 18 elever med läs- och skrivsvårigheter. Alla eleverna hade rekryterats till maskinskrivningsundervisningen genom klasslärarna i samarbete med skolornas speciallärare. Eleverna fick genomgå synundersökning. Genom samarbete med klasslärarna, utvaldes också de 18 elever, i de klasser som den läs- och skrivsvaga gruppen tillhörde, som läste och skrev bäst, alltså de som inte hade minsta tendens till läs- och skrivsvårigheter. Dessa utgjorde kontrollgruppen och genomgick samma synundersökning som försöksgruppen.

Den optometriska synundersökningen utfördes på följande sätt:

1. Utförlig anamnes under närvaro av förälder.
2. Coverttest, långt och nära håll.
3. Motilitetstest.
4. Uppskattning av konvergensnärpunkt.
5. Uppskattning av stereopsis enligt Wirt.
6. Statisk retinoskopi.
7. Subjektiv refraktion.
8. Binokulär korscylindermätning på 40 cm, för att uppskatta plusglasacceptansen
9. Uppmätning av ackommodationsamplitud enl Sheards minusglasmetod.
10. Uppmätning av pos rel ackommodation och neg rel ackommodation.

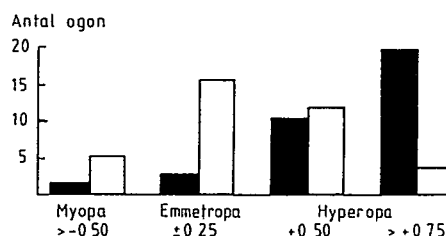
Kriterier för indelning av:

hyperopi = $> +0,50$ dioptrier

emmetropi = $\pm 0,25$ dioptrier

myopi = $> -0,50$ dioptrier

Studien är sålunda en öppen kontrollerad, jämförande studie.



Figur 1. Antal ögon på elever med och utan läs- och skrivsvårigheter, fördelade efter refraktion. (Läs- och skrivsvaga = fyllda staplar, kontrollgruppen ofyllda.)

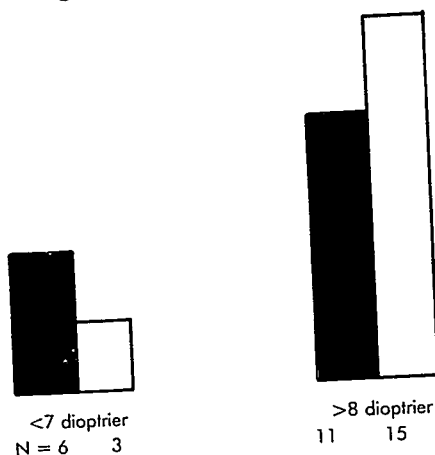
Resultat

Andelen översynta, hyperopi, i gruppen läs- och skrivsvaga var väsentligt mycket högre än i kontrollgruppen. Som framgår av figur 1, fanns i gruppen läs- och skrivsvaga 18 elever (36 ögon), 10 elever (20 ögon) som var hyperopi $> +0,75$. I kontrollgruppen 18 elever (36 ögon) var endast 2 elever (4 ögon) hyperopi $> +0,75$. 55% av de läs- och skrivsvagas ögon var hyperopi dvs $> +0,75$, motsvarande andel var 11% i kontrollgruppen ($p < 0,05$). Antalet emmetropi ögon var fem gånger så stort i kontrollgruppen som i den läs- och skrivsvaga gruppen.

Fyra elever i gruppen läs- och skrivsvaga hade tidigare fått glasögonkorrektion. Två av dessa hade en felaktig korrektion. Båda var hyperopi med

astigmatism. Den tredje var myop och var korrigerad för avståndssende. Denna korrektion fungerade otillfredsställande vid närseende. Den fjärde var hyperop och tidigare skelbehandlad. I kontrollgruppen hade en elev glasögonkorrektion för myopi.

Vid fastställande av akkommodationsamplituden (en elev med läs- och skrivsvårigheter kunde pga koncentrationssvårigheter inte fullfölja undersökningen. Därför har endast 17 elever undersökts i den gruppen.) fann Zetterström att sex elever i den läs- och skrivsvaga gruppen hade en akkommodationsamplitud på <7 dioptrier mot tre i kontrollgruppen (figur 2). Två av dessa tre i kontrollgruppen var myopa och hindrades inte i sin läsförmåga av den låga akkommodationsförmågan.



Figur 2. Elever med och utan läs- och skrivsvårigheter fördelade efter akkommodationsamplitud. (Läs- och skrivsvaga = fyllda staplar, kontrollgruppen ofyllda.)

Kommentar: Akkommodationsamplituden har uppmätts binokulärt. Akkommodationsamplituden förväntas för en 10–12 åring kunna uppmätas till cirka 10–12 Dptr.

Diskussion

Fynden i denna pilotstudie stöder misstanken att läs- och skrivsvårigheter kan samvariera med synproblem. På grund av materialets begränsade omfattning, kan inte några säkra slutsatser dras huruvida hyperopi hos skolbarn i mellanstadiet är en etiologisk orsak till läs- och skrivsvårigheter. Fynden är dock så intressanta att det finns all anledning att fortsätta forsknings- och utredningsarbetet.

Om hyperopin har betydelse för barns förmåga till långvarigt närarbete, som pilotundersökningen här visar, är ett etiologiskt samband med läs- och skrivsvårigheter sannolikt. Skulle fynden som är gjorda i denna pilotstudie kunna beläggas i ett större material, skulle konsekvenserna för svenska elever vara av icke ringa omfattning. Cirka 10% av alla barn i varje årskurs, dvs cirka 10 000, anses ha läs- och skrivsvårigheter.

Skulle tidigt upptäckt synfel, som därefter korrigeras med glasögon,

leda till att gruppen med läs- och skrivsvårigheter reducerades med tex 10%, skulle cirka 1 000 elever varje år i Sverige slippa detta förödmjukande handikapp.

Materialet i denna studie är litet. Tendensen är intressant. Det vore önskvärt om en större population kunde studeras, så att ett säkrare resultat kan beläggas. I en sådan studie bör också en kartläggning av intervention med glasögon hos de hyperopa värderas i förhållande till en kontrollgrupps eventuellt senare etablerade läs- och skrivsvårigheter.

Referenser:

- Stein J, Fowler S. Effect of Monocular Occlusion on Visuomotor Perception and Reading in Dyslexic Children. The Lancet 1985; July 13:69–73.
- Poynter H L et al. Oculomotor Functions in Reading Disability. Am Jour-

tics 1982;59: 116–21.

- Ericson B. Synproblem och skolframgångar i svenska. Pedagogiska institutionen vid Uppsala Universitet: Pedagogisk forskning i Uppsala 1979;9.
- Nordquist B. Stereopsi och visuella färdigheter. Nordisk Tidskrift for optikere 1973;2:26–9.
- Malmquist E. The Child and the Right to Read Problems in Attaining Universal Literacy. Ur Greaney V (ed.) Children: Needs and Rights. New York: Irvington Publishers, Inc. 1985; 153–166.

Författarpresentation:

Birgitta Palmberg, adjunkt, Bromma

Bengt-Åke Zetterström, leg optiker

* Göran Sjönell, distriktsöverläkare

* Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 11327 Stockholm tel 08-340240

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distriktssköterskemottagning.

ALLMÄN MEDICIN

kostar 400 kronor för år 1988. Avgiften insättes på postgiro 37 54 40-5.

Ange prenumeration för 1988 på talongen.

ALLMÄN MEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Läkaren och patienten – varför förstår dom inte varandra?

En litteraturundersökning och tankar kring dess fortsättning

ELISABETH ARBORELIUS

Patient-läkarrelationen tilldrar sig ett allt större intresse. Denna litteraturundersökning visar emellertid på uppenbara brister och svårigheter i kontakten, som bl a tar sig uttryck i att patienter ofta är missnöjda med läkarens sätt att uppträda, vilket i sin tur leder till att de i lägre utsträckning följer doktors råd. Det framkommer också att olikheter mellan läkare och patient försvårar kommunikationen. Den "lösning" som hittills förespråkats är att träna läkare i kommunikationsförmåga, men detta har inte visat sig vara framgångsrikt. I artikeln diskuteras ytterligare möjliga orsaker till kommunikationsproblemen och tillvägagångssätt att bedriva en sådan forskning.

Nyckelord: Patient-läkarrelationer, kommunikationssvårigheter, sociala bakgrundsfaktorer, patientbehov, vårderingar.

I mitt tidigare arbete inom barnhälsovården – som är en del av primärvården – har jag genomfört undersökningar om föräldrars önskemål om service från barnavårdscentralen (BVC), psykosocialt arbete på BVC samt olika föräldragrupperns erfarenheter av föräldrautbildning (1, 2, 3). Ett genomgående resultat har varit att olika föräldragrupper upplever sig få olika service från BVC:s sida. Föräldrar med mer utbildning – mellan-skiktsföräldrar – har gynnats genom den metodik och det innehåll det psykosociala arbetet haft, jämfört med föräldrar med lägre utbildning.

Det övergripande målet i den nya hälso- och sjukvårdslagen är att vården skall ges till alla på lika villkor. På motsvarande sätt är det barnavårdscentralernas uppgift, att det psykosociala arbetet skall komma alla barn tillgodo oavsett samhällsklass – något som man till synes emellertid inte lyckats med.

Med utgångspunkt i dessa erfarenheter från barnhälsovården, blev nästa steg att ställa frågan: "Hur fungerar servicen inom övriga primärvården

med vuxna patienter från olika samhällsklasser?" Numera har vi kunskaperna om att de flesta medicinska problem har psykosociala komponenter. Inom primärvården har det psykosociala arbetssättet alltmer betonats. Vår kunskap om effekterna av denna psykosociala inriktning är emellertid begränsad. Landstingsförbundets SCB-undersökning 1985 (4) visade emellertid, att 50% av alla tillfrågade ansåg att människor ur högre socialgrupper får bättre behandling än lägre socialgrupper.

Inom primärvården sker en viktig del av mötet mellan personal och patient mellan läkaren och patienten. De senaste åren har patient-läkarrelationen tilldragit sig ett allt större intresse. Ett konkret uttryck för detta är den nya hälso- och sjukvårdslagen, genom vilken man mer strävar efter att tillgodose patientens intressen. Frågan väcker naturligtvis också uppmärksamhet utifrån det faktum att man vet att otillfredsställelse hos patienten påverkar i vilken utsträckning denne följer läkarens råd, vilket i sin tur påverkar effektiviteten i sjukvården. Man kan också uttrycka det så, att det blir dyrt att ha otillfredsställda patienter.

Min ursprungliga avsikt var att genomföra en empirisk undersökning i syfte att studera huruvida servicen i primärvården fungerade på ett jämlikt sätt, dvs gavs till alla på lika villkor, så som den kom till uttryck i patient-läkarrelationen. När det emellertid visade sig finnas en omfattande empirisk internationell forskning på området, bestämde jag mig för att i första hand göra en litteraturstudie, för att se i vilken mån man på detta sätt kunde få svar på den aktuella frågeställningen.

Litteraturstudien kom att innefatta ca 60 artiklar samt ett tiotal böcker (Medline m fl baser). Litteraturen valdes utifrån fokusering just på *processen* i mötet mellan patient och läkare, dvs utifrån nyckelord som interaktion, kommunikation, relation etc. Resultaten kan sammanfattas enligt följande:

Hur vill patienten att doktorn ska vara?

När det gäller patient-läkarrelationen mer allmänt visar det sig att patienterna framför allt vill att läkaren skall vara varm, mänsklig, personlig, intresserad och engagerad (5, 6). Pati-

enten vill bli bemött med respekt och känna att läkaren tar hänsyn till individuella aspekter, dvs till just deras personliga problem (5).

Anmärkningsvärt i detta sammanhang är undersökningsresultat via video som visar på att läkarna tror att de visar mycket mer känslor än de gör, och att de tror att patienterna mycket oftare än vad som är fallet upplever dem som vänliga och intresserade (6, 7).

Det finns många konkreta exempel i de olika undersökningarna på vad patienterna är missnöjda med: de upplever läkaren som ointresserad och oengagerad, tekniskt kylig och alltför neutral (6, 8–11). När det gäller läkarens beteende visar undersökningar på att det är vanligt att han dominerar genom att initiera all verbal interaktion, prata mycket mer än patienten (vilket i hög grad förvånade läkarna själva), avbryta, inte svara på frågor, strunta i det som är viktigt för patienten att tala om etc – medan patienten intar en underordnad roll (6, 9, 12).

Läkarens sätt att uppträda mot patienten är avgörande för patientens tillfredsställelse med konsultationen (6, 11, 13–19). Det finns också ett klart samband mellan läkarens beteende och utsträckningen i vilken patienter följer läkarens råd (compliance); nöjda patienter följer läkarens råd (6, 11, 20–23).

Patientens behov av information

Flera undersökningar visar att patienter vill ha information, att man vill veta vad man har för sjukdom, få reda på orsaker och behandlingsmöjligheter. Inga direkta skillnader har påvisats i dessa avseenden mellan olika åldrar, kön, socialklasser etc (24).

Läkaren å sin sida underskattar emellertid patientens önskan om att få information (9). I ett flertal undersökningar framkommer att många patienter ofta är missnöjda med den information de får och att det råder en brist på tydliga förklaringar om diagnos och orsaker (10, 22). Intressant att notera är att flera undersökningar, vanligen medelst videoinspelningar, visar att läkaren ägnar mycket mindre tid åt att ge information än han själv tror (9).

Vad betyder patientens sociala bakgrund?

Åtskilliga undersökningar visar på

likheter mellan patient och läkare med avseende på sociodemografiska egenskaper (kön, ålder, socialklass, etnisk bakgrund, civilstånd etc) *underlättar* kommunikationen; alldeles särskilt gäller detta social bakgrund/socialklass (9, 14, 25).

När det gäller patienter från lägre socialgrupper blir konsultationen allmänt sett mer problematisk jämfört med patienter från högre socialgrupper (9, 11, 12–14, 21, 24). Det visar sig också att läkarna känner till mer om de välutbildade patienternas hemförhållanden (25).

Patienternas socialklass visar sig vara en signifikant prediktor på mängden förklaringar som läkaren ger (24). Det visar sig också att lågutbildade patienter i högre utsträckning missförstår läkarens förklaringar och instruktioner än patienter med högre utbildning (trots att läkaren ger fler instruktioner till patienter från lägre socialklasser), likaså att lågutbildade patienter glömmer mer av informationen (26). Andra undersökningar visar emellertid att om patienter får en tillräcklig och begriplig information, så kommer de också ihåg mer av den (22, 24).

Patienter från lägre socialklasser visar sig vara i "underläge" i flera avseenden: de har svårare att ställa frågor (9), de är mer försagda, vilket kan innebära att läkaren inte tror att de är så angelägna att få information (24), de är mer osäkra om vilken information som förväntas av dem, vilket kan leda till att läkaren uppfattar dem som mer ovilliga att ge information (9). Enligt samma undersökning stoppas patienten in i olika "fack" utifrån läkarens perception huruvida patienten vill ha information och är motiverad att lära sig mer om sin sjukdom.

Patienter från högre socialklasser visar sig istället vara i en mer gynnsam position i förhållande till läkaren. Dessa patienter pratar mer, artikulerar sina problem bättre, verkar mer kapabla att förstå medicinska förklaringar, ställer fler frågor och ger mer information till läkaren (25–26).

Alltså: det finns uppenbara svårigheter i kontakten mellan patient och läkare överhuvudtaget. Svårigheterna *förstärks* om patienten dessutom – utöver att vara patient (!) – också kommer från en lägre socialklass.

Man kanske kan "träna" läkarna till bättre kontakt med sina patienter?

I den mängd undersökningar som gjorts är det just denna slutsats så gott som alla forskare drar. Undersökningarna avslutas ofta med långa listor på vilka faktorer man speciellt ska träna läkarna i, vilka metoder man kan använda sig av osv. Det råder alls inte brist på uppslag i dessa avseenden.

Men – verkligheten tycks inte vara så enkel. Om detta vore "Lösningen", skulle man under de sista 10 åren (dvs

under den period då problemen med kontakt mellan patienter och läkare uppmärksammats mer än tidigare) rimligen gjort ett stort antal sådana "träningsförsök" och utvärderat *vilka effekter* detta haft på kontakten mellan patienter och läkare. Det anmärkningsvärda är att detta inte har gjorts! Jag har gjort stora ansträngningar att få fram sådana undersökningar (Index Medicus samt datasökningar på Medline och databasen Eric) och endast fått fram ett fåtal. Och av dessa sålunda mycket få undersökningar som gjorts har man med något enstaka undantag *inte kunnat påvisa resultat* i form av förbättrad kontakt mellan läkare och patient.

Detta bevisar *inte* att träning i kommunikationsförmåga inte skulle ha effekter i kontakten med patienter, *men* det visar på att träning knappast kan vara *den enda eller den avgörande faktorn*, när det gäller att komma tillrätta med svårigheterna i kontakten mellan läkaren och patienten.

Jag vill i detta sammanhang framhålla att det naturligtvis är av största värde att man fortsätter bedriva de kurser, som under senare år bakats in i läkarutbildningen med syftet att lära ut kunskaper och låta studenterna själva få känna på problem i patient-läkarrelationen.

Om inte träning har en avgörande effekt

– vad gör man då?

Innan man går vidare med nya "träningskurser" eller andra åtgärder, måste man mer förutsättningslöst undersöka vilka övriga orsaker som påverkar kontakten mellan läkare och patient. Det är min förhoppning att fortsätta gå vidare på detta område, för att få fram en modell som belyser flera aspekter samtidigt i patient-läkarrelationen, för att visa på hur mångfacetterat och sammansatt problemet är.

Möjliga hypoteser att testa i en kommande undersökning är följande:

1. Bristande kommunikationsförmåga hos läkaren som bidragande orsak till kommunikationsproblemen.

Det är denna hypotes som hittills varit underförstådd i flertalet undersökningar som förklaring till svårigheterna i patient-läkarrelationen. Resultaten hittills innebär emellertid *inte* att faktorer i kommunikationsförmåga skulle vara betydelselösa, utan snarare att kommunikationsförmåga vare sig är *den enda* eller *den avgörande faktorn* för problemen i patient-läkarrelationen. Det är därför väsentligt att ytterligare testa denna hypotes, speciellt med avseende på hur den är relaterad till övriga hypoteser.

Man kan tala om en generell interaktions-/kommunikationsförmåga med avseende på att få bra kontakt med patienten, kunna lyssna och förstå vad patienten menar, visa respekt

för patientens integritet, inge förtroende, förmåga till inlevelse i patientens situation etc.

De enklaste bristerna i en generell interaktionsförmåga skulle kunna beskrivas som brister i arbetsmetodik. Härmed avses sådana kommunikationsproblem som rimligen relativt enkelt skulle kunna avhjälpas genom "träning", tex att läkaren presenterar sig för patienten, att läkaren tar reda på huvudanledningen till att patienten söker honom, att man inte inleder kontakten med att läsa i journalen, inte ställer andra frågor i samband med kroppsundersökning etc.

Vanligen handlar dock brister i en generell kommunikationsförmåga om ett mer grundläggande sätt att förhålla sig till andra människor; i detta fall förhållandet till patienten i yrkesrollen som läkare. Bristerna i denna förmåga kan dels handla om individuella faktorer hos läkaren själv; egen osäkerhet, rädsla, ovana etc som i sin tur kan ha mer eller mindre djupa personliga bottnar. Det kan också handla om att fastna i en stereotyp läkarroll; en mer eller mindre omedveten upfattning om hur man tror att en läkare förväntas uppträda.

2. Bristande kunskaper och respekt angående patienters olika levnadssituation beroende på socialklassstillhörighet som bidragande orsak till kommunikationsproblemen

Socialklassstillhörighet innebär i sig olika levnadssituationer med avseende dels på faktiska yttre förhållanden som bostad, utbildning, men också beteenden och förhållningssätt, tex hur man pratar (27–28), fostrar sina barn (29–31). Förenklat kan man uttrycka det så, att det finns ett sätt att bete sig i arbetarklassen och ett sätt i mellanskiktet. Det är viktigt att läkaren både har kunskaper om och visar respekt för sådana olika beteenden, som har att göra med socialklassstillhörighet.

Frankel (32) har bl.a. visat på hur patient-läkarrelationen avsevärt kan försvåras genom sådana till synes självklara faktorer (tex där läkaren inte kände till de socioekonomiska omständigheter en diabetespatient levde under och därför inte kunde förstå varför denne inte kunde följa den förelagda dieten).

Som tidigare nämnts har forskning visat att kommunikationsproblemen mellan läkare och patient i hög grad förstärks om patienten kommer från en lägre socialklass (10–12, 14, 21, 24). Motsvarande resultat inom barnhälsovården har även visats i mina egna tidigare undersökningar (1, 3). Problem av liknande karaktär gäller även när patienten har en annan etnisk bakgrund (14).

Att denna faktor bidrar till problem i läkare-patient-relationen är sålunda redan visat, däremot inte hur denna faktor/hypotes är relaterad till övriga faktorer/hypoteser.

3. Olika behov hos patienterna i kontakten med läkaren som bidragande orsak till kommunikationsproblemen

Sedan länge har man inom primärvården uppmärksammat den psykiska och sociala problematik många patienter har då de söker för kroppsliga symptom. I ett flertal svenska undersökningar har man påvisat såväl förekomsten av dessa problem som förekomsten att de endast i ringa utsträckning uppmärksammas i samband med läkarbesöket (33–37).

Även internationellt har motsvarande problem uppmärksamats. Freidman m fl (38) har visat på att överensstämmelsen mellan läkare och patient när det gällde att identifiera huvudproblemet alltid var lägre då psykiska och/eller sociala problem fanns inblandade. Frankel visade 1983 att 51% av de läkarbesök som gjordes på vårdcentraler i USA inte var föranledda av medicinska sjukdomar. Erfarenheterna från en längre studieresa i Sverige fick honom att uppskatta motsvarande siffra i vårt land högre (personlig kommunikation okt 1986) beroende på att: – befolkningen som helhet har blivit friskare

- människor söker mer sjukvård
- de som söker sjukvård har färre sjukdomar

Coser (39) menar att individuella skillnader hos patienter kan förstås ur perspektivet att vissa har en *instrumentell*, medan andra har en *primär* orientering mot sjukvården. Patienter med en primär orientering söker i första hand för att få uppmärksamhet och sympati (dvs allmänmänskliga behov), medan patienter med en instrumentell orientering snarare ser sjukvårdens funktion som att lösa uppgifter på ett effektivt sätt. De sistnämnda patienterna efterfrågar oftare information om sina sjukdomar, för att nämna ett exempel. Inom detta område kan också klasskillnader finnas: Bensira (40) och Wolinsky (41) har i ett par undersökningar visat på att patienter från lägre socialklass och med lägre utbildning många gånger är mer beroende av att läkaren uppträder på ett medmänskligt sätt jämfört med patienter med högre utbildning.

Det kan således vara så att människor idag i allt högre utsträckning söker sig till sjukvården för att få allmänmänskliga behov tillfredställda, för att man inte finner andra sätt att kanalisera dessa – och att detta frustrerar läkaren, som i första hand har en medicinsk utbildning och ett medicinskt kunnande.

Att många patienter söker för allmänmänskliga behov och/eller psykiska/sociala problem under en "medicinsk täckmantel" synes idag vara klarlagt. Det är emellertid oklart i vilken utsträckning eller på vilket sätt fenomenet *bidrar till svårigheten i patient-läkarrelationen*. Ett bekräftande av hypotesen skulle bli fokusera frå-

geställningen huruvida det överhuvudtaget är (och i så fall i vilken omfattning och på vilket sätt) sjukvårdens uppgift att svara för allmänmänskliga behov. Detta är en minst sagt omfattande och svår fråga.

4. Samhällets ideologier – läkarens värderingar förmedlade till patienten – som bidragande orsak till kommunikationsproblemen

Om sjukvårdens roll i samhället har mycket skrivits. Waitzkin (42) är emellertid en av de få författare som kopplat samman svårigheterna i patient-läkarrelationen med ett samhällsperspektiv. Genom studier av ett antal videoinspelningar har han visat på hur läkaren i åtskilliga samtal med patienten ger uttryck för ideologier/värderingar. Dessa kan dels handla om mer privata/personliga värderingar av läkaren själv, då han i sin roll som läkare uttalar sig om hur patienten bör förhålla sig till sin familj, sitt arbete, sin fritid etc. Det kan också handla om hur läkaren agerar som "statens förlängda arm" och på så sätt förmedlar samhällets värderingar. I konflikten mellan att vara en servicefunktion åt patienten – enligt principen "kunden har alltid rätt" (Ask-Uppmark) – med en patient-läkarrelation helt baserad på förtroende och en tilltagande kontrollfunktion, har kontrollfunktionen blivit större. Läkaren i sjukvårdssystemet, så som det utvecklats i ett 20-årsperspektiv, synes alltmer tendera att bli offentlig tjänsteman och därmed representera samhällets ideologier och värderingar i allt större utsträckning, tex i socialförsäkringssystemet.

En annan sida av värderingarna gäller de skillnader som flera undersökningar påvisat mellan patienter i olika socialklasser beträffande patient-läkarrelationen. De flesta forskare har härvid tillämpat en individuell förklaringsmodell och icke refererat till rådande strukturer i samhället. I Sverige har differensen mellan olika socialklasser förändrats under de senaste 20 åren, genom att majoriteten av de yngre och medelålders patienterna genom skolan och massmedia har en god allmänutbildning och ofta en kritisk inställning till auktoriteter och därigenom har krav såväl på respekt i bemötandet som adekvat information. Från läkarsidan torde viss anpassning ha skett till denna förändring, men kvar står fortfarande påtagliga skillnader mellan olika socialklasser. Hypotesen huruvida värderingar förmedlade av läkaren till patienten bidrar till svårigheterna i patient-läkarrelationen har hittills endast i ringa utsträckning undersökts. Det torde vara av stort värde att testa denna hypotes mer grundligt och också hur den kan relateras till de övriga faktorerna/hypoteserna.

Att testa denna hypotes innebär dels att söka svar på frågan *om* och i så

fall *hur* sjukvårdens (i detta fall primärvårdens) roll/funktion i samhället påverkar patient-läkarrelationen, men också hur läkarnas egna värderingar (vilka naturligtvis också har ett samband med samhällets rådande ideologier) försvårar i kontakten med patienterna.

Metoder för fortsatt forskningsarbete

Valet av metod emanerar – naturligt – utifrån själva frågeställningen. Problemställningen handlar om patient-läkarrelationen. Ett flertal undersökningar rapporterar patienters upplevelser/erfarenheter/synpunkter. Läkarna har videofilmats i sina patient-kontakter och bedömts av oberoende bedömare. Det finns emellertid få undersökningar kring patient-läkarrelationen där man tagit med läkarna själva i tolknings- och bedömningsprocessen och utgått också från deras upplevelser/erfarenheter/synpunkter.

Ett grundläggande förhållningssätt i den aktuella forskningsprocessen är att *inbjuda/invitera* läkarna till deltagande i forskningsarbetet. Tanken är att brevides kontakta alla distriktsläkare/distriktsbarnläkare i Östergötland, för att få kontakt med dem som vill medverka i undersökningen.

Den metod som ligger närmast till hands att använda i detta sammanhang är videoinspelningar för att testa och analysera de hypoteser som ovan beskrivits. För detta ändamål finns en speciell videoteknik (32), baserad på principer i etnografi, som går ut på att forskarna försöker förstå en händelse/situation genom att *både* beskriva hur den går till *och* hur deltagarna i situationen kan dra nytta av och beskriva situationen. Deltagarnas kommentarer har på detta sätt värde inte bara som diskussionsunderlag i sig själva utan också hur och när de äger rum i strömmen av skeenden som hela tiden bryter av varandra.

Metoden går ut på att man efter att ha gjort inspelningar av läkarbesök träffar den aktuella läkaren resp patienten (dock vid olika tillfällen) och låter denne titta igenom videoinspelningen. Läkaren/patienten får instruktionen att stanna inspelningen så många gånger han önskar, särskilt när han uppfattar någon aspekt i mötet som "nytt", "ovanligt" eller "annorlunda" och kommentera. Till denna instruktion kan man i föreliggande forskningsprojekt göra tillägget "när det inte känns bra i kontakten mellan läkare och patient". Samtliga kommentarer spelas in och läggs in på det ursprungliga videobandet exakt där pat/läkaren avbröt inspelningen.

Nämnda metod är väl etablerad i USA och har använts under många år. Det har inte uppstått problem att få läkare resp patienter att delta i inspelningarna, ett faktum som bekräftas även av andra undersökningar med videoinspelningar med patienter.

Enligt Frankel (personlig kommunikation okt 1986) får man genom denna metod ut avsevärt mer väsentlig information än genom intervjuer; man får också ut en typ av information som överhuvudtaget inte är möjlig att få fram genom den gängse metoden med patientintervjuer om upplevelser av läkarbesöket.

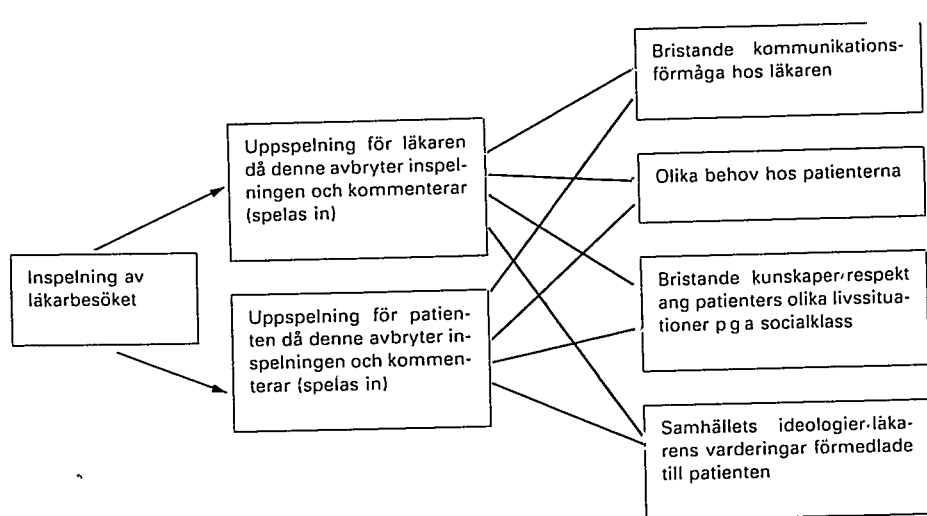
Beträffande själva datainsamlingen är tanken att kontakta samtliga distriktsläkare/distriktsbarnläkare i Östergötlands län, för att göra inspelningar med de läkare som är intresserade. Dessa väljer ett par patienter var, där frågeställningen kan antas vara av såväl medicinsk som psykisk/social karaktär. Läkarbesöken spelas in på TV och spelas sedan upp för läkare resp patient med inspelande av dessas kommentarer där de väljer att bryta inspelningen. Oberoende bedömare får därefter göra observationer/skattningar av alla dessa sekvenser med inslag av bristande kommunikation med avseende på huruvida orsakerna till kommunikationsproblemen kan hänföras till endera eller flera av de tidigare beskrivna hypoteserna 1–4 (se fig 1).

Avslutning

Förhoppningen är att man ur detta ganska omfattande material skall kunna dra slutsatser om och bättre förstå vilka nyckelfaktorerna är i kommunikationssvårigheterna och hur dessa är relaterade till varandra; vidare att utifrån denna mer mångfacetterade modell kunna utarbeta ett aktionsprogram för att förbättra patient-läkarrelationen, dvs kunna uttala sig om vilka strategier som kan förväntas leda till vilka förändringar – sen är det upp till politiker/administratörer läkare etc att ta ställning till vilka av förändringar man vill genomföra!

Litteratur:

- Arborelius E. Föräldragrupper för de välutbildade talföra föräldrarna – eller för de andra också? Socialmedicinsk tidskrift 1983; 6:330–35.
- Falvo D, Smith J. Assessing residents behavioral science skills: patients views of physician-patient interaction. J Fam Pract 1983; 17:479–83.
- Korsch B, Negrete V. Doctor-patient communication. Scient Am 1972; 227:66–74.
- Matthews J. The communication process in clinical settings. Soc Sci Med 1983; 17:1371–8.
- Ley P. Satisfaction, compliance and communication. Br J Clin Psych 1982; 21:241–54.
- Bain D. Doctor-patient communication in general practice consultations. Med Educ 1976; 10:125–31.
- Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. Jama 1984; 252:2441–6.



Figur 1. Bedömning av varje videoinspelad sekvens med avseende på orsakerna till kommunikationsproblemen.

- Epstein A, Taylor W, Seage G. Effects of patients socioeconomic status and physicians training and practice on patient-doctor communication. Am J Med 1985; 78:101–6.
 - Cline R. Interpersonal communication skills for enhancing physician-patient relationships. Maryland State Med J 1983; 32:272–8.
 - Willson P, McNamara R. How perceptions of a simulated physician-patient interaction influence intended satisfaction and compliance. Soc Sci Med 1982; 16:1699–1704.
 - Tuckett D, Williams A. Approaches to the measurement of explanation and information giving in medical consultations: a review of empirical studies. Soc Sci Med 1984; 18:571–80.
 - Pendleton D, Bochner S. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients social class. Soc Sci Med 1980; 14:669–673.
 - Cartwright A, O'Brien M. Social class variations in health care and in the nature of general practitioner consultations. In: Stacey M, ed. Sociology of the national health service. London: Keele, 1980:77–98.
 - Bain D. Patient knowledge and the content of the consultation in general practice. Med Educ 1977; 11:347–350.
 - Waitzkin H. The micropolitics of medicine: a contextual analysis. Int J Health Services 1984; 14:339–78.
- En fullständig litteraturlista kan erhållas från författaren.

Författarpresentation:

Elisabeth Arborelius, fil dr,
Institutionen för socialmedicin
Hälsöuniversitetet, Region sjukhuset
581 85 Linköping

Anmälan om föredrag/posters till Riksstämman.

Anmälan om föredrag eller poster till de allmänmedicinska sessionerna vid Läkaresällskapets Riksstämma skall sändas in före den 19 augusti 1988. Blanketter för anmälan av föredrag eller poster, tillika abstractformulär, kommer att sändas ut i mars/april och kan vid behov rekvideras från undertecknad. Vi hoppas inom SFAMs styrelse att få in många anmälningar. Riksstämman blir nästa gång 29 nov–2 dec 1988 (kommer att börja vid lunchtid tisdag och avslutas cirka kl 14 fredag).

Abstractformulären insänds till undertecknad – starta i god tid! Det är stor risk att tiden blir knapp annars dagarna före den 19 augusti.

Calle Bengtsson

Professor vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg,
vetenskaplig sekreterare i SFAM

Adress:

Allmänmedicinska institutionen,
Redbergsvägen 6
416 65 GÖTEBORG

Artiklar publicerade i AllmänMedicin 1987. Sorterade efter första författare.

- Andersson S O. Några reflektioner om min syn på människan. AllmänMedicin 1987; 8: 111-2. SEARCH WORDS: läkare, patientrelationer, varia.
- Andersson S O, Ferry S. AllmänMedicin 1987; 8: 109-10. SEARCH WORDS: vård, planering, forskning, kontinuitet, diabetes mellitus, utvärdering, doktorsavhandlingar, vårdkvalitet, tillgänglighet.
- André M, Ribacke M. Utvecklingsenheten för primärvård i Gävleborgs län, Hofors. AllmänMedicin 1987; 8: 123-30. SEARCH WORDS: primärvård, forskning, utvecklingsarbete, Hofors.
- Below von B. Sexårsöverlevnad av en BAL-grupp. AllmänMedicin 1987; 8: 176. SEARCH WORDS: balintgrupper.
- Berglund M, Nilsson Ö, Persson L. Barnolycksfall i Sollefteå kommun. AllmänMedicin 1987; 8: 86-7. SEARCH WORDS: barn, olycksfall, register, prevention, Sollefteå.
- Bjurulf P. Områdesansvaret i vetenskaplig belysning - avhandling av distriktsläkare. AllmänMedicin 1987; 8: 141-2. SEARCH WORDS: screening, diabetes mellitus, primärvård, forskning.
- Björås G. Olycksfall bland barn och ungdom i ett svenskt lokalsamhälle. AllmänMedicin 1987; 8: 38-9. SEARCH WORDS: olycksfall, barn, ungdomar, epidemiologi, socialmedicin, doktorsavhandlingar.
- Brännström G. Nytt utskick av haschboken till 110000 tonärsfamiljer. AllmänMedicin 1987; 8: 102. SEARCH WORDS: drogmisbruk, recensioner, hasch.
- Cernerud L. Skolhälsovårdens roll i hälsofostran. AllmänMedicin 1987; 8: 49-52. SEARCH WORDS: skolhälsovård, prevention, hälsofostran.
- Eriksson C G, Fahlström G, Holmquist L, Motin S, Pincus I, Swift-Johannison A. Förhoppningar och farhågor - om utvärderingen av försök med närvarndsämnden inom Örebro läns landsting. AllmänMedicin 1987; 8: 91-4. SEARCH WORDS: hälsopolitik, demokrati, medborgardeltagande, primärvård, metoder, utvärdering, hälsovårdsnämnder, närvarndsämnder, Örebro, operational research.
- Fahlgren K. Minskad alkoholkonsumtion i Sverige epidemiologiska studier av sociala faktorer och alkoholrelaterade konsekvenser. AllmänMedicin 1987; 8: 177-9. SEARCH WORDS: alkoholism, epidemiologi, hälsoproblem, socialmedicin, registerstudier, intervju/enkätundersökningar, socioekonomiska grupper, avhandlingar.
- Forsgren G, Hörnqvist C, Johansson N et al. Att arbeta förebyggande med missbruksproblem - några erfarenheter från Vännäs, Västerbotten. AllmänMedicin 1987; 8: 88-90. SEARCH WORDS: prevention, primärvård, skolbarn, ungdomar, drogmisbruk, medborgardeltagande, samverkande mellan myndigheter, socialtjänst, skolhälsovård, Vännäs.
- Furhoff A-K, Widäng K. Nordiskt allmänläkarseminarium i Reykjavik. AllmänMedicin 1987; 8: 134. SEARCH WORDS: allmänmedicin, utbildning, congress reports.
- Furhoff A-K, Hoffstedt G, Johansson E. NLV-kurser i allmänmedicin - dags för nya idéer? AllmänMedicin 1987; 8: 100-1. SEARCH WORDS: allmänmedicin, medicinsk utbildning, kongressrapporter.
- Gabrielson I, Tegmark E. Att inte vara enögd. Reflektioner kring 10 års kuratorsarbete vid vårdcentralen, Falu lasarett. AllmänMedicin 1987; 8: 202-5. SEARCH WORDS: primärvård, psykologiska problem, hälsoproblem, hälsobegrepp, sociala/psyksociala faktorer, modeller, översiktsartiklar.
- Gran B. Icke-farmakologisk behandling av hypertoni. En litteraturgenomgång. AllmänMedicin 1987; 8: 12-21. SEARCH WORDS: hypertoni, icke-farmakologisk behandling, fysisk aktivitet, viktminskning, diet, rökning, alkohol, stress, översiktsartiklar.
- Greitz B, Haglund B J A, Wirschubsky A. Hälsovanor bland skolungdom i Stockholms län. AllmänMedicin 1987; 8: 44-7. SEARCH WORDS: skolor, skolbarn, livsstil, kostvanor, rökning, socioekonomiska grupper, tvärsnittstudier, intervjuer, enkätundersökningar, forskning, hälsofostran, Stockholm.
- Haglund B J A, Tillgren P. Hälsofostran i skolan - några exempel på forsknings- och utvecklingsarbete. AllmänMedicin 1987; 8: 60-3. SEARCH WORDS: skolor, forskning, översiktsartiklar, hälsa, hälsofostran.
- Haglund B J A. Att halla sig informerad. AllmänMedicin 1987; 8: 4. SEARCH WORDS: ledare, information.
- Haglund B J A. Medlemsförändringar i Svensk förening för allmänmedicin 1982-1986. AllmänMedicin 1987; 8: 5. SEARCH WORDS: föreningsnytt.
- Haglund B J A. Artiklar publicerade i AllmänMedicin 1980-1986. AllmänMedicin 1987; supplement nr 11. SEARCH WORDS: bibliografi, publicering, allmänmedicin, primärvård, forskning, information.
- Haglund B J A, Kanström L, Tillgren P. Hälsofostran i skolan i USA-exempel från Minnesota. AllmänMedicin 1987; 8: 79-82. SEARCH WORDS: prevention, skolor, hälsoprogram, utvärdering, hälsofostran, USA, Minnesota heart health program.
- Haglund B J A. Att förebygga i skolan. AllmänMedicin 1987; 8: 36. SEARCH WORDS: prevention, skolor, skolbarn, hälsofostran, ledare.
- Hallberg H. Hälsoproblem hos fränskilda män. AllmänMedicin 1987; 8: 195-8. SEARCH WORDS: intervju/enkätundersökningar, män, hälsoproblem, skilsmässa, forskning, Borlänge.
- Hallberg H. Allmänmedicin i Dalarna. AllmänMedicin 1987; 8: 172. SEARCH WORDS: primärvård, editorials, Dalarna Hegardt G. Mor och Amor. AllmänMedicin 1987; 8: 102. SEARCH WORDS: morbarnrelationer, recensioner.
- Hegardt G. Den endelösa barndommen. AllmänMedicin 1987; 8: 102. SEARCH WORDS: barn, recensioner.
- Hegle T, Börjesson U. Fästingbett i vintermörkret. Två knepiga fall av Boreliainfektion i primärvården. AllmänMedicin 1987; 8: 193-4. SEARCH WORDS: infektioner, diagnos, behandling, nervsystemet, senilitet, fallstudier, boreliainfektion, erythema chronicum migrans.
- Hellström O. Allmänmedicinen i Umeå angår Sverige. AllmänMedicin 1987; 8: 115-7. SEARCH WORDS: allmänmedicin, vetenskapsteori, debatt.
- Hellström O. Läkemedelsförskrivning och vårdkvalitet. AllmänMedicin 1987; 8: 186-91. SEARCH WORDS: läkemedelsföreskrivning, läkare patientrelationer, primärvård, forskning, Gagnef.
- Hermansson I. Allmänläkare i biståndssvängen. Att få delta i utveckling. AllmänMedicin 1987; 8: 117-9. SEARCH WORDS: allmänmedicin, utvecklingsländer, attityder, debatt.
- Hermansson I. Föresättningar för primärvårdsutveckling. En diskussion med exempel från I- och U-värld. AllmänMedicin 1987; 8: 150-2. SEARCH WORDS: primärvård, debatt, hälsopolitik, hälsoplanering, utvecklingsländer, översiktsartiklar, internationell hälso- och sjukvård.
- Hervius I. Kongressrapport. Från regionmötet i allmänmedicin för Kalmar, Östergötlands och Jönköpings län den 19 september 1986 på Hasselö. AllmänMedicin 1987; 8: 99-100. SEARCH WORDS: kongressrapporter, Västervik, allmänmedicin.
- Hey M. Sydsvenska allmänläkarklubben. Höstmöte i Skurup 1986-10-24. AllmänMedicin 1987; 8: 145-6. SEARCH WORDS: allmänläkare, information, diabetes mellitus.
- Hey M, Trell E. Regionalt idéseminarium om specialistutbildning i allmänmedicin. AllmänMedicin 1987; 8: 143-5. SEARCH WORDS: allmänmedicin, medicinsk utbildning.
- Hultsten K. Ortopedi i primärvård. AllmänMedicin 1987; 8: 166. SEARCH WORDS: primärvård, ortopedisk medicin, recensioner.
- Håkansson A. Basdata - till vad nytta? Redovisning av ett treårsmaterial från vårdcentralen Teleborg. AllmänMedicin 1987; 8: 154-7. SEARCH WORDS: basdata, diagnos.
- Håkansson A. 5:e nordiska kongressen i allmänmedicin 14-17 juni 1987, Reykjavik, Island. AllmänMedicin 1987; 8: 205-6. SEARCH WORDS: allmänmedicin, prevention, hälsokontroller, mödravård, congress reports.
- Kialt B, Kvarnström I, Lorenz T, Stålhammar J. Northern light - en reserapport. AllmänMedicin 1987; 8: 130. SEARCH WORDS: primärvård, äldre, äldreomsorg, congress reports.
- Lindholm L. Fiberrik kost vid typ II-diabetes - spännande avhandling från Dalby. AllmänMedicin 1987; 8: 142. SEARCH WORDS: Diabetes mellitus, forskning, fibrer, diet.
- Lindqvist P. Doktorn och spriten. AllmänMedicin 1987; 8: 185. SEARCH WORDS: alkohol, attityder, politik, Gagnef.

Lundgren H, Larsson B. Giardiasis lamblia – resultat från en epidemi inom ett primärvårdsområde. AllmänMedicin 1987; 8: 10-1. SEARCH WORDS: primärvård, bakterieinfektioner, smittsamma sjukdomar, terapi, giardiasis, smittskydd.

Malmberg B G. Äntligen en ny klassifikation av sjukdomar för primärvården. AllmänMedicin 1987; 8: 37-8. SEARCH WORDS: klassifikation, sjukdomar, primärvård, varia

Marklund U, Strandell A. Skolbarns hälsovanor i Sverige. AllmänMedicin 1987; 8: 42-3. SEARCH WORDS: skolor, skolbarn, livsstil, socioekonomiska grupper, tvärsnittsstudier, intervjuer, enkätundersökningar, internationella jämförelser, forskning, hälsovanor

Nicolausson U. Husläkarmodellen är ett reaktionärt förslag. AllmänMedicin 1987; 8: 6-7. SEARCH WORDS: primärvård, allmänläkare, debatt

Norén I. Sockerlagen i Svärdsjö-Enviken – Åtgärder mot övervikt i en avgränsad befolkning. AllmänMedicin 1987; 8: 198-201. SEARCH WORDS: diabetes mellitus, kostvanor, prevention, övervikt, fysisk aktivitet, Svärdsjö.

Norén U, Svedbom J. Några glimtar från länsskolenämndernas arbete med hälsofostran. AllmänMedicin 1987; 8: 58-9. SEARCH WORDS: skolor, prevention, hälsoprogram, samverkan mellan myndigheter.

Olsson B. Kartläggning och förebyggande av barnolycksfall i Hofors kommun. AllmänMedicin 1987; 8: 132-3. SEARCH WORDS: olycksfall, barn, prevention.

Olsson P. Pillersjukan. Polyfarmaci som diagnos. AllmänMedicin 1987; 8: 147-8. SEARCH WORDS: läkemedelsanvändning, diagnos, prognos, behandling, debatt.

Palmén K. Screening av höftledsluxation. AllmänMedicin 1987; 8: 157-8. SEARCH WORDS: höfter, spädbarn, diagnos, screening, forskning.

Pettersson B. Från hälsofostran i skolan till lokalt hälsoarbete i Ljusdals kommun. AllmänMedicin 1987; 8: 67-74. SEARCH WORDS: skolor, prevention, samarbete mellan myndigheter, utvärdering, hälsa, hälsofostran, hälsoarbete, Ljusdal.

Ribacke M. FoU-arbete – en processtimulator för bättre primärvård. AllmänMedicin 1987; 8: 108. SEARCH WORDS: forskning, primärvård, ledare, editorials.

Rudebeck C E. Norsk allmänmedicin på hög nivå. AllmänMedicin 1987; 8: 95-6.

SEARCH WORDS: allmänmedicin, congress reports, Norge.

Rudebeck C E. Primärvårdsbyrån städar ut allmänmedicinen. AllmänMedicin 1987; 8: 119-22. SEARCH WORDS: allmänmedicin, debatt, specialister.

Rudebeck C E. Allmänmedicinen som vetenskap. AllmänMedicin 1987; 8: 140. SEARCH WORDS: allmänmedicin, vetenskapsteori.

Sennerfeldt P, Gustafsson G. Utvecklingsarbetet "hälsofostran i skolan" i Skaraborgs län. AllmänMedicin 1987; 8: 63-6. SEARCH WORDS: skolor, prevention, utbildning, hälsa, hälsofostran, Skaraborgs län

Silén A-M, Martinsson A. Sköterskebaserad diabetesmottagning vid Älvdalens vårdcentral – presentation och utvärdering. AllmänMedicin 1987; 8: 182-5. SEARCH WORDS: diabetes mellitus, primärvård, vårdprogram, forskning, Älvdalen.

Socialstyrelsen. Fosterdiagnostik – ny bok från Socialstyrelsen. Blivande föräldrar måste få stöd och information i sitt svåra val. AllmänMedicin 1987; 8: 102. SEARCH WORDS: graviditetskomplikationer, recensioner, fosterdiagnostik.

Socialstyrelsen. Konferensrapport om den framtida äldreomsorgen. AllmänMedicin 1987; 8: 27. SEARCH WORDS: geriatrik, äldreomsorg, recensioner.

Strandell A. Hälsofostran i skolan. AllmänMedicin 1987; 8: 40-1. SEARCH WORDS: skolor, prevention, översiktsartiklar, hälsa, hälsofostran.

Svanström L. Barnombudsman i primärvården – ett exempel från USA. AllmänMedicin 1987; 8: 162-3. SEARCH WORDS: primärvård, barn, hälso- och sjukvård, medborgardeltagande, samhällsintervention, hälsoprogram, barnomsorg, prevention.

Söderström U, Lynöe N. FoU i allmänmedicin – en introduktion. AllmänMedicin 1987; 8: 122. SEARCH WORDS: allmänmedicin, forskning, recensioner

Tillgren P, Haglund B J A, Kanström L. Hälsoutbildningscentra i samhället – hälsoäventyr för barn och vuxna. AllmänMedicin 1987; 8: 83-5. SEARCH WORDS: prevention, skolbarn, hälsouppläsning, hälsocentraler, hälsofostran, USA, the health adventure.

Tillgren P, Kanström L, Haglund B J A. Att ge färdigheter för hälsa – erfarenheter från Nordkarelen. AllmänMedicin 1987; 8: 75-8. SEARCH WORDS: skolor, prevention, hälsoprogram, hälsofostran, Finland, Nordkarelen.

Tomson Y. SFAM: s Höstmöte i Borlänge. AllmänMedicin 1987; 8: 22-5. SEARCH WORDS: allmänmedicin, primärvård, kongressrapporter.

Wahlström R, Havland T. Att lära sig se bortom symtomen. Intryck från Balint-kongress i Budapest. AllmänMedicin 1987; 8: 97-9. SEARCH WORDS: balintgrupper, psykomatiska sjukdomar, kongressrapporter, Budapest.

Weinehall L, Boman K, Ögren J-E. Kan digitalisbehandlingen

i öppen vård förbättras? AllmänMedicin 1987; 8: 164-6. SEARCH WORDS: läkemedelsförskrivning, diagnos, primärvård, hjärtsjukdomar, forskning.

Weitoft-Sedsten M-L. En modell för ökat samarbete distriktssjukgymnast–remitterande läkare vid Faluns vårdcentral. AllmänMedicin 1987; 8: 180. SEARCH WORDS: sjukgymnaster, primärvård, samarbete, arbetsorganisation, Falun.

Widäng K. Björknäsmodellen – öppen mottagning hos distriktsläkare. AllmänMedicin 1987; 8: 114. SEARCH WORDS: primärvård, planering, debatt, patientmottagning.

Wikner S. Salivens halt av lactobaciller verifierar effekten av kostrådgivning i skolan. AllmänMedicin 1987; 8: 53-7. SEARCH WORDS: skolor, skolbarn, prevention, screening, tandvårdskostvanor, hälsofostran, lactobaciller, saccharos, saliv.

Wohrm A, Forshammar U, Kopnik P, Tamreus S-Å. Vulkan-skydd – ett alternativ till patienter i öppenvården. AllmänMedicin 1987; 8: 159-61. SEARCH WORDS: primärvård, behandling, smärta, leder, ryggbesvär, forskning.

Överby A. Läsning för allmänläkare. AllmänMedicin 1987; 8: 8-9. SEARCH WORDS: utbildning, debatt, information, allmänläkare, tidskrifter.

Överby A. Skillnader i hjärtinfarktdödlighet – en kommentar. AllmänMedicin 1987; 8: 148. SEARCH WORDS: hjärtinfarkt, geografisk fördelning, debatt, forskning.

12TH CONFERENCE OF THE WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS, WONCA 1989

Place: Jerusalem, Israel

Date: May 28–June 02, 1989

Theme: Universal Issues in Family Medicine

For further information please contact:

Dr G Almagor, Wonca 1989

P.O. Box 50006, Tel Aviv 61500

Israel

Svenska Hoechst **Diabetesfond**

Svenska Hoechst AB har ett aktivt engagemang i forskning och utveckling av diabetesprodukter. Detta har bl.a. resulterat i originalprodukten Daonil® (glibenklamid).

Vi finner det vara till ömsesidig nytta att bidra till utvecklingen av svensk diabetesvård, därför instiftades 1987 Svenska Hoechst Diabetesfond. Fonden utdelar anslag årligen. Medlen kommer från överskottet av vår verksamhet i Sverige.

Fondens anslag kommer att utbetalas under hösten och beräknas för 1988 bli

760.000:-

FONDENS STYRELSE:

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

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

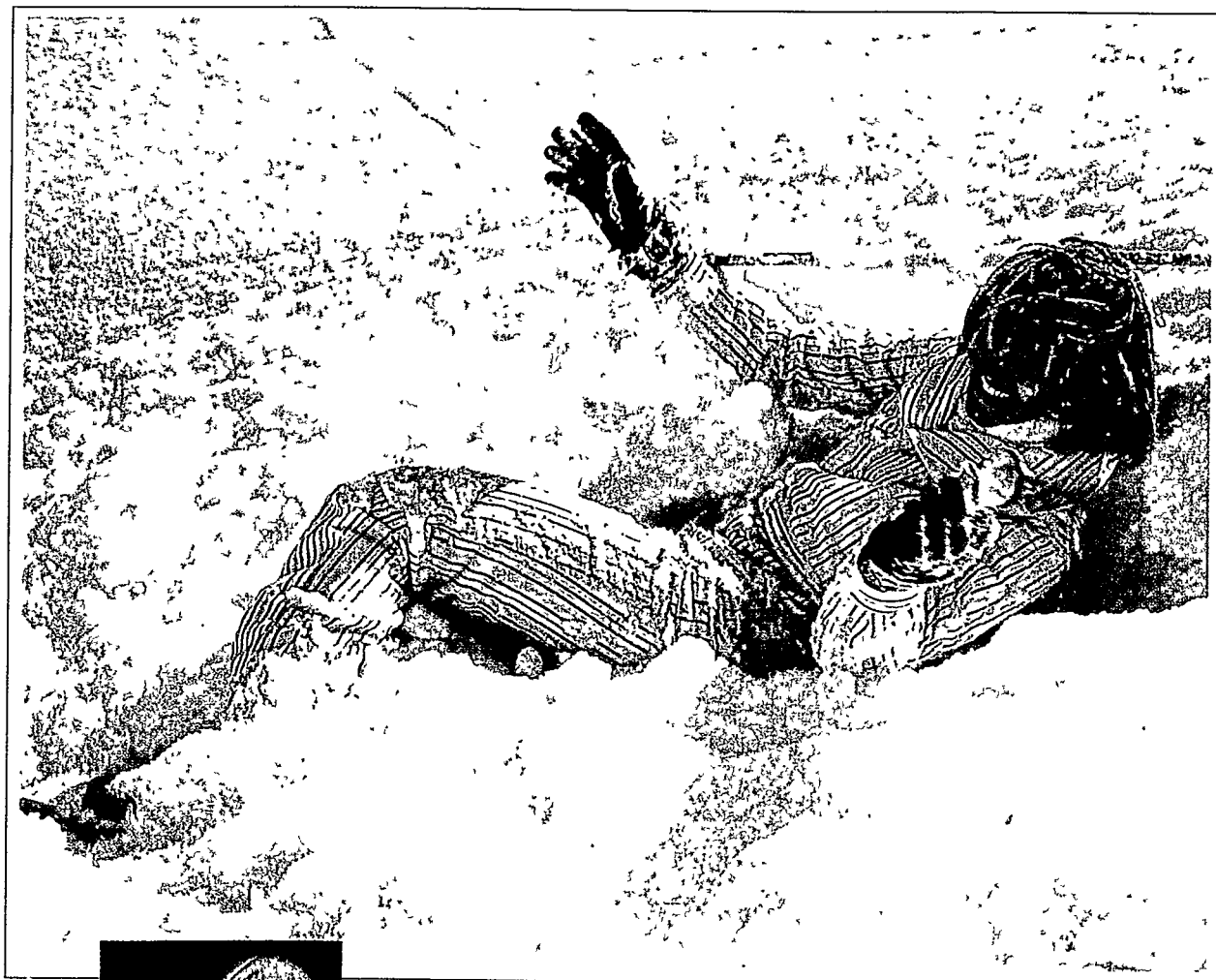

Svenska Hoechst AB
Läkemedelsdivisionen
Box 42026 126 12 STOCKHOLM
Telefon 08-19 00 60

WELLCOPRIM

trimetoprim

ÅRET RUNT

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



ORIGINALPREPARATET VID AKUT CYSTIT

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



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