

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



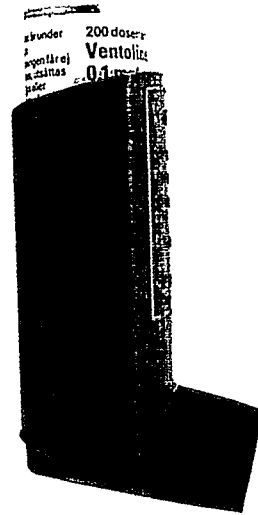
Vem läser
AllmänMedicin?

3
1988

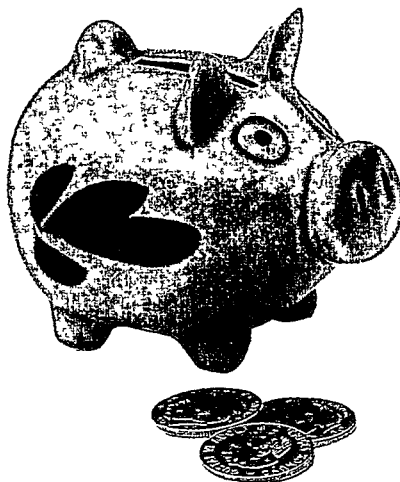
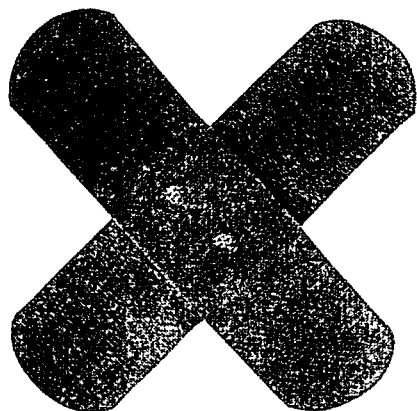
Bensodiazepiner
i primärvård

Är dina förväntningar vid analgetikabehandling enbart smärtlindring?

Gutierrez & Co



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



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

DISTALGESIC ΔR

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

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 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 manusstopp-dagar.

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivnings-vecka
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 375440-5 till AllmänMedicin. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1988

ISSN 0281-3513

Kalendarium

Ledare:

Vem läser AllmänMedicin?

Bo J A Haglund

Familjemedicin – En hörnpelare inom allmänmedicinen?

Göran Westman

Läsvärdesundersökning:

Vad tycker man om AllmänMedicin – en läsvärdesundersökning

Jan Lindbergson, Bo J A Haglund

Debatt:

Hälsoenkät i Boden. Är registerstudier nödvändiga?

Anders Lindman

Den allmänmedicinska kärnan

Inge Carlsson

Patient-sjukgymnast/läkare

Inger Bäck, Eva Engström, Kenneth Widäng

Recensioner:

Högt blodtryck

Bensodiazepiner:

Distriktsläkares skäl för förskrivning av bensodiazepiner

Conny Svensson

Förskrivning av bensodiazepiner vid en vårdcentral i Sundsvall

Anders Wimo, Eva Johansson, Gösta Brydolf,

Anita Bergman, Per Olof Kaiser, Markus Kallioinen

Apoteksbolaget:

Läkemedelsinformation

Ingegerd Agenäs, Inger Nilsson

Bensodiazepiner – förskrivning och försäljning

Ingegerd Agenäs

Frågor och svar om läkemedel

Lars-Olof Hensjö

Apoteken informerar: Hur man lever med sin sjukdom

FV-uppsats 1986 – 2:a pris

Attityder till primärvård i Falun – förändringar under ett utvecklingskede 1984-86

Bernhard von Below

Allmänmedicinsk forskning:

Frågeställningar och metoder i allmänmedicinsk forskning

Stefan Henningsson

Chlamydiainfektion:

Uppsökande verksamhet för chlamydiainfektion i åldern 16-23 år. Studie från vårdcentralen i Skurup

Per Rymark, Leopold Recht

Barn i primärvård:

Teleborgsbarnens första 18 månader – en intervjuundersökning

Anders Håkansson

Skolhälsovård:

"Du bestämmer!" – en annorlunda metod för hälsovägledning i årskurs 9

Elisabeth Arborelius, Sven Bremberg

Föreningsnytt:

Gävle-Dala distriktsläkarklubb jubilerar

Bernhard von Below

JUNI 1988

□ **5-6 juni.** 1st European congress on obesity. STOCKHOLM. Sverige.
Information: Secretariat: Obesity Congress. c/o Kreab Congrex. Box 5619, S-114 86 Stockholm.

□ **12-15 juni.** World Federation of Neurology research group on dementia. International symposium on Alzheimer disease. KUOPIO, Finland.
Information: A G Wang, DPS's bestyrelse Psyk af P, Odense Sygehus, DK-5000 Odense C.

□ **12-16 juni.** 4th International conference on AIDS. STOCKHOLM. Sverige.
Information: 4th Int. Conference on AIDS, c/o Stockholm Convention Bureau, Box 6911, S-102 39 Stockholm.

□ **14-16 juni.** Nordisk hälsovetenskaplig konferens i Umeå.
Information: Bo Appelberg.

□ **14-17 juni.** 1st World congress on allied health. HELSINGØR, Danmark.
Information: Søren Hansen, Panum Institutet, Norre Alle 20, DK-2200 København N.

□ **23-25 juni.** Nordeuropeiska sektionen av Medical Women's International ASS. 9th congress, DUBLIN, Irland.
Information: Disa Lidman, Plastkirurgiska kliniken, Regionsjukhuset, S-581 85 Linköping.

JULI 1988

□ **3-8 juli.** International congress of dietetics: Man, his nutrition in a technological world. PARIS, Frankrike.
Information: Secrétariat c/o ICD-SOCFI, 14 rue Mandar, F-75002 Paris, Frankrike.

□ **10-22 juli.** Course: Psychogeriatrics: the clinical and organizational psychiatry of the elderly. NOTTINGHAM, England.
Information: The British Council i respektive land.

□ **31 juli-6 augusti.** 35th International congress on alcoholism and drug dependence. OSLO, Norge.
Information: The National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Box 8152 Dep, N-0033 Oslo 1.

AUG 1988

□ **7-9 augusti.** 7th International Balint conference, Stockholm.
Information: Dr Conny Svensson, Utvecklingsenheten för primärvård, Drakenbergsgatan 39-41, 117 41 Stockholm. Tel 08-84 78 10.

Internationell Balint-konferens i Stockholm

7-9 augusti 1989 äger den 7:e Internationella Balint-konferensen rum i Stockholm. Plats blir sal Adam på Karolinska institutet.

Programmet lägger helt naturligt tonvikten på patient-läkar-relationen och bl a har psykolog Ulla Holm inbjudits som föreläsare kring begreppet empati. En annan punkt på programmet tar upp vilken betydelse ordinationen har i patient-läkar-relationen. Det kommer att erbjudas demonstration av Balint-grupparbete med internationellt välkända gruppleddare och den som vill ska också själv kunna få tillfälle att sitta med i en mindre grupp, ledd av en erfaren Balint-gruppleddare.

Organisationskommitté: Anna-Karin Furhoff, Anita Häggmark, Lena Karlberg, Greger Katz, Olof Larsson, Helga Sjöström, Conny Svensson, Ylva Tomson.

Ytterligare information: Conny Svensson, Utvecklingsenheten för primärvård, Drakenbergsgatan 39-41, S-117 41 STOCKHOLM tel 08-84 78 10.

Detta är en sammanställning av konferenser och symposier av allmänmedicinskt intresse. Redaktionen är mycket tacksam för kompletteringar, korrigeringar och tips till Tidskriften AllmänMedicin. Margareta Lindborg, 172 83 Sundbyberg.

□ **22 augusti-2 september.** "NIVA-kurs": Epidemiologic Study Design.
Information: Nordic Institute of Advanced Occupational Environment studies, c/o Inst of Occupational Health, Topeliuksenkatu 41aA, SF-00250 Helsinki, Finland.

□ **25-26 augusti + 15-16 september.** Grundkurs i statistik, Lidingö.
Information: Apotekaresocieteten, Utbildningsavd. Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

□ **29 augusti - 2 september.** Grundkurs i klinisk läkemedelsprövning, Sigtuna.
Information: Apotekaresocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm.

SEPT 1988

□ **12-17 september.** International Postgraduate Programme in Medicine: Diabetes in Primary Health Care, Lund.
Information: Lunds universitet, Postgraduate Centre of Medicine, Box 117, 221 00 Lund.

□ **13-15 september.** Handikapp Norr '88. Fackmässa och konferenser om handikapp, äldreomsorg och hemtjänst.
Information: Kenneth Söderlund, MittMässan, Box 290, 851 05 Sundsvall. Tel 060-17 02 65.

□ **29 september - 1 oktober.** SFAMs höstmöte i Gävle.
Information: Dr Mats Ribacke, Sättra vardcentral, Sicksackvägen 34, 803 60 Gävle. Tel 026-17 70 40.

Balintmöte i Göteborg

Det 7:e nationella Balintmötet hålls i samarbete med Svensk Förening för Medicinsk Psykologi i Ågrenska Villan, Högasplatsen 2 i Göteborg den 28-29 oktober 1988.

Program

Praktiska övningar i grupp under ledning av norsktalande dr Bern Carriere, Lubeck

Mötesavgift: kr: 400:- (vari festmiddag ingår)

Antal deltagare: 40 st varav flertalet allmänläkare, därutöver gruppleddare.

Intresseanmälan till överläkare Betty Henriques, Psyk öppenvården Kortedala, Box 50062, 400 52 GÖTEBORG, före den 5 augusti 1988.

OKT 1988

□ **10-12 oktober.** Symposium om sväljningssvårigheter.
Information: Doc Olle Ekberg, Röntgenavdelningen, Allmänna sjukhuset, 214 01 Malmö.

□ **23-26 oktober.** Nordisk kurs för allment praktiserande läger. Sundhed og sygdom hos ældre. Scanticon Kolding, Danmark.
Information: Gert Almind, Tel 03 43 44 42 eller Carl Erik Maabeck, Tel 06 27 11 55 eller 06 12 42 98.

1989

□ **28 maj-2 juni.** 12th Conference of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA
Information: Dr G Almagor, Wonca 1989, P O Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel

□ **23-26 augusti.** Nordisk Kongress i Allmänmedicin, Århus.
Information: Prof Carl Erik Maabeck, Inst för allmänmedicin, Århus, Danmark.

□ **17-21 september.** First World Conference on Accident and Injury Prevention. Safety—a Universal Concern and a Responsibility for All Stockholm.
Information: Gunilla Bjärås, Inst för socialmedicin, Karolinska Institutet, 172 83 Sundbyberg. Tel 08-98 94 61.

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆ Svenska Läkarsällskapets Riksstämman
☆ 29.11-2.12 1988
☆ Slutlig abstract, avsedd för publicering, är ett absolut villkor för att ett arbete skall accepteras till riksstämman. Gemensam sista dag för anmälan.
☆ 19 augusti 1988
☆ Deadline för insändande av sektionernas vetenskapliga program till sällskapets kansli: 2 september 1988.
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

SFAM:s Vårmöte 1989

Vi vill redan nu hälsa er sagolikt välkomna till vårmötet i Sunne 20-21 april 1989. Mitt i hjärtat av Värmland på Hotell Selma Lagerlöf och med temat

LIVSSTIL - MILJÖ - HÄLSA

Kan vi påverka livsstilen? Hur inverkar miljön på vårt sätt att leva? Kan vi mäta effekter på hälsan? - Det finns många aspekter på detta tema och vi vill gärna få in manus till fria föredrag och posters.

Manus och skriftliga besked skickas till Christina Nerbrand, VC Gripen, Box 547, 651 09 Karlstad (Tel 054-10 50 00). Du kan också ringa till Stig Andersson, Säfte 0533-810 00 eller Stefan Bernesjö, Arvika 0570-131 00.

Vem läser AllmänMedicin?

Tidskriften AllmänMedicin är nu inne på sin nionde årgång. Den har genom åren förändrats, förhoppningsvis till det bättre. För att få in synpunkter på om vi ligger rätt i våra ambitioner med tidskriften, har vi genomfört två enkätundersökningar, som presenteras mer utförligt på annan plats i detta nummer. I den ena undersökningen, som riktades till prenumererande vårdcentraler, cirka 400 för närvarande, framkom att i genomsnitt 5 personer av olika personalkategorier läser tidningen. Om vi extrapolerar blir det cirka 2000 personer som läser tidningen på vårdcentraler. Man anger att tidningen väl fyller behovet som en primärvårdstidning, men att den kanske ibland är lite för svår för sjuksköterskor. Genom fler artiklar skrivna av distrikts- och sjuksköterskor hoppas vi att detta kan förbättras.

I den andra undersökningen, som

riktades till ett slumpurval av SFAMs numera drygt 1800 medlemmar, ville vi få svar på frågor om vilka som läser, vad man läser, om man är nöjd och vad man skulle vilja förändra i tidningen. Att 84% av distriktsläkarna och 79% av andra yrkeskategorier som allmänpraktiserande läkare och företagsläkare är rätt eller mycket tillfredsställda med tidningens innehåll är naturligtvis uppmuntrande för oss på redaktionen. Majoriteten av läsarna är i 40-årsåldern. Män har en något högre läsintensitet än kvinnor. Men läsekretsen är flitiga och mer än 60% har läst de sista 3 numren och av dessa har mer än 70% tagit del av 1/3 eller mer av innehållet. Lika stor andel, dvs 70%, har tillbringat 30 minuter eller mer med tidningen. Fallbeskrivningar, debatt- och originalartiklar vill man ha mera av.

Helhetsintrycket av de båda under-

sökningarna är, att tidningen AllmänMedicin väl uppfyller de mål vi satt upp för arbetet med tidningen, med att spegla primärvårdens medicinska specialitet allmänmedicin.

Genom ett samarbete med Apoteksbolaget som inleds med detta nummer hoppas vi att den kliniska vardagspraktiken med svaren på frågeställningarna "hur skall vi behandla?" och "vem skall behandlas" bättre kan tillgodoses. Vår ambition är att informationen skall ge en ökad kunskap som på sikt ger en mer rationell läkemedelsanvändning inom primärvården. I fortsättningen avser vi att ha 4 sidor med i varje nummer som produceras av Apoteksbolaget. Samarbetet ger dessutom en mer stabil ekonomi åt tidningen AllmänMedicin.

Bo J A Haglund

FAMILJEMEDICIN – En hörnpelare inom allmänmedicinen?

Med detta nummer av tidskriften AllmänMedicin följer ett supplement 12 som sammanfattar ett symposium om familjemedicin. Symposiet hölls vid SFAMs höstmöte i Umeå den 2 oktober 1987. Rapporten består av de inbjudna pandedeltagarnas inlägg och skriftligt inlämnade frågor från auditoriet. I symposiet ingick ytterligare ett föredrag som ej ingår i rapporten, av professorn i idéhistoria vid Umeå universitet Ronny Ambjörnsson: Synen på familjen i ett historiskt perspektiv.

Allmänmedicinen som akademiskt ämne har i Sverige en kort historia och har därför inte utvecklats som i många andra länder. Inflytandet från sjukhusvården har också varit stort när det gäller ämnets utveckling. Allmänläkarkåren i Sverige utgör, trots en snabb ökning under 1980-talet, en relativt liten andel av den svenska läkarkåren – cirka 20 procent. I många andra västeuropeiska länder är motsvarande siffror minst dubbelt så stora.

Många svenska allmänläkare har valt sin specialitet just för att komma bort från stora sjukvårdsanläggningar med betoning av specialisering, undervisning och forskning. De ser som sin uppgift att kritiskt granska den naturvetenskapliga kunskapsmassan för att sedan se vad som är tillämpligt i mötet med människor i allmänläkarevård. Själva integreringen och tillämpningen har under det senaste decenniet varit den svenska allmänläkarens kännetecken.

Behovet av att avgränsa allmänläkarnas kunskapsområde tilltar i takt med att allmänläkarkåren ökar i stor-

lek. Detta behov finns också hos de universitetsinstitutioner, som skall ansvara för forskning och undervisning i ämnet. Ämnesexpertgruppen för läkares vidareutbildning befinner sig i en liknande situation. Att peka på verksamhetsfältet – primärvården – räcker inte då andra specialiteter är verksamma där och oenighet råder kring vad som egentligen menas med primärvård.

I Europa och Nordamerika har undervisning och forskning utvecklats utifrån familjenivån (Family Medicine). I dessa länder ser man en fortsatt fruktsam utveckling med tillkomst av nya modeller och metoder för undervisning och forskning i ämnet. Utrymme för tankar kring ämnets avgränsning har också tillåtit mer fria funderingar och filosofiska överväganden i ett vetenskapsteoretiskt arbete.

Avgränsningen till familjenivån (patienten med sin närmaste omgivning) medger allmänläkaren att vara generalist och denna behöver inte konkurrera med andra specialister. Allmänläkaren ser från sin familjenivå på patienten – *individen* – som hel och odelbar men känner till specialistens kompetens, som omfattar inte bara hela människan utan också delar av människan ytterst ända ned på molekylnivå. Förståelsen för naturvetenskapliga och beteendevetenskapliga teorier och modeller delas av specialister och allmänläkare men allmänläkaren känner förstås inte djupet i alla specialiteter men oftast varje specialitets avgränsningar.

Familjenivån har till sin andra änd-

punkt *samhället* eller strukturnivån. Här delar allmänläkaren med samhällsvetaren förståelsen för samhällsvetenskapliga teorier och modeller. Allmänläkaren saknar samhällsvetarens djupa kunskaper om delar eller hela populationer, men är medveten om samhällsvetenskapens begränsningar och förstår också att använda och tillämpa kunskaper om grupper av människor (t ex ensamstående, förvärvsarbetande, män, "nöjda" m fl subgrupper) i mötet med enskilda människor.

Utifrån familjenivån finns en god utgångspunkt för tvärvetenskapligt arbete åt båda hållen, dvs såväl åt individnivån som samhällsnivån. Familjenivån tillåter oss också att avgränsa problem och pröva lösningar som bara kan förstås ur ett familjeperspektiv vilket gör ämnet unikt och specifikt. Det finns anledning att tro att inom familjemedicinen ram finns en god grogrund för utveckling av ämnet som ytterst kan omdana vårt sätt att se på världen och den verklighet som omger oss. Mycket arbete återstår. I rapporten från SFAMs höstmöte i Umeå tar deltagarna upp problem och frågor med relevans för ett familjemedicinskt arbetssätt. Resonemangen kan få stor betydelse för vår praktik, vår organisation men också för undervisning och forskning i ämnet allmänmedicin på olika nivåer.

Göran Westman

Vad tycker man om AllmänMedicin – en läsvärdesundersökning

JAN LINDBERGSON · BO J A HAGLUND

Eftersom tidningen *AllmänMedicin* är en medlemstidning för Svensk Förening för AllmänMedicin, kan upplagans storlek inte tas som uttryck för tidningens popularitet. Därför beslöt redaktionen att genomföra en läsvärdesundersökning hösten 1987. Några av de frågeställningar som skulle belysas var: Vem läser tidningen? Varför läser man tidningen? Är läsarna nöjda? Vad skulle man vilja förändra av innehållet? En enkät med öppna svarsalternativ sändes till ett stickprov av de för närvarande 400 prenumrerande vårdcentraler och primärvårdskanslier och en mer omfattande enkät till ett stickprov av SFAMs 1800 medlemmar. Av vårdcentralsenkäten framkom att både distriktsläkare och sjuksköterskor/distriktsköterskor läser tidningen. I genomsnitt tar 5 personer del av innehållet per vårdcentral, totalt ungefär 2000 personer. Innehållet är uppskattat av majoriteten av personalen på vårdcentralerna. Detta är ännu tydligare i enkäten till SFAMs medlemmar där cirka 80% upplever att tidningen motsvarar kraven man vill ställa på en medlemstidning (84% av distriktsläkarna och 79% av andra yrkeskategorier). Majoriteten av läsarna är runt 50 år gamla. Män har en något högre läsintensitet än kvinnor. Läsekretsen är dock flitig. Mer än 60% har läst de sista 3 numren och mer än 70% har tagit del av 1/3 eller mer av innehållet (36% har läst mer än 2/3 delar). Lika stor andel, 70%, har tillbringat 30 minuter eller mer med tidningen (21% 60 minuter). Förändringar man vill se i tidningens innehåll är att 43% vill ha mer fallbeskrivningar, 35% mer debattartiklar och 26% mer originalartiklar. Huvudintrycket från de båda undersökningarna är att läsekretsen är nöjd och att innehållet väl speglar de behov som finns hos primärvårdens medi-

cinska specialitet allmänmedicin.

Nyckelord: Enkätundersökningar, forskning, attityder.

Introduktion

Hösten 1987 beslöt tidningen *AllmänMedicins* redaktion att genomföra en läsvärdesundersökning för att bedöma om tidningens innehåll motsvarar de behov som läsekretsen har på tidningen. *AllmänMedicin* utkommer med sex nummer per år. Redaktionen ville ha svar på frågor som: – Vem läser tidningen? Hur många läser tidningen? – Vad läser man i tidningen? – Varför läser man tidningen? – Vem läser vad? – Vad skulle man vilja förändra?

En utförligare rapport kommer att redovisas och intresserade kan hänvända sig till redaktionen.

Material

De cirka 1800 medlemmarna i Svensk Förening för Allmänmedicin får sig tidningen tillsänd utan extra kostnad som en del av medlemsavgiften. Dessutom finns ungefär 700 prenumeranter huvudsakligen vårdcentraler. Studien genomfördes med hjälp av separata enkäter till de två grupperna.

Urvalet vad gäller de ej namngivna prenumeranterna begränsades till att gälla vårdcentraler och distriktsläkarmottagningar samt primärvårdskanslier. Populationen begränsades därvid till 400 prenumeranter och stickprovstorleken till 39 st prenumeranter dvs ett 10% obundet slumpmässigt urval.

Målpopulationen för den utförligare enkäten bestämdes vara medlemmarna i SFAM, 1819 st. Stickprovet drogs med obundet slumpmässigt urval. Cirka 9% av populationen kom med i urvalet.

Av de 39 vårdcentraler och primärvårdskanslier som tillsändes den första enkäten, inkom 38 svar totalt. Tolv av dessa 38 svar fick vi först efter telefonpåminnelse. På den andra enkäten som gick till SFAM-medlemmarna var swardeltagandet 77%.

Metod

I samarbete med redaktionen framarbetades för vårdcentralundersökningen ett enkätinstrument med fyra öppna svarsalternativ: Hur många tror du har läst senaste numret av *AllmänMedicin* på din arbetsplats? Vilka yrkeskategorier tillhörde dessa läsare? Vilken yrkeskategori tillhör ni som be-

svarar denna enkät? Har ni några kommentarer angående innehållet?

Till det större stickprovet bestående av SFAM-medlemmar gick vi ut med en utförligare enkät. I frågestummen finns följande bakgrundsvariabler med: kön, ålder, yrkeskategori. Dessutom finns följande variabler med:

- tillfredsställelse med tidningen
- del av innehållet som läses
- tid som åtgår vid läsningen av tidningen
- antal nummer av tidningen som läses
- preferenser för olika innehållskategorier.

Som mått på läsintensiteten har ett läsvärdesindex skapats bestående av variablerna:

- antal nummer av tidningen som läses
- tid som åtgår vid läsningen
- del av innehållet som läses.

Läsvärdesindexet har dikotomiserats till en högläsningssgrupp och en lågläsningssgrupp.

Resultat

I. Vårdcentralsenkäten:

Den första frågan som besvarades i enkäten till vårdcentralerna var: Hur många tror du har läst senaste numret av *AllmänMedicin* på din arbetsplats? besvarades av 36 institutioner. Medelvärde för antalet läsare är 5. Standardavvikelsen för detta medelvärde är 3.87.

Den andra frågan som besvarades var: Vilka yrkeskategorier tillhörde läsarna? Då antalet inom varje yrkeskategori inte är specificerat i svaret, kan inte frekvenser för de olika yrkeskategorierna redovisas. Bland läsarna finns läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, biträden, sekreterare, arbetsterapeuter, hälsoplanerare och ekonomichefer.

På frågan: Vilken yrkeskategori tillhör ni som svarar denna enkät? angavs

- läkare 21 st
- sjuksköterska 13 st
- läkarsekreterare 2 st
- kansliassistent 1 st
- hälsoarbetare 1 st.

Den sista frågan som ställdes i enkäten var: Har ni några kommentarer angående innehållet? med följande kommentar:

- Mycket bra innehåll. Aktuella artiklar. Viktig informationskälla för att hålla utvecklingen inom primärvården levande.

- *Bra innehåll*
- *Fin information om vad som händer inom olika landsting.*
- *Trevlig och lagom givande innehåll.*
- *Suveränt. Tidningen förtjänar på många ställen en kraftigare marknadsföring. Kanske är denna lite lustiga undersökning, en förtäckt uppmaning därtill?*
- *Kraftigt förbättrat innehåll de sista tre åren. Bra.*
- *Bra innehåll.*
- *Bra tidning. Viktigt med egen tidskrift som är inriktad på primärvård.*
- *Detta är glimrande.*
- *Aktuella ämnen. Bra bild av primärvården. Lättläst.*
- *Bättre och bättre år från år. Lycka till.*
- *Verkar relevant.*
- *Alla kategorier bläddrar i tidningen och hittar en del matnyttigt. Något mer analyserande varken positiv eller negativ kritik får jag inte fram. Alla är eniga om att de får en del stimulans och att de har lättare att förstå varför man gör olika småundersökningar på mottagningen. Distriktsläkarna har jag inte talat med. De får sin egen upplaga hem.*
- *Bra med en tidskrift som berör vårt breda arbetsområde. Här i norra landsändan är läkarbristen konstant. Vilket medför ett tungt ansvar på mottagnings-sköterskan*
- *Mycket läkaruppgifter åläggs oss utan vare sig kompensation lönemässigt, utbildningsmässigt eller på annat sätt. Tidskriften AllmänMedicin är för oss en tillgång bland annat vad gäller utbildning och upplysning.*
- *Intressant innehåll som kan läsas av fler än läkarna.*
- *Oftast är AllmänMedicin intressant att läsa. Särskilt artiklar om vad som händer inom det förebyggande området.*
- *Bra. Fortsätt.*
- *Den är bra.*
- *Intressant.*
- *En del läsvärt.*
- *Bra tidskrift.*
- *Samtliga önskar fler artiklar med klinisk inriktning på omhändertagande av sjukdomar och patienter inom primärvården.*
- *Intressant men över sköterskenivå ofta. Undersköterskorna bläddrar i den. Ofta får läsningen undvaras på grund av tidsbrist. Lättläst.*
- *Tidningen skulle må väl av mer diskussionsinlägg kring aktuella frågor för primärvården. Vidare borde den kunskap som finns inom allmänmedicinen i form av fallbeskrivningar få komma fram på helt annat sätt.*
- *Ofta för övergripande ideologiska frågor och epidemiologiska frågor som inte behandlas på icke ledarplats. Ledaren är bra och med bra ideologi.*
- *Trist. Mer allmänmedicin önskvärt.*

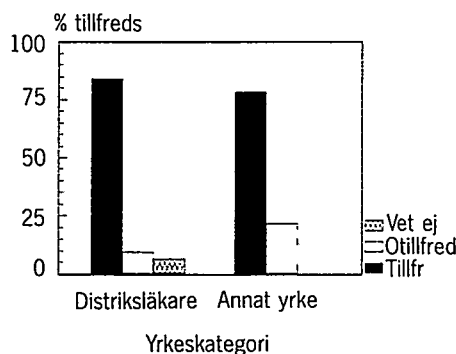
II. SFAMs Medlemsenkät

Svarsfrekvenserna för de olika frågorna i den mer omfattande enkäten som gick till SFAM-medlemmar, visar att stickprovet dominerades av män, med 67% och kvinnor 33%. 16.9% fanns i åldersgruppen 1940–44, 37.5% i åldersgruppen födda 1945–49 och 21.3% i åldersgruppen födda 1950–54. Medelvärde för födelseåret i stickprovet av SFAM-medlemmar låg på 1943. Distriktsläkarna i stickprovet är proportionellt sett yngre än medlemmarna tillhörande annan yrkeskategori.

Distriktsläkare utgjorde 77.5% och annan kategori framför allt allmänpraktiserande läkare och företagsläkare 22.5%. 91.3% av kvinnorna i stickprovet var distriktsläkare medan 73.9% av männen av var distriktsläkare.

På frågan om hur tidningen AllmänMedicin uppfyller de krav som medlemmarna ställer på en medlemstidning, svarar de övervägande flertalet: rätt tillfredsställande eller mycket tillfredsställande, närmare 80% av de svarande.

Av figur 1 framgår att tillfredsställelsen är stor både för distriktsläkare och för andra yrkeskategorier.



Figur 1. Andel rätt tillfredsställda eller mycket tillfredsställda med tidningen fördelat efter yrkeskategori.

Ingen tydlig skillnad kunde visas mellan män och kvinnor när det gäller i vilken utsträckning tidningen uppfyller de krav som medlemmarna ställer på en medlemstidning.

På frågan om hur många av de sista numren som respondenten har läst, angavs: 4 nr 43,1% – 3 nr 20,4% – 2 nr 17,5%.

Frågan om hur stor del av innehållet som var läst besvarades med att 2/3 av innehållet lästs av 35%, och 1/3 av innehållet 38%.

Hur lång tid tror du att det i allmänhet tar för dig när du läser AllmänMedicin? besvarades på följande sätt: 60 min 20,7% – 30 min 50% – 15 min 20,7% – 5–0 min 7,6%.

Frågan om vilken innehållskategori som borde utökas besvarades så att olika svars kombinationer av kategorier bildades. Om man sårar ut antalet val varje kategori har fått blir svarsfrekvensen för de fem med högst andel följande: Fallbeskrivningar 43%, debattartiklar 35%, originalartiklar 26%, kurser & konferenser 21% och föreningsnytt 12%.

Efter dikotomisering av läsvärdesindex ser man att gruppen lågläsare finns i åldern 35–44 år. Proportionellt sett fler män än kvinnor i stickprovet tillhörde högläsningssgruppen. Bland distriktsläkare (71% mot 47%).

Slutsatser

Eftersom i genomsnitt tidningen har fem läsare på institutionerna kan man säga att den möter rätt stor uppmärksamhet på dessa vårdcentraler och primärvårdskanslier.

Uppskattningsvis läser 400×5 dvs 2000 anställda på vårdcentraler och primärvårdskanslier tidningen. Flertalet som besvarade denna begränsade enkät var läkare. Det visade sig att bland läsarna finns flertalet i ett landsting representerade yrkeskategorier. Kommentarererna var övervägande positiva.

I den stora gruppen distriktsläkare tillhörde proportionellt fler män än kvinnor, högläsningssgruppen.

De innehållskategorier man framför allt ville ha utökad, var "Fallbeskrivningar", "Debatt" och "Originalartiklar".

Varför läser man tidningen? Bland kommentarererna kan nämnas att en mottagningssköterska angav att: Tidskriften AllmänMedicin är för oss en tillgång bland annat vad gäller utbildning och upplysning.

Sammanfattningsvis kan man säga att andelen medlemmar som anser att tidningen uppfyller kravet på en medlemstidning rätt tillfredsställande eller mycket tillfredsställande var mycket hög, vilket gäller både för distriktsläkare och annan yrkeskategori som allmänpraktiserande läkare och företagsläkare.

Författarpresentation

Jan Lindbergson är verksam som sociolog vid Karolinska institutet, institutionen för Socialmedicin, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Bo J A Haglund* är distriktsläkare vid Hälsovårdsenheten, Stockholms läns landsting och knuten till Karolinska institutet, institutionen för Socialmedicin, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg och dessutom huvudredaktör för tidskriften AllmänMedicin.

* Postadress: Karolinska institutet, Institutionen för Socialmedicin, 172 83 Sundbyberg

*Astra Läkemedel AB utlyser ett forskningsstipendium
för läkare verksamma inom allmänmedicin*

Forskningsstipendium i allmänmedicin från Astra Läkemedel AB

Ändamål Stipendiet kan användas för forsknings- eller projektarbete av olika typer, företrädesvis i behandlingen av infektionssjukdomar, smärttillstånd och psykiatriska tillstånd av allmänmedicinsk betydelse. Studieresor motiverade av forskningsuppgiften kan ingå. Stipendiet är avsett för icke graduerade läkare verksamma inom specialiteten allmänmedicin.

Stipendiebeloppet Det totala stipendiebeloppet för år 1988 uppgår till 75 000:– svenska kronor. Beloppet kan delas ut i sin helhet till en stipendiatar eller fördelas på flera.

Ansökningsförfarande Stipendiet i allmänmedicin från Astra Läkemedel AB utlyses genom annons i Läkartidningen och tidskriften Allmän Medicin. Skriftlig ansökan på särskild ansökningsblankett skall innehålla projektets beskrivning, målsättning, plan för genomförande, kostnader och finansiering samt eventuell övrig finansiering.

Ansökan skall vara stipendiekommittén tillhanda senast 20 augusti 1988 under adress:
Astra Läkemedel AB, Sverige, 151 85 Södertälje.

Stipendiekommitté

Professor Gösta Tibblin, Uppsala (ordförande)
Professor Bengt Scherstén, Lund
Professor Calle Bengtsson, Göteborg
Två representanter för SFAM (utses av SFAM:s styrelse)
Docent Bengt S Nilsson, medicinsk chef, Astra Läkemedel AB

På grundval av insända ansökningshandlingar fördelar kommittén stipendiebeloppet. Kommitténs beslut tillställs de sökande skriftligen samt offentliggöres i samband med SFAM:s kongress i Gävle 29–30 september 1988. Kommitténs beslut kan ej överklagas.

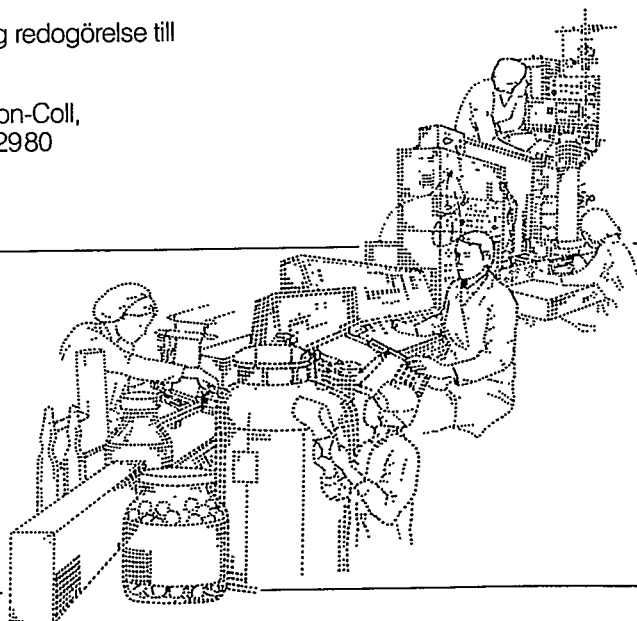
Redovisning Efter avslutat projekt insändes skriftlig redogörelse till stipendiekommittén.

Ansökningsblankett kan rekvireras av Sonja Mattsson-Coll,
Astra Läkemedel AB, 151 85 Södertälje. Tel. 0755-32980



Astra Läkemedel

151 85 SÖDERTÄLJE



Hälsoenkät i Boden

LB06297

Är registerstudier nödvändiga?

ANDERS LINDMAN

HSL och lokala sjukvårdsplaner exempelvis HS BD 90 (1) ålägger framför allt vårdcentralerna, men även sjukhusen, ett övergripande ansvar för hälsan. På vilket sätt kan en vårdcentral svara upp mot detta ansvar? Det är svårt att göra registerstudier. Materialet är sällan nedbrutet till en vårdcentral, utan i bästa fall på kommun- eller församlingsnivå. Är det verkligen kunskap som saknas, för att gå vidare och praktiskt arbeta med de allvarligaste hälsoproblemen?

Nyckelord: Intervju/enkätundersökningar, hälsoproblem, prevention, Boden.

Hypotesen var att tillräcklig kunskap finns inom hälso- och sjukvården, inom kommunens olika förvaltningar och nämnder och kanske också hos föreningar som Friluftsförbundet och idrottsföreningar. Syftet var att få ökad kunskap om Bodensarnas hälsa och synpunkter på hälsobefrämjande åtgärder.

Metod

Intervjuer av nyckelpersoner är en beprövad metod (2). Jag valde att göra det med hjälp av en enkät. Se bilaga. Enkätens uppläggning diskuterades med Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå. Ett följebrev med sändlista och följande text bifogades enkäten:

"Primärvården och vårdcentralerna har i och med den nya hälso- och sjukvårdslagen och landstingets hälso- och sjukvårdsplan inför 90-talet inte bara ansvar för den traditionella sjukvården utan även ett mera övergripande ansvar för innevånarnas hälsa. Som ett första trevande försök i syfte att kartlägga bodensarnas hälsa hemställs dels om hjälp att fylla i denna enkät, dels om synpunkter".

Enkäten sändes till: klinikerna på Centrallasarettet i Boden, de övriga vårdcentralerna, sju företagsläkarmottagningar, polisen, försäkringskassan, olika nämnder inom kommunen samt till de största friluftss- och idrottsorganisationerna.

Svar

Av de 42 utsända enkäter kom 35 tillbaka. Av de sju som inte svarade var

tre kliniker som saknade läkare.

Anmärkningsvärt är att miljö- och hälsoskyddsnämnden inte svarade trots personlig föredragning och påstötningar. Fyra svar var ej bedömbara, i ett fall var enkäten inte alls ifylld, andra hade kommentarer såsom:

"Jag är mycket ledsen att jag inte kunnat besvara Din fina enkät angående hälsa i Bodens kommun. Orsaken är att Dina frågor är alldeles för svåra. - Som Du märker överstiger denna enkät helt och hållet min horisont och jag anhåller vördsamt om att

få slippa besvara den. Jag är övertygad om att Bodens brandkår har betydligt vettigare synpunkter än jag."

"BB. För det första vill jag framhålla att jag tycker att frågeställningarna är diffusa och svåra att besvara. Enligt min mening är det största hotet mot bodensarnas hälsa nedrustningen av den slutna vården med prioritering av resurserna till den öppna vården."

"Klinikchefen XX har överlämnat Din enkät till mig och bett mig korrespondera med Dig om den. Efter diskussion här på X-kliniken vill jag med-

Tabell 1. Vad är största hotet mot bodensarnas hälsa?

Svaren är rangordnade efter 1:a placering och viktade, första platsen tre poäng, andra platsen två poäng och tredje platsen en poäng.

	Antal första platser	Poäng
1. Rökning	15	58
2. Alkohol	6	37
3. Yttre miljö, luftföroreningar, trafik, kärnvapen etc	3	28
4. Psykiska faktorer/stress mm	2	16
5. Arbetslöshet	3	14
6. Kost-övervikt-kondition	0	14
7. Drognissbruk	3	9
8. Speciella sjukdomar (aids 0/5, hjärtfel 0/5, cancer 0/1)	0	11
9. Äldrandet	1	3

Tabell 2: Vad man kan göra för att minska bodensarnas ohälsa.

	Antal första platser	Poäng
1. Hälsouppllysning av allmän karaktär	10	43
2. Riktade åtgärder mot rökning	6	41
3. Riktade åtgärder mot alkohol	6	24
4. Arbetsmarknadsåtgärder	2	12
5. Kost-motion	2	12
6. Trafiksäkerhetsbefrämjande åtgärder	1	10
7. Sociala insatser	1	8
8. Förbättra miljön, mindre utsläpp etc	1	5
9. Ökad forskning	1	3
10. Hälsokontroller	0	3
11. Sjukvårdsinsatser	0	1

Tabell 3: Hälsorisker ur sitt eget perspektiv.

	Poäng
1. Rökning	29
2. Alkohol	28
3. Belastningsskador	21
4. Kost-motion	20
5. Psykiska besvär	18
6. Sociala problem	16
7. Trafiken	13
8. Arbetslöshet	1
9. Olika sjukdomar	

Tabell 4: Förslag till åtgärder för att minska de risker som angavs i tabell 3.

	Poäng
1. Information	31
2. Åtgärder mot rökning	19
3. Konkreta åtgärder typ ryggskola	14
4. Trafiken	11
5. Åtgärder mot alkohol	10
6. Dagsjukvård och dagcenter	7
7. Utbyggd företagshälsövård	7
8. Starkare sjukvård	7
9. Flera idrottshallar, badhus etc	7
10. Hälsokontroller	5
11. Flera arbetstillfällen	2

dela att kliniken som helhet inte kan lämna några svar på enkäten, som uppfattas som en icke vetenskaplig undersökning som inte uppfyller de syften som i medföljande brev anses som anledning till att enkäten skickas ut."

Anmärkningsvärt är att enkäten som sådan antingen uppfattas som provokativ eller svårbesvarad av några. Ett par av dem var dock lab-service-kliniker som har indirekt patientkontakt och kanske inte har lika lätt att ta ställning till den här typen av frågor.

Resultat

Det i särklass största hotet ansågs rökningen utgöra, åtföljt av alkohol och den yttre miljön. För att minska på dessa föreslogs i första hand hälsoupplysning av allmän karaktär, därefter riktade åtgärder mot rökning respektive alkohol. De största hälsoriskerna man såg ur sitt eget perspektiv var rökning och alkohol och därefter belastningsskador. Även här föreslog man information, åtgärder mot rökning och konkreta åtgärder typ rygginstitut. Tre av fyra ansåg sej vidtagna åtgärder för att minska ohälsan och nästan lika många följde upp Bodensarnas hälsa. För detaljer se tabellerna.

Diskussion

HSL och hälsopolitiska program lägger ett ansvar på vårdcentralerna för hälsan. För att gå vidare till konkret handling krävs kunskap om hälsorisikerna. Registerstudier är inte nödvändiga. En enkel enkät till nyckelpersoner, som arbetar med kommunens hälsoproblem dvs kliniker, vårdcentraler, försäkringskassa, polis och kommunens olika nämnder är ett alternativ.

I Boden anses rökningen utgöra det största hotet mot hälsan, alkoholen kommer på andra plats. Därefter följer ett antal faktorer som miljön, belastningsskador mm i slutet kommer speciella sjukdomar. Som svar på vad man skall göra, intar hälsoupplysning av allmän karaktär tätplatsen. Speciell hälsoupplysning, förbud och andra åtgärder kommer därefter. Traditionella sjukvårdsuppgifter hamnar sist. En enkät till nyckelpersoner ger en god uppfattning om deras uppfattning om de största hälsorisikerna.

Om man vill hålla sej till de största problemen kan man avstå från enkäten. Vårdcentralerna bör istället ägna sin energi och sina funderingar åt att gå vidare till konkret handling och

göra program för hur man tillsammans med andra instanser ska minska rökningens, alkoholens, den yttre miljöns, stressens och arbetslöshetens skadliga inverkan på hälsan.

Den yttre miljöns inverkan kom med bland de allvarligaste hoten trots att undersökningen var utförd i februari 1985, före Tjernobykatastrofen. Måhända hade den intagit en högre placering om undersökningen gjorts idag.

En joker i leken är AIDS, som då hade låg aktualitet, men som idag säkert hamnat betydligt högre upp.

Referenser

1. HS BD 90, Hälso- och sjukvården i Norrbottens län inför 1990-talet. NLL 1984.
2. Enerot B: Kvalitativ metod för samhällsvetenskaplig forskning. Akademilitteratur, Stockholm 1979.

Författarpresentation

Anders Lindman, distriktsläkare, Erikslunds vårdcentral och chefsläkare, Bockens primärvård

Postadress: Samhällsmedicinska inst. Köpmangatan 36B, 951 32 Luleå

Den allmänmedicinska kärnan

INGE CARLSSON

En stegvis uppbyggnad av ett allmänmedicinskt innehåll inom primärvården diskuteras och exemplifieras med erfarenheter av vårdlagsbaserat preventivt arbete.

Nyckelord: Allmänmedicin, primärvård, vårdlag, prevention, debatt.

Introduktion

Allmänmedicinens innehåll diskuteras livligt för närvarande och jag tror vi behöver många inlägg i denna debatt för att spegla olika stämningar och låta olika åsiktsriktningar komma till tals. Inte minst bör företrädare långt ute i verksamheterna ges tillfälle att yttra sig – många gånger bedrivs här en primärvård som sedan länge innehåller alla de delar som på andra håll enbart är visioner, eller än värre, falsk varudeklaration: innehållet korresponderar ej till den yttre glansen.

Jag ser allmänmedicinens kärna som en trestegstrappa där de enskilda stegen bör tas i rätt ordning, och där man ej går vidare förrän man står stadigt på steget nedanför. Utifrån min erfarenhet av praktiskt vårdlagsarbete vill jag exemplifiera hur dessa steg utgör en naturlig utvecklingsgång för en distriktsläkare.

Steg 1: Det geografiska områdesansvaret

Det primära i vårt arbete är att tillgodose medborgarnas rättmätiga krav på bra hälso- och sjukvårdsservice. Enligt min mening uppkommer hos allmänläkaren denna ansvarskänsla starkast om hans geografiska områdesansvar är klarlagt och begränsat. Denna organisatoriska ram, helst i övrigt bemanad med en stab stabila medarbetare, vårdlaget, utvecklar läkarens och medarbetarnas engagemang och kreativitet bla av det enkla skälet att den "egna kunden" bör bli nöjd och hjälpt – eljest åsamkas vi misstro eller ytterligare problem framgent. Vi blir husläkare och den naturliga kontaktvägen vid sjukdom och ohälsa.

Detta är ett självklart och nödvändigt steg i utvecklingen mot en i *allmänhetens* ögon fungerande primärvård, men det är också en förutsättning för allmänläkarens professionella utveckling mot de vidare stegen. Det vardagliga arbetet med befolkningen ska utgöra hans inspirationskälla till fördjupning och utveckling. Att detta arbete flyter är såväl en ständigt utmaning som en förutsättning för en trovärdig primärvård och en utveckling mot

Steg 2: Den medicinska konsultationen
Med rätta har intresset numera också fokuserats mot den dynamik som pati-

entmötet erbjuder. Jag tror allt fler efter några år inser hur många fatala eller onödiga friktioner som här kan skapas. Och omvänt: hur mycket som kan vinnas med rätta tekniker, färre missförstånd, minskad oro, ordentliga besked, ökad lyhördhet, minskad sjukvårdskonsumtion etc. Allmänmedicinens kärna är detta: att lyckas bemästra de oerhört skiftande krav som vår heterogena patientpool ställer på oss i såväl medicinskt som psykologiskt hänseende. Att klara denna heterogenitet är allmänmedicinens adelsmärke. Det innebär inte minst vetskap om sina egna begränsningar och om medarbetarnas kompetenser.

Medvetenheten om detta essentiella i vår yrkesframgång – den lyckade konsultationen – skulle kunna vara slutsteget i trappan. Men väl häruppe kan frestelsen bli stark att ta det slutliga steget,

Steg 3: Den preventiva hållningen

Det preventiva arbetet kan sporadiskt inställa sig redan tidigare – men det mognar ofta med naturlig kraft fram då vi hunnit så långt, att vi hinner analysera vårdtagarnas sjukvårdskonsumtion och dra slutsatser av våra iakttagelser. Den paradoxala diskrepans som råder mellan å ena sidan stigande sjukvårdskostnader/konsumtion och å andra sidan oförändrat sjuktal/dödlighet, är den stora utma-

LB06298

njngen för primärvården. Att dels försöka lotsa folk *förbi* en meningslös, onödig eller tom destruktiv sjukvårdskonsumtion – och dels försöka lotsa andra människor *in* till rätt och meningsfull sjukvård (och på rätt nivå!) är också allmänmedicinens stora utmaning.

Det preventiva arbetet i detta sammanhang är givetvis av såväl primär som sekundär natur. Det bör utgå från de i verksamheten upplevda dissonanserna i sjukvårdskonsumtionsmönstret. Upplever vi med tiden en stigande olust att ständigt idka renhållningsarbete försöker vi självfallet stoppa inflödet. Jag vill hävda att preventivt arbete särskilt väl låter sig utföras inom det begränsade geografiska ansvarsområdet. Här har vi i bästa fall såväl trovärdighet som personkännedom – men även överblickbarhet och hanterlighet. Vad epidemiologin ej kan ge oss i det lilla lokalsamhället ger oss lika väl våra dagliga upplevelser och kontakter.

Skall preventivt arbete lyckas är det *individualpreventiva* angreppet det effektivaste och ger bäst kvalitet – jämfört med det *allmänpreventiva* budskapet där kvantitet och den grupp- och befolkningspåverkande hållningen är utmärkande. Men i vårdlaget kan allmänmedicinaren förena dessa principer: individualpreventionen täcker upp en *hel målgrupp* inom det geografiska ansvarsområdet och vi får som slutresultat något av en allmänprevention – också genom "ringar-på-vatt-net"-effekter.

Exemplifiering

Jag vill slutligen ge ett exempel på verksamhet som försöker förena dessa tre steg till en helhet, som enligt min mening således omfattar en allmänmedicinsk kärna.

Mitt vårdlagsområde bebos av ett antal män i åldern 35–45 år. Dessa män utmärkes bla av en mycket låg sjukvårdskonsumtion (än så länge) jämfört med andra grupper, tex sina fruar eller sina barn. De närmar sig emellertid – eller befinner sig i – den ålder då de riskerar insjukna i hjärtinfarkt. Dessförinnan kan de också hamna inom den expansiva kranskärlskirurgins domäner. Vissa av dessa män torde ha en hög risk att komma i denna situation pga besittning av sk kardiovaskulära riskfaktorer. Många av dem är ibland oroliga just häröver och börjar därför motivera flitigt. Andra behöver veta att de ur hjärt/kärlsynpunkt är mycket friska, trots orosanstiftare bland medmänniskor och massmedia.

I det tredubbla syftet att omfatta alla tre stadierna ovan kallar jag in dessa män till vårdcentralen, en och en, ett par–tre i veckan. Den tredimensionella arbetsuppgiften blir sålunda:

- 1 Lära känna dessa så okända individer inom området. Skapa nya kontakter med en för vårdcentralen sannolikt viktig grupp. Beskriva denna grupp, särskilt med hänsyn till individens kardiovaskulära riskprofil.
- 2 Utveckla min pedagogiska förmåga att sprida ljus över det mörker som, trots eller på grund av, all upplysning, visar sig råda i hithörande frågor. Utveckla min lyhördhet för vad som därutöver ofta döljer sig av frågor och problem. Ge den rådgivning den enskilde behöver och som jag utifrån en allmänmedicinsk helhetsyn är kompetent att ge.
- 3 Bedriva primärpreventivt arbete i syfte att reducera/eliminera riskfaktorer och minska morbiditet/mortalitet i hjärt/kärlsjukdomar.

Efter ett par års erfarenhet i ett kontinuerligt pågående arbete vill jag påstå att detta arbete inrymmer de allt väsentliga allmänmedicinska ingredienserna. Att primärpreventivt arbete lämpar sig väl inom vårdlagsstrukturen illustreras av såväl extremt låga bortfall som effektivitet i resultatthänseende: 40% av de som undersökes befinnes uppföljningsintressanta. Dessa personers sammanlagda antal riskfaktorer är efter två år till 75% eliminerade eller förbättrade, och det i de flesta fall endast genom de en eller två konsultationer där riskfaktorerna ventileras och beskrivs (även skriftligt)*. Detta synes visa vikten av att den medicinska konsultationen ej förfuskas kvalitativt (tex genom delegering till, eller sällning via, sjuksköterska) och att den allmänmedicinska läkarens auktoritet på området ifråga skall utnyttjas optimalt i patientpåverkan (därmed ej sagt att övriga medarbetare skall åsidosättas, men enligt min mening gör de bäst nytta i uppföljningsarbetet och ej i den primära kontakten).

Det visar också på allmänmedicinens möjligheter att utifrån det områdesbaserade ansvaret utveckla den medicinska/pedagogiska konsultationen och i det tredje ledet måhända få preventiva och sjukvårdsekonomiska vinster. Om en metodutveckling som denna därjämte uppfyller höga anspråk på gemytlighet och trevnad, även för patienterna, och inte upplevs som något belastande i verksamheten, blir också den allmänmedicinska *arbetsglädjen* stor!

* Teknik, material, resultat kan erhållas på begäran.

Författarpresentation:

Inge Carlsson har arbetat inom primärvården i Eslöv sedan 1977.

Distriktsöverläkare sedan 1986 i Eslövs södra primärvårdsdistrikt

Postadress: Vårdcentralen Tåbelund, 241 00 Eslöv.

Patient – sjukgymnast/läkare

INGER BÄCK · EVA ENGSTRÖM · KENNETH WIDÅNG

När vårdtillgång inte motsvarar vårdefterfrågan måste prioriteringar göras. När det gäller sjukgymnastik i primärvården är det klassiska sättet att prioritera att använda väntelista. I ett nära samarbete mellan sjukgymnaster och läkare vid Björknäs vårdcentral prövar vi en mindre slumpmässig metod för prioriteringar. Vi har på detta sätt kunnat få de mest angelägna behoven av sjukgymnastik tillfredsställda inom rimlig tid på bekostnad av att mindre angelägna behov ej alls blir tillfredsställda.

Nyckelord: Primärvård, sjukgymnaster, Boden

På senare år har inom den etablerade sjukvården intresset successivt ökat för behandling av smärttillstånd och funktionsinskränkningar från rörelseorganen. På en allmänläkarmottagning har en mycket stor andel av patienterna symtom från rörelseorganen. Den tid är nu förbi när det kan betraktas som tillfredsställande att till dessa patienter ge några generella råd och ett recept på analgetica. Riktad diagnostik har ökat kravet på riktad behandling.

Ju mer denna utveckling fortgår desto tydligare blir det att bra patientomhändertagande kräver att läkare och sjukgymnaster, som talar samma språk, arbetar gemensamt med patienten. Enligt vår uppfattning är därför ett system, med slumpmässiga remissförfaranden mellan för varandra obekanta sjukgymnaster och läkare ingen optimal lösning ur patientens synpunkt.

I primärvården är vi på de flesta håll vana vid att uppfatta det som normalt att ha en relativ resursbrist av såväl läkare som sjukgymnaster, därför är det nödvändigt att utnyttja de personella resurserna på ett optimalt sätt.

Väntelista – behandlingstombola

Vid brist har vi inom sjukvården utav hävd använt väntelista som resursstyrningsinstrument. När det gäller rörelseorganens sjukdomar är det inte ett särskilt bra sätt. Det medför många onödigt långa sjukskrivningar och det är inte de patienter som är bäst betjänade av behandlingen som verkligen får behandlingen. Många hinner allvarligt försämrats under väntetiden och icke så få hinner bli helt bra, men har man ändå stått på väntelistan måste man väl få den behandling man har väntat på.

En organisationsmodell

Vid Björknäs vårdcentral i Boden med ett upptagningsområde på 10 000 innevånare, fyra ordinarie distriktsläkare plus två underläkare, två heltidsanställda sjukgymnaster, har vi försökt oss på följande lösning.

1. Sjukgymnasterna behandlar i huvudsak endast patienter hänvisade från vårdcentralens läkare.
2. Väntelistan avskaffad. Istället disponerar läkarna ett bestämt antal ingångstider till sjukgymnastik (20–30 tider per sjukgymnast och månad).
3. Gemensam rond sjukgymnast och läkare, 40 minuter varje vecka, då aktuella organisations- och behandlingsproblem tas upp.

Detta system innebär att vårdcentralen som enhet måste när det gäller fysikalisk terapi rätta mun efter matsäcken. Det innebär också ett nära samarbete mellan sjukgymnast och läkare. På sjukgymnasten ställs krav att kunna avsluta behandlingen inom rim-

lig tid för att få rum med de nya behandlingar som påbörjas. På läkaren ställs krav att kunna avstå från fysikalisk terapi hos vissa patienter som kunde ha en viss nytta utav den men inte lika mycket nytta som de patienter han skickar dit. För patienten är det positivt med ett tidigt omhändertagande. Detta medför ofta kortare sjukskrivningar och kroniska förlopp kan undvikas.

Som sjukgymnaster upplever vi att detta i vissa fall medför kortare behandlingstider och att den positiva inställning patienterna har, när det inte är väntetid, är gynnsam för själva behandlingsresultatet. Likaså upplever vi den tidiga informationen som viktig.

För samarbetet är det viktigt att läkare och sjukgymnast ser patienten vid ungefär samma tidpunkt då man kan jämföra bedömningar under ungefär samma förhållande och man får på sikt en ökad samsyn vad gäller såväl diagnostik som behandling. Detta ger likartad information till pa-

tienterna vilket också torde vara bra för behandlingsresultatet på sikt.

Vi slipper nu vid vårdcentralen en mängd telefonsamtal från patienter som förtvivlat väntar på tid i sjukgymnastkön.

Till sist tycker vi oss också märka att den del patienter kommer till oss som tidigare har föredragit alternativ behandling.

Det har känts angeläget för oss att rapportera om detta enkla organisatoriska försök eftersom vi tror att det är flera vårdcentraler i landet som har bekymmer med väntelistor till fysikalisk terapi.

Författarpresentation

Inger Bäck och Eva Engström är sjukgymnaster vid Björknäs vårdcentral. Kenneth Widäng är distriktsläkare och vårdcentralchef vid Björknäs vårdcentral.

Postadress: Box 511, 961 28 Boden.

Recensioner

Högt blodtryck

Lennart Hansson, Sverker Jern, Anders Svensson

(Studentlitteratur 149:— inkl moms.)

En lärobok på svenska omfattande kliniska fakta om högt blodtryck. Boken riktar sig främst till medicine studerande och läkare under allmäntjänstgöring. På ca 150 sidor ges en översiktlig beskrivning av det väsentliga man behöver veta för praktiskt bruk beträffande högt blodtryck.

Boken är indelad i fyra avsnitt: förekomst och definitioner, patofysiologi, kliniska aspekter och terapi.

Under "Kliniska aspekter" behandlas morbiditet och mortalitet som följd av hypertoni. Den epidemiologiska paradoxen beskrivs, dock utan att man använder den beteckningen.

Den ökade risken för slaganfall och hjärtinfarkt belyses, däremot tas ej upp (den paradoxala) skillnaden i utfall av behandling av hypertoni vid dessa tillstånd.

Hemblodtrycksmätning förordas 'då man misstänker en stor diskrepans mellan blodtrycksvärden på sjukhuset eller mottagningen och i hemmet'. Däremot får man inte riktigt intrycket att det har ett värde för blodtryckspatienten i gemen att kunna ha egen fortlöpande kontroll över sitt blodtryck.

Under "Terapi-avsnittet" tas först den icke-farmakologiska behandlingen upp på drygt fem sidor, sedan den farmakologiska behandlingen på 16 si-

dor. Detta motsvarar väl det intresse och den kunskap man idag har omkring de båda olika behandlingsprinciperna.

Under icke-farmakologisk terapi behandlas saltreduktion, kaliumterapi, viktreduktion, psykologiska behandlingsmetoder, psykofysiologiska behandlingsmetoder (där avslappning och biofeedback tas upp) och övriga livsstilsförändringar (där effekter av motion respektive reducerad alkoholkonsumtion kort berörs).

Mycket riktigt påpekas också att studier av effekter av icke-farmakologisk behandling hittills baseras på små material och att frågan om effekten vid kombination av olika icke-farmakologiska metoder är dåligt belyst.

Under det farmakologiska avsnittet noteras med tillfredsställelse att de generiska namnen kompletteras med preparatnamn. Dock kan det uppstå svårigheter att ange "rätt" preparatnamn, då flera finns. Man kan tex fråga sig om man valt att ange 'Aldactone' som enda spironolacton-preparat enbart därför att det varit först på marknaden.

Avsnittet "Terapimål" visar att författargruppen har lite svårt att acceptera den målsättning för blodtrycksbehandling på 90 mmHg diastoliskt, som alltmer börjar gälla som norm. Så anför man att man bör ha ett mer ambitiöst mål än att sänka det diastoliska trycket till <95 mmHg. Därefter sägs att trycket bör 'normaliseras'. Slutligen kommer att 'många hävdar idag att målet bör vara att sänka det diastoliska blodtrycket till 80 mmHg eller lägre (min kurs) i alla åldrar'.

Trots dessa anmärkningar är detta en bra och överskådlig bok, till vilket bidrar en bra innehållsförteckning och

ett detaljerat sakregister. Jag skulle direkt vilja rekommendera en vidgning av läsekretsen till allmänläkar-kollegor, som börjar känna att de gamla kunskaperna flagnat, eller att man inte hunnit med de nyare rönen och de senast preparaten inom hypertoniområdet.

Birger Gran

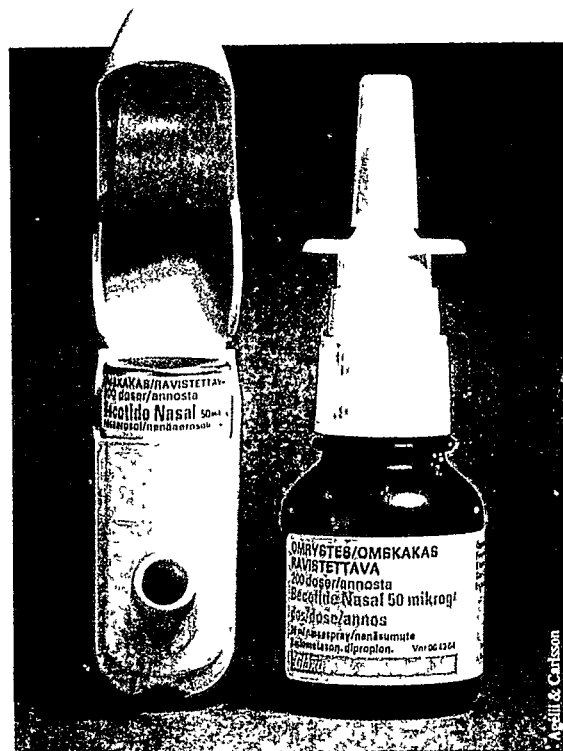
Postadress: Samhällsmedicinska enheten
Kopmangatan 36B, 951 32 Luleå

LBO 8817

Låt inte Becotide® Nasal

Becotide Nasal
Näsaerosol 9 g

Becotide Nasal
Nässpray 20 ml



- gå dina patienters näsa förbi.



Becotide Nasal (Beclometasondipropionat) är en lokalt verkande steroid vid allergisk och perenn rinit.

En näsvis fråga – varför inte ge dina patienter en vårprimör som räcker hela säsongen?

BECOTIDE NASAL®

Distriktsläkares skäl för förskrivning av bensodiazepiner

CONNY SVENSSON

– *Lyft fram diskussionen om ångestdämpande medel tidigt vid patientbesöket och ta inte upp det som sista punkt när patienten är på väg att gå! Var lite offensiv! Kontrollera effekten av insatt terapi!*

– *Ta upp en nyanamnes då och då på kroniska tablettpatienter, oberoende vilken mängd tabletter de äter! Patientens situation kan ha förändrats.*

Läkarna vid fyra vårdcentraler har under tre veckor redovisat sina skäl för att föreskriva bensodiazepiner. Resultatet av denna studie och diskussionen vid ett efterföljande seminarium har lett till dessa förslag.

Nyckelord: Primärvård, distriktsläkare, läkemedelsförskrivning, intervju/enkätundersökningar, forskning, bensodiazepiner.

Bakgrund

Sedan många år har det förts en debatt om ångestdämpning och förbrukning av ångestdämpande medel. Socialstyrelsen har kommit med rekommendationer för ångestbehandling (1). Låg-dosberoende av bensodiazepiner ha diskuterats. Det har ofta slagit mig vilken skillnad det är på det arbete som läkaren gör när en patient får en liten mängd bensodiazepiner mot då han/hon får en 100-burk. Ändras indikationerna och skälen?

Målsättningen med denna undersökning var att ta reda på vilka skäl läkare har att förskriva bensodiazepiner. Ett delmål var att beskriva gruppen som får dessa tabletter.

I den litteratur som jag studerat, har det framkommit vilka som får bensodiazepiner och vilka diagnoser dessa har (2, 3, 4, 5). Detta har dock inte hjälpt mig att belysa huvudfrågeställningen "vilka skäl har distriktsläkare för att förskriva bensodiazepiner".

Metod

Undersökningen genomfördes under en period av tre veckor våren 1986. Fyra vårdcentraler deltog. När läkaren skrev ut recept på bensodiazepiner fyllde han i ett enkelt frågeformulär. Ålder, kön, diagnos och aktuell tablettförskrivning registrerades. Huvudsyftet var att formulera vilka skäl läkaren hade och vilken anledning patienten uppgav för att läkaren skulle

skriva ut bensodiazepiner. Dessa öppna frågor har sedan bearbetats och systematiserats av mig.

Efter det att materialet hade insamlats skrev jag till de deltagande läkarna. De uppskattade bortfallet till fem formulär.

Undersökningen låg sedan till grund för ett seminarium där de läkare, som deltog i studien, gick igenom resultatet. Flera nya idéer framkom då. Studien och seminariet ledde fram till här givna råd.

Resultat

Från de fyra vårdcentralerna inkom 132 formulär. Fem procent av 2557 besök dessa veckor ledde till förskrivning av bensodiazepinrecept. Ålders- och könsfördelningen var den förväntade. 62 procent av patienterna var 65 år och äldre. 30 procent var män och 70 procent var kvinnor. 73 procent av patienterna hade fått bensodiazepiner utskrivna senaste året exklusive det studerade besöket.

Det sattes i medeltal 1,3 diagnoser vid varje besök, 33 procent av patienterna fick en diagnos från "grupp V-mentala rubbningar".

Intressant är att 17 procent hade fått mer än 365 tabletter per år, det vill säga, mer än en tablett per dag. Vid

det aktuella besöket skrevs det i medeltal ut 106 tabletter, 44 procent av patienterna fick 100 tabletter, 37 procent fick mindre än 100 stycken och 19 procent mer än 100 tabletter. Tio patienter fick två olika bensodiazepin-recept utskrivna, det vill säga, både dag- och nattsedativa. De 36 patienter som inte hade fått bensodiazepiner senaste året fick nu vanligen mindre än 100 tabletter och till och med oftast under 25 tabletter.

Undersökningen var inriktad på att kartlägga vilka skäl läkarna hade för att skriva ut bensodiazepiner och vilken anledning de uppfattade att patienterna hade. Dessa skäl går troligtvis i varandra. Såväl patient och läkare uppgav flera skäl.

Patientens anledning tolkad av läkaren var i 50 procent "dålig sömn", 41 procent "ångest-oro", 20 procent "långvarigt bruk – vill ha", (tabell I). Bland läkarnas skäl att förskriva dominerade "fungerar väl – bra att ha" med 45 procent, sedan kom 31 procent "ångest-oro" och 24 procent "sömnbesvär" (tabell II). "Fungerar väl" är ett samlingsnamn på flera saker, tex att patienten ej missbrukar, patienten behöver mediciner och är nöjd med preparatet.

Tabell I

Patientens skäl (ett eller flera) att vilja ha bensodiazepiner.

Patientens skäl	Antal patienter	Andel (%) av pat (n=132)
Dålig sömn	65	49
Ångest-oro-stress	54	41
Långvarigt bruk, bra att ha	27	20
Värk, oklara somatiska besvär	22	17
Dödsfall, kris	15	11
Övrigt	4	3
Ej ifyllt	7	5

Tabell II

Läkarens skäl (ett eller flera) att skriva ut bensodiazepiner.

Läkarens skäl	Antal patienter	Andel (%) av pat (n=132)
Fungerar bra, bra att ha	59	45
Oro-ångest	41	31
Sömnproblem	32	24
Värk, oklar krampa	21	16
Dödsfall, kris	13	10
Spänd, psykoneuros	11	8
Ombedd	6	5
Övrigt	16	12

Diskussion

En fråga är, hur och när diskuteras lugnande medel under läkarbesöket? Är det sista frågan som tas upp just när patienten skall till att gå?

Bensodiazepinförskrivning och diskussion om detta är ju bara en del av besöket. Mer än 70 procent av patienterna hade fått liknande medel året innan, varför det är lätt att bara följa med och fortsätta en tidigare ordination. De som inte hade fått tabletter förra året fick oftast en mindre mängd vid det aktuella besöket. Då var det lättare att hålla ned tablettmängden.

De flesta recepten skrevs ut av ordinarie distriktsläkare som både sköter den vårdmässigt tyngre och den äldre patientkategorin.

Det finns en skillnad i omsorg och möda mellan förskrivningen av små och stora mängder tabletter. De som får mer än 100 stycken är äldre och tidigare kända patienter. De som inte fått tabletter senaste året får en mindre mängd ordinerad. Min iakttagelse är att distriktsläkare är mycket försiktiga vid nyförskrivning än vid upprepade ordinationer.

Läkarnas skäl var i 45 procent "fungerar väl – bra att ha". Det är ett samlingsbegrepp där både patient och doktor är nöjda med effekten av preparatet. Eller är det så att när preparatet sattes in fanns det flera klara skäl för att börja medicinsk behandling av ångest och sömnbesvär, skäl som nu kanske inte finns längre?

Granskar läkaren idag skälen och indikationerna ordentligt? Jag tror att

"fungerar väl – bra att ha" innehåller en hel del oklarheter, som kunde lyftas fram i diskussionen mellan läkare och patient. Det kan vara en grupp som det kan vara lätt att diskutera ändrade tablettvanor med.

Bensodiazepiner är kanske inte det bästa sättet att hjälpa dessa människor. Det finns måhända andra sätt. Ångesten är ju inte alltid något negativt. Dövar vi ibland den "friska" ångesten, som kunde påverka människor att förändra sin situation till det bättre? Var går gränsen mellan friskt och sjukt?

Att äta en tablett bensodiazepin varje dag, är det missbruk eller tillfälligt bruk av lugnande medel? Är det idag i Stockholms län nödvändigt med lite lugnande av och till, speciellt om man är över 65 år? Denna tanke är förhoppningsvis ej sann.

Förslag

Vid det seminarium som hölls med de läkare som deltagit i studien framkom en hel del idéer. Vi distriktsläkare är möjligen för passiva i bensodiazepinfrågan. Vi avvaktar med att ta upp bensodiazepinförbrukningen in i det sista. Först undersöks hjärtbesvär, diabetes etc. Därefter tar patienten till sist upp önskemål om nya lugnande medel. Besökstiden håller då på att ta slut. Tiden för att tala om lugnande medel blir kort.

Ett förslag är: – Skriv i journalen att vid nästa besök skall lugnande medel diskuteras först! Kontrollera effekten av insatt terapi!

Ett annat är: – Ta en ordentlig ny-anamnes en gång per år på alla patienter som använt bensodiazepiner under lång tid.

Dessa två enkla åtgärder skulle kunna förändra förskrivningsmönstret för bensodiazepiner.

Referenser

1. Information från Socialstyrelsens läkemedelsavdelning. Rekommendationer om ångestbehandling. 1987; 12:69–73.
2. Hallgren G. "Vilka är det som äter upp alla våra sömntabletter?" Allmän Medicin 1985; 6:228–32.
3. Mulvihill N, Suljaga-Petchel K, Falkenstein J, Ehr A. Patterns of Diazepam Prescribing in Primary Care: A Case Control Study. Mont Sinai J of Med 1985; 52:276–80.
4. Westerling R. Diagnoser vid psykofarmakoförskrivning – en studie vid hälso-centralen i Tierp. Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst. Uppsala Universitet. Rapport 1984-09-10.
5. Tellnes G, Björndal A, Fuggeli P. Psychotropic Drug Prescribing in General Practice. Scand J Prim Health Care 1986; 4:137–41.

Författarpresentation

Conny Svensson är distriktsläkare vid Boo Vårdcentral och chef för Utvecklingsenheten för primärvård inom SSO, Stockholms läns landsting.

Postadress: Utvecklingsenheten, Drakenbergsgatan 39, 11741 Stockholm.

Förskrivning av bensodiazepiner vid en vårdcentral i Sundsvall

ANDERS WIMO · EVA JOHANSSON · GÖSTA BRYDOLF · ANITA BERGMAN
PER OLOF KAISER · MARKUS KALLIOINEN

Förskrivningen av bensodiazepiner vid en vårdcentral studerades under 2 månader. Därvid förskrevs 247 recept.

Det var mest äldre kvinnor som fick bensodiazepinrecept och den vanligaste indikationen var sömnbesvär. Förskrivningen beräknades till 22,4 DDD/1 000 invånare och dag och motsvarade knappt 50% av totalförskrivningen i området. Det fanns inget samband mellan bensodiazepinförskrivning och boendesituation. Förskrivningen utgjordes till största delen av fortsättning på tidigare etablerad terapi.

Nyckelord: Läkemedelsförskrivning, primärvård, forskning, Sundsvall, bensodiazepiner.

Förskrivningen av bensodiazepiner har ofta varit föremål för diskussion, bl a i AllmänMedicin (1) och i Läkartidningen (2,3), men även internationellt (4,5). Diskussionen har dels gällt den allmänna inställningen till bensodiazepiner som ångestdämpande medel, dels grad av överkonsumtion/missbruk och biverkningar (6–8). Primärvårdens roll i förskrivningen har också debatterats, där olika uppgifter om allmänläkarnas andel förekommer (9–11). En bra sammanfattning av problemets komplexitet har gjorts av Lidbeck (12). Vi distriktsläkare på Vårdcentralen Centrum i Sundsvall tyckte att diskussionen var motsägel-sfull och att vi därför behövde basda-ta om vår egen förskrivning. Vår spon-tana upplevelse var att vi förskrev bensodiazepiner mest till äldre, kvin-nor, ensamboende och att den vanli-gaste indikationen var sömnbesvär. Vi trodde också att vi sällan nyinsatte

bensodiazepiner och när yngre be-handlades, så gällde det kriser där små förpackningar förskrevs. Därför formulerades följande hypoteser:

- 1 Förskrivningen sker mest till kvin-nor.
- 2 Förskrivningen sker i första hand till ensamboende.
- 3 Förskrivningen sker i första hand till äldre (>60 år).
- 4 Förstahandsindikationen är sömn-besvär.
- 5 Förstahandsindikationen för yngre (<40 år) är kris.
- 6 Till yngre (<40 år) ges små förpack-ningar (<25 st).
- 7 Fortsättning av etablerad bensodia-zepinterapi är vanligare än nyinsätt-ning.

Hypoteserna har prövats med chi-2 test där statistisk signifikans bedöm-des föreligga vid $p < 0,05$.



90- TALETS GREPP!

"Det här är verkligen en angelägen nyhet!" hävdar många sköterskor.

"Vi undrade just när någon skulle introducera det i Sverige" nickar apotekarna igenkännande.

"Patienternas säkerhet går hand i hand med vår yrkes-heder" kommenterar en läkare.

Alla välkomnar UNIT-DOSE till Sverige.

UNIT-DOSE är ett internationellt förpackningssystem som fullt utbyggt innebär en liten revolution för läkemedelshanteringen. Det är hygieniskt, lätthanterligt, lätt identifierbart och kan hanteras som endos, dagsdos eller veckodos.

Varje läkemedel är individuellt förpackat och märkt med all information som behövs för att identifiera det.

Ordinerar du t. ex. Naproxen för dysmenorré utan organisk orsak?

Naproxen Nobel Medica finns i UNIT-DOSE. En idealisk förpackningsform för dagsdosen i handväskan.

Fördelarna blir uppenbara vid förskrivning av läkemedel som ska följa med till jobbet, konferensen eller på resan. Piller som annars hamnar omärkta bland läppstift eller tioöringar i botten på ett väskfack.

Naproxen Nobel Medica kan förskrivas i ask om 10 eller 50 tabletter. Utan att bli dyrare.

Om ett par år finns troligen alla läkemedel att tillgå i UNIT-DOSE askar. Inte bara Nobel Medicas.

 **Nobel Medica**
Nobel Industrier

Metod och material

Under två-månadersperioden december 1986 och januari 1987 undersöktes prospektivt all förskrivning av bensodiazepiner vid vårdcentralen Centrum i Sundsvall. Vårdcentralen är en 5-läkarstation med platser även för AT-, och FV-läkare. Sammanlagt nio läkare (med tjänstgöring 0,25–1,00) var aktuella under perioden. Upptagningsområdet har 13 500 invånare. Ett speciellt formulär utarbetades, som innefattade kön, ålder, boendesituation, indikation, preparat (namn, styrka, mängd, antal uttag), samt uppgift om förskrivningen innebar nysättning eller var fortsättning av tidigare påbörjad terapi. Formuläret innehöll enbart löpnummer och ej personnummer. Varje läkare hade formulär på sitt skrivbord och noterade löpande förskrivningen, dels vid patientbesök och dels vid förskrivning utan besök. Som underlag för förväntningsvärden för hypoteserna 1–3 användes andelen av besöken på vårdcentralens läkarmottagning: 59% kvinnor, 45% ensamboende, samt 43% äldre än 60 år.

Resultat

Under två-månadersperioden registrerades 247 konsekutiva recept. Hypoteserna 1, 3, 4 och 7 bekräftades, medan nr 2 förkastades. Hypoteserna 5 och 6 var ej testbara.

Förskrivning till kvinnor var vanligast (tabell I). Bensodiazepinförskrivning var inte vanligare till ensamboende (tabell II), vilket var något överraskande. Överraskande var däremot inte att recepten förskrevs mest till äldre; hela 82% av patienterna var över 60 år (tabell III) och 21% var över 80 år. Olika sömnstörningar var den vanligaste indikationen (tabell IV). Hypoteserna 5 och 6 var ej testbara då antalet recept i åldersgruppen under 40 år var så pass få (8 av 247). Förskrivningen var oftast fortsättning på tidigare etablerad terapi (tabell V).

Förskrivningen av bensodiazepiner under perioden motsvarar 22,4 DDD/1000 invånare och dag. För 1986 var genomsnittet för Västernorrlands län 46,9 och för riket 54,4 DDD/1000 invånare och dag (9). Vårdcentralens andel av totalförskrivningen av bensodiazepiner kan jämföras med primärvårdens andel av mottagningsbesöken i förvaltningen som januari 1987 var 44%.

Diskussion

Det är angeläget att förskrivningen av sederande farmaka ställs under debatt, med tanke på biverkningar, missbruksrisk m.m. Sedan 1976 har förskrivningen av hypnotika, sedativa och ataraktika ökat med ca 5% (9) och bensodiazepiner har ökat främst. Bensodiazepinbruk är kontroversiellt och i massmedia är debatten ibland affekterad med dramatiska fallbeskrivningar. Våra resultat visar, liksom en studie

Tabell I

Könsfördelningen hos patienter som erhållit bensodiazepinrecept (uppgift angående kön saknas i 19 fall). Chi-2 test ger $p < 0,01$.

Kön	Observerad frekvens	Förväntad frekvens	Observerad Förväntad
Man	71	93	0,76
Kvinna	157	135	1,16
Totalt	228	228	1,00

Tabell II

Boendesituation för patienter som erhållit bensodiazepinrecept (uppgift angående boendesituation saknas i 12 fall). Chi-2 test ger $p > 0,05$.

Boende	Observerad frekvens	Förväntad frekvens	Observerad Förväntad
Ensam	115	106	1,08
Ej ensam	120	129	0,93
Totalt	235	235	1,00

Tabell III

Åldersfördelning för patienter som erhållit bensodiazepinrecept (uppgift saknas för en patient). Chi-2 test ger $p < 0,001$.

Ålder	Observerad frekvens	Förväntad frekvens	Observerad Förväntad
00–60	44	140	0,31
61–	202	106	1,91
Totalt	246	246	1,00

Tabell IV

Indikation för bensodiazepinförskrivning. Chi-2 test ger $p < 0,01$.

	Antal	Observerad frekvens	Förväntad frekvens	Observerad Förväntad
Sömnbesvär, tillfälligt	47	147	123,5	1,19
Sömnbesvär, kroniskt	100			
Kris och sorg	16	100	123,5	0,81
Kronisk ångest	58			
Allmän sederig	9			
Epilepsi	2			
Övrigt	15			
Totalt	247	247	247	1,00

Tabell V

Förskrivningstyp för bensodiazepiner, (uppgift saknas i 5 fall). Chi-2 test ger $p < 0,001$.

	Observerad frekvens	Förväntad frekvens	Observerad Förväntad
Nyförskrivning	30	121	0,25
Fortsatt förskrivning	212	121	1,75
Totalt	242	242	1,00

från* Saltsjö-Boo (13), att förskrivningsmönstret är tämligen odramatiskt. Den vanligaste bensodiazepinkonsumenten är en äldre kvinna som använder preparatet som sömnmedicin. Däremot, vilket kanske är oväntat (?) var det inte vanligare med förskrivning till ensamboende. Förskrivning till yngre var så pass liten att övriga tolkningar ej var möjliga. Eftersom registreringen av integritetsskäl skedde med löpnummer och ej med personnummer kan vi ur materialet ej bedöma om missbruk föreligger, men det vårdlagsbaserade arbetssättet med god kontinuitet på läkar-, och sjuksköterskesidan gör att missbrukstendenser upptäcks. Av de patienter som erhållit bensodiazepiner på indikationen "kronisk ångest" finns en del patienter som vi vet har tendens till överkonsumtion utan att för den skull vara missbrukare i egentlig bemärkelse och även i dessa fall är arbetet med vårdlag en styrka, när vi vill minska konsumtionen. Indikationsprofilen visar som väntat att sömnbesvär är den vanligaste förskrivningsorsaken, hos oss vanligare jämfört med Diagnos- Receptundersökningen 1986 (9).

Volymen förskrivna bensodiazepiner är svårbedömd, eftersom undersökningen enbart omfattar vårdcentralen, och inte privatpraktiker, företagshälsovård m.m. Vår andel, knappt 50%, är dock lägre än vad som brukar anges (5, 10, 11, 12) men stämmer bättre med uppgifterna i Svensk läkemedelsstatistik 1986 (9). Sannolikt beror detta på en viss förbistring kring begreppen primärvård – öppen vård – allmänläkarvård och ytterligare klarlägganden i den fråga är angelägna

Det kanske starkaste skälet till ökad restriktivitet är biverkningsaspekterna och uppgifter om risk för collumfrakturer (6) och CNS-effekter (7–8) är allvarliga (även om dessa också har ifrågasatts) (2) och speciellt med tanke på att det mest är äldre som konsumerar bensodiazepiner. I vår studie var ca 20% av förbrukarna över 80 år och det är angeläget att försöka minska deras konsumtion.

Självfallet finns risk för "bias" i en studie som denna, när förskrivningen av en kontroversiell läkemedelsgrupp studeras prospektivt och det är möjligt att retrospektiva studier är lämpligare åtminstone beträffande förskrivningsvolymen, men sådana studier handikappas som vanligt av metodologiska problem. Vi bedömer dock att undersökningen ger en rimlig bild av förskrivningsmönstret av bensodiazepiner vid en vanlig vårdcentral.

Referenser

1. Hallgren C-G. Vilka är det som äter upp alla sömntabletter? *AllmänMedicin* 1985; 5:228-32.
2. Borg S, Blennow G, Sandberg P et al. Bensodiazepinberoende och andra långtidsbiverkningar – en översikt. *Läkartidningen* 1986; 83:321-6.
3. Andersson S. Det är inte allmänläkarna som överförskriver bensodiazepiner. *Läkartidningen* 1986; 83:4255.
4. Catalan J, Gath DH. Bensodiazepines in general practice: time for a decision. *Br Med J* 1985; 290: 1374-6.
5. Fugelli P, Robak O H, Bjørndal H. Bensodiazepiner, tall og tanker. Medicinsk årbog 1983. Kobenhavn: Munksgaard, 1983.
6. Zetterberg C, Mellström D, Rundgren Å et al. Höftfrakturer hos äldre. Bakgrundsfrakturer. *Läkartidningen* 1983; 80:2043-5.

7. Allgulander C, Beling M, Borg S et al. Symposium: Missbruk av hypnotika-sedativa. *Läkartidningen* 1980; 77:423-31.
8. Hale WE, Stewart RB, Marks RG. Antianxiety drugs and central nervous system symptoms in an ambulatory elderly population. *Drug Intell Clin Pharm* 1985; 19:37-40.
9. Apoteksbolaget: Svensk läkemedelsstatistik 1986. Stockholm: Apoteksbolaget AB. 1987.
10. Lidbeck J. Onödigt bruk av bensodiazepiner i öppen vård – förslag till lokala tillsynsprogram och fortbildning. *Läkartidningen* 1987; 84:1764-7.
11. Mest psykofarmaka på allmänläkarreceptet (referat riksdagsdebatt). *Läkartidningen* 1986; 83:4330.
12. Miljömedicinska funktionen vid Malmöhus läns landsting (författare: Lidbeck J) Bensodiazepiner. Bruk och missbruk. Lund: Malmöhus läns landsting, 1985.
13. Aktuellt från "Uven" (författare: Conny Svensson). Distriktsläkares skäl för förskrivning av bensodiazepiner. Saltsjö-Boo: Utvecklingsenheten för Primärvård, 1987.

Författarpresentation

Anders Wimo, distriktsläkare
Eva Johansson, distriktsläkare, ledamot av läkemedelskommittén, Medelpads sjukvårdsförvaltning.

Gösta Brydolf, primärvårdschef, Medelpads sjukvårdsförvaltning, distriktsläkare.

Anita Bergman, FV-läkare, Allmänmedicin.

Per Olof Kaiser, distriktsläkare. Vårdcentralschef.

Markus Kallioinen, distriktsläkare, FoU-ansvarig.

Postadress: Vårdcentralen Centrum, Skonsbergsvägen 1, 852 50 Sundsvall



RÄTTELSE

Tyvärr blev det ett fel i *AllmänMedicin* nr 2 1988, i artikeln "Epidemiologi vid planering för hälsa – en presentation av Måns Roséns avhandling", av Lars Berg.

Fotot på opponenten är inte Sven-Olof Isacson, utan Stig Wall vid avdelningen för epidemiologi och hälso- och sjukvårdsforskning, Umeå Universitet.

Detta är Sven-Olof Isacson!

Foto: Lennarth Nyström

Läkemedelsinformation

INGEGERD AGENÄS · INGER NILSSON

I samarbete med läkare, sjukvårdshuvudmän och statliga myndigheter initierar och medverkar Apoteksbolaget i aktiviteter som syftar till en rationell förskrivning och hantering av läkemedel.

Som ett led i den verksamheten kommer mittuppslaget i tidningen Allmän Medicin att användas för läkemedelsinformation.

Här avser vi att presentera information om läkemedel och läkemedelsaktiviteter av allmänmedicinskt intresse. Underlaget för informationen hämtas från olika delar av Apoteksbolagets verksamhet.

Vid regionssjukhusen byggs för närvarande läkemedelsinformationscentraler upp i samarbete mellan de kliniskt- farmakologiska avdelningarna och sjukhusapoteken. Den första läkemedelsinformationscentralen verkar sedan 1974 vid Huddinge sjukhus, avdelningen för klinisk farmakologi. Där har man byggt upp databasen Drugline, en faktabas som innehåller ca 3 000 frågor och svar om läkemedel.

De övriga läkemedelsinformationscentralerna kommer alla att ha tillgång till och medverka i uppbyggnaden av Drugline. Distriktsläkare Lars-Olof Hensjö, som arbetar vid Huddinges läkemedelsinformationscentral, kommer här att redovisa allmänmedicinskt intressanta frågor, som utretts vid Huddinge läkemedelsinformationscentral.

I samarbete med kliniska farmakologer har Apoteksbolaget sedan 1971 utarbetat referattidskriften *Aktuellt om läkemedel*. Redaktionskommittén följer ca 20 internationella tidskrifter. Här kommer sådana läkemedelsstudier, som är av allmänmedicinskt intresse, att presenteras.

LB08818

Statistik över läkemedelförbrukningens art och omfattning sammanställs inom Apoteksbolagets verksamhet. Uppgifter presenteras årligen i publikationen *Svensk läkemedelsstatistik*. Här kommer vi att redovisa uppgifter, som anknyter till aktuella teman i respektive nummer.

Den största delen av apotekens informationsverksamhet riktar sig till apotekens kunder i samband med receptexpedition eller vid deras inköp av receptfria läkemedel eller närstående produkter. Bl a genom kundtidningen *Apoteket* informeras också allmänheten i stort. Här kommer vi att redovisa bakgrunden till och erfarenheterna av olika kundinriktade informationsaktiviteter.

Till sist avser vi att redovisa utvärderingar och studier, som genomförs inom apoteksverksamheten och som är av allmänmedicinskt intresse, t ex kartläggningar av

- hur ofta provförpackningar förskrivs
- hur ofta behandlingstid anges på receptet i stället för en viss läkemedelsmängd
- förekomsten av receptförfalskningar
- konsekvenserna av ändringar i läkemedelsförmånens omfattning.

Om du har synpunkter på dessa sidor, kontakta gärna Ingegerd Agenäs, tel 08/783 97 88, eller Inger Nilsson, tel 08/783 96 29, Sortimentsektorn, Apoteksbolaget AB, 105 14 Stockholm.

Bensodiazepiner – förskrivning och försäljning

INGEGERD AGENÄS

LB06302

I anslutning till Conny Svenssons och Anders Wimos et al artiklar om bensodiazepiner på s 86–90, redovisas här några uppgifter om förskrivning och försäljning av bensodiazepiner.

Sedan mitten av 1970-talet har vi i Sverige mätt läkemedelsförsäljningen inte bara i värde och antal recept utan även i definierade dygnsdoser (DDD). Dygnsdoserna är ett ur medicinsk synvinkel lämpligt mått när man med hjälp av försäljningsstatistik vill spegla läkemedelsanvändningen. Om försäljningen av ett visst läkemedel relateras till befolkningen och uttrycks i DDD/1 000 invånare/dag ger det en grov uppfattning om hur stor del av befolkningen som varje dag kan använda läkemedlet.

Fig 1 visar försäljningsutvecklingen för psykofarmaka över huvud taget under perioden 1978–1987, fig 2 för lugnande och fig 3 för sömnmedel. Den totala användningen av sömnmedel och lugnande medel har under perioden varit cirka 65 DDD/1 000 invånare och dag. Ungefär 10 procent av dessa används i slutenvård. Variationen mellan länen är i förhållande till riksgenomsnittet 30 procent.

Fig 3 visar också hur barbituraterna gradvis försvann och ersattes med bensodiazepiner.

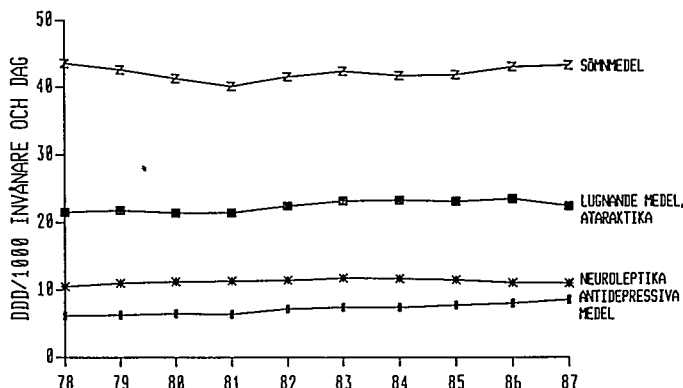


Fig 1. Psykofarmaka. Totalförsäljningen 1978–1987

Användningen av sömnmedel och lugnande medel ökar starkt med stigande ålder. Fig 4 visar antalet recipe per 1 000 invånare och är i olika åldersgrupper uppdelat på sömnmedel och lugnande medel. För sömnmedlen ökar användningen obrutet, under det att användningen av lugnande medel synes visa en nedgång i den högsta åldersgruppen. Antalet individer över 90 år är dock så pass litet att det är svårt att bedöma vilken betydelse det har att många av dem befinner sig i slutenvård.

Bensodiazepiner används huvudsakligen vid lättare psykiska störningar, som sömnsvårigheter och ångest och oro (psykoneuros). Fig 5 visar att nära 80% av de patienter som får läkemedelsbehandling till följd av sömnsvårigheter får bensodiazepiner med nitrazepam och flunitrazepam som dominerande substanser (fig 5). Motsvarande uppgifter för psykoneuros framgår av fig 6a och 6b. Även här får 80% av de läkemedelsbehandlade patienterna bensodiazepiner med oxazepam och diazepam som de oftast förskrivna.

Källor: Fig 1–3. Apoteksbolagets inleveransstatistik

Fig 4. Apoteksbolagets receptundersökning

Fig 5 o 6. Diagnos Receptundersökningen.

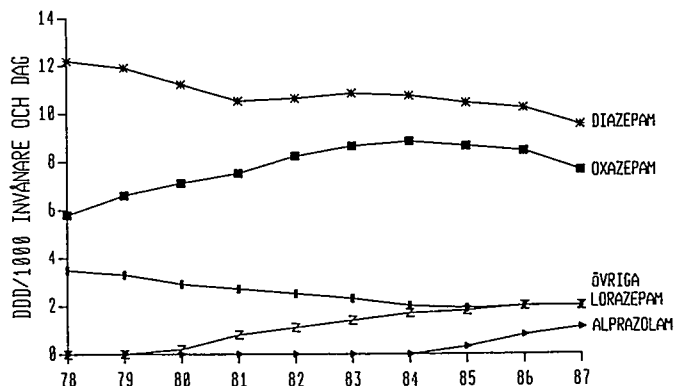


Fig 2. Lugnande medel, ataraktika – grupp N05B. Totalförsäljningen 1978–1987

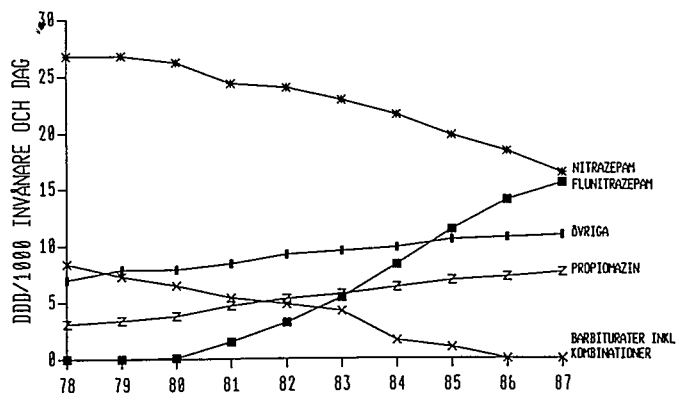
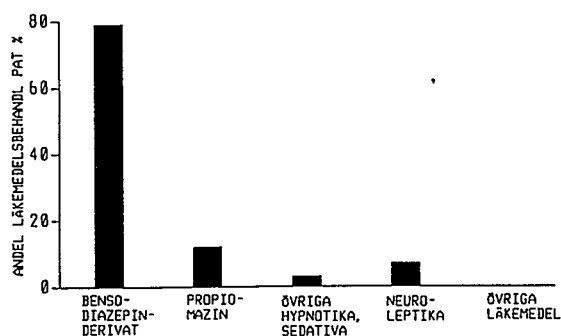


Fig 3.
Sömnmedel – grupp N05
Totalförsäljningen 1978–1987



ANTAL LÄKEMEDEL PER LÄKEMEDELSBEHANDLAD PATIENT = 1.0

Fig 5A.
Sömnsvårigheter 1986
Läkemedelsprofil

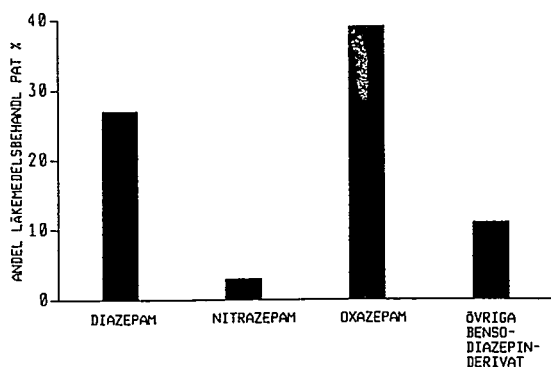


Fig 6A.
Psykoneuros 1986
Bensodiazepinderivat

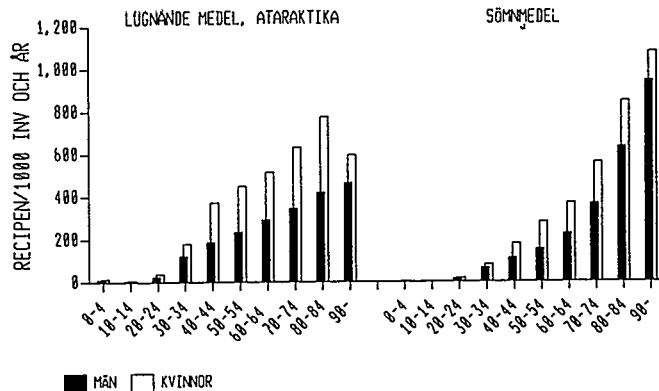


Fig 4.
Lugnande medel, ataraktika och sömnmedel
Receptförsäljningen 1987

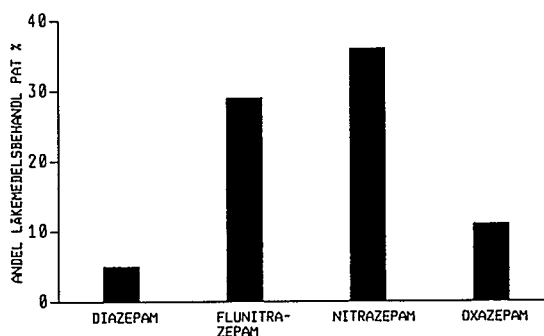
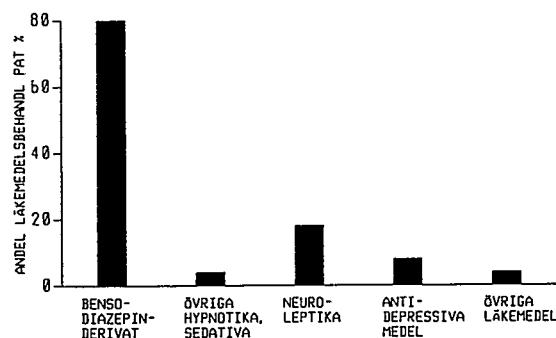


Fig 5B.
Sömnsvårigheter 1986
Bensodiazepinderivat

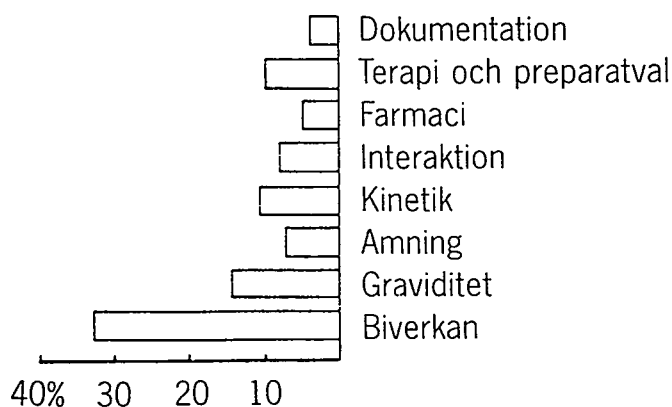


ANTAL LÄKEMEDEL PER LÄKEMEDELSBEHANDLAD PATIENT = 1.2

Fig 6B.
Psykoneuros 1986
Läkemedelsprofil

Läkemedelsinformationscentralen, LIC, vänder sig till läkare, farmaceuter, sjuksköterskor och andra med läkemedelsansvar. Patienter kan inte vända sig direkt till LIC utan hänvisas i första hand till behandlande läkare, det lokala apoteket eller i vissa fall till socialstyrelsens läkemedelsavdelning, SLA.

Sedan 1974 besvaras frågor om läkemedel av en enhet vid avdelningen för klinisk farmakologi vid Huddinge sjukhus. Enheten bemannas av kliniska farmakologer, farmaceuter och sekreterare. Databasen Drugline har byggts upp av de frågor och svar som behandlats sedan 1982. Drugline är tillgänglig via dataterminal sedan 1984 med samma sökmöjligheter som Medline. Inom LIC utreder vi i första hand olika kliniska läkemedelsproblem, som berör enskilda patienter. Mer allmänna frågor kan också besvaras. Med hjälp av svensk och internationell dokumentation besvaras frågorna så snabbt som möjligt. Dels lämnar vi ett snabbt muntligt svar, dels ett skriftligt, som kan dröja några veckor. Frågorna fördelar sig på ämnesområden enligt nedanstående figur.:



Läkemedelsinformationscentraler finns för närvarande i Lund och Huddinge. Det kommer successivt att byggas upp liknande LIC-enheter vid landets universitetssjukhus och vid regionssjukhuset i Örebro. Frågorna kommer att handläggas lokalt vid de olika enheterna och sedan kommer informationen att lagras i Drugline och vara tillgänglig för sökning via dataterminal.

Under hösten 1987 tjänstgjorde jag vid avdelningen för klinisk farmakologi vid Huddinge sjukhus och hade förmånen att få arbeta med bl.a. LIC-frågor. Det var intressant och mycket lärorikt att ta del av frågorna, som ställdes till LIC. Många frågor var högst speciella och av föga allmänt intresse medan ett stort antal frågor var intressanta i synnerhet för allmänläkare. Frågorna behandlades på LIC på ett sätt som jag aldrig tidigare mött. Varje fråga föredrogs på sitttrond och man strävade efter hög vetenskaplig stringens och exakthet i svaret man gav till frågeställaren. Svaren finns lagrade i Drugline, men tyvärr har ju endast ett fåtal av oss allmänläkare tillgång till dator. Det är olyckligt att dessa frågor-svar i hög grad blir en information mellan frågeställare och LIC. I de kommande numren ALLMÄNMEICIN kommer vi att publicera några av de frågor-svar som finns för att sprida den värdefulla kunskap som finns samlad här. Av hänsyn till både patient och frågeställare har i vissa fall en del uppgifter i frågorna redigerats om något.

Om Du själv har någon fråga om läkemedel kan Du i första hand vända Dig till Ditt lokala apotek eller till närmaste klinisk farmakolog (sällsynta fåglar). Du kan också själv ringa upp LIC.

Har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp i denna ruta skriv till DL Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 13400 Gustavsberg.

Fråga:

Det gäller ett nyfött barn vars mor tagit höga doser av Sobril – cirka 60 mg/dag- under hela graviditeten. Den senaste månaden har dosen trappats ner till 20 mg/dag. Hur lång tid efter förlossningen kan man förvänta eventuella abstinenssymtom hos barnet?

Svar:

Oxazepam elimineras genom konjugering i levern till en inaktiv metabolit. Oxazepam passerar placenta och halveringstiden i plasma hos nyfödda är längre än hos vuxna. En fallbeskrivning anger symptom som sprittighet, irritabilitet och perifera muskelryckningar under en dryg vecka efter förlossningen hos ett barn vars mor under den sista trimestern dagligen ätit 15–30 mg oxazepam. Barnet vårdades på neonatalavdelning i 12 dagar och var därefter utan symptom. Symptom på abstinens av detta slag kan förekomma redan efter någon dag, tilltaga under en knapp veckas tid och därefter avklinga.

Fråga:

Det gäller en 2 veckor gammal flicka vars mor ordinerats tabl Sobril 15 mg dagligen samt tabl Mogadon 1 till natten. Kan hon amma barnet?

Svar:

Både nitrazepam (Mogadon) och oxazepam (Sobril) passerar över i bröstmjolk. Oxazepamhalten i bröstmjolk har uppmätts till ca 10% av moderns plasmakoncentration. För nitrazepam är det väsentligt mindre skillnad mellan halten i moderns plasma och i bröstmjölken. Detta innebär att den dos nitrazepam/kg kroppsvikt som barnet får i sig är helt jämförbar med moderns dos. För oxazepam är barnets dos låg.

Man bör därför avråda från användning av nitrazepam under amning. I första hand bör indikationen för medicinering med bensodiazepiner hos modern omprövas.

Fråga:

Sköterskor på en barnmedicinsk akutavdelning har uppgivit att vid rektiotillförsel av diazepam vid feberkramp är effekten av sämre jämfört med den tidigare behandlingen med intravenöst tillfört diazepam. Framför allt upplever man att kramperna numera återkommer tidigare än vad de gjorde med den intravenösa behandlingen. Ger rektiole lägre plasmakoncentrationer än intravenöst tillfört diazepam hos små barn?

Svar:

Undersökningar visar att tillförsel av diazepam via rektiol ger en antikonvulsiv plasmakoncentration inom 3–10 minuter. Koncentrationstoppen nås inom 10–20 minuter jämfört med 10 minuter efter intravenös tillförsel. Däremot ger diazepam tillfört som suppositorier låga plasmakoncentrationer och koncentrationstoppen i plasma kommer först efter 60 minuter. Både när diazepam tillförts rektalt och intravenöst kan patienten inte sällan återfå kramperna efter 30–60 minuter. Detta beror på sk redistribution av läkemedlet*. För att den kramplösande effekten ska sitta i lika länge vid rektal som vid intravenös tillförsel krävs att man ger lika stora doser.

*Redistribution: Läkemedel med hög fettlöslighet når vid rektal eller intravenös tillförsel snabbt organ som hjärnan och andra organ med hög genomblödning medan distributionen till muskulatur och fettväv går långsammare. När den så småningom kommer igång sker det en omfördelning från hjärnan till vävnader som fett och muskler och därigenom sjunker koncentrationen av läkemedlet i hjärnan. I fallet med diazepam får detta till följd att den kramplösande effekten minskar.

Fråga:

Vid vår jourmottagning har vi sedan länge brukat ge diazepam som intramuskulär injektion till patienter med krampfall. Vi har nu hört att rektioler skulle kunna fungera lika bra eller bättre – Stämmer det? Skulle rektioler kunna vara bra också i vår jourväska?

Svar:

Vid en jämförelse där man givit 20 mg diazepam iv, im och po fann man att den maximala plasmakoncentrationen var 1 600 ng/ml efter iv; 290 ng/ml efter im; 490 ng/ml efter po tillförsel. En annan undersökning har visat att injektionssättet har stor betydelse. Läkare som gav 10 mg diazepam im uppnådde maximal plasmakoncentration på 124 ng/ml medan sjuksköterskor som gav samma dos uppnådde 47 ng/ml. Läkarna gav injektionerna med grövre nål och mer lateralt i glutealregionen är sjuksköterskorna. Rektal tillförsel är det säkra alternativet till intravenös tillförsel av diazepam.

Apoteken informerar: Hur man lever med sin sjukdom

I mitten av mars börjar apoteken sälja broschyrer om olika sjukdomar och deras behandling (till ett självkostnadspris av 5 kr). De tre första handlar om Depression, Hjärtinfarkt samt Parkinsons sjukdom. Med hjälp av broschyrerna kan patienter och deras anhöriga bli lättare förstå läkemedlens roll i behandlingen av olika sjukdomar.

Varje broschyr omfattar sjukdomsbeskrivning och behandling samt intervju med en patient som har sjukdomen. Broschyren om hjärtinfarkt innehåller även ett kapitel som beskriver förebyggande åtgärder.

Broschyerna är skrivna av Anders Nystrand, läkare och medicinsk journalist. De har faktagranskats av medicinsk expertis inom respektive område.

Broschyerna bygger delvis på artiklar som Anders Nystrand tidigare skrivit i tidningen Apoteket. Efterfrågan på artiklarna har varit mycket stor och därför har de aktualiserats, omarbetats och tryckts som broschyrer.

Varje år skall serien kompletteras med ytterligare ett par broschyrer. Under 1989 kommer Högt blodtryck och Allergi.



Attityder till primärvård i Falun – förändringar under ett utvecklingsskede 1984–86.

BERNHARD VON BELOW

Primärvården i Falun genomgår en utbyggnadsfas. För att dokumentera befolkningens attityder till primärvård i detta skede har en enkätstudie genomförts i den nystartade vårdcentralen Tiskens upptagningsområde 1984–86. Resultatet visar att en god utbyggnad av primärvården med en väl fungerande vårdcentral och god bemanning leder till ett ökat förtroende för primärvården bland befolkningen. Modellen med områdesbaserade vårdlag uppskattas.

Nyckelord: Primärvård, intervju/enkätundersökningar, attityder, forskning, Falun

Bakgrund

Falu kommun med sina drygt 51 000 invånare kännetecknades länge av en dåligt utbyggd primärvård. Sjukvården dominerades av det stora centrallasarettet. Fram till 1984 var distriktsläkarmottagningen (DLM) vid Falu lasarett den enda mottagningen för distriktsläkarvård i kommunen bortsett från DLM Svärdsjö beläget i utkanten av kommunen och hade att betjäna ca 45 000 invånare med 3–4 distriktsläkare. September 1984 öppnades de två nya vårdcentralerna Tisken och Högbo och därmed inleddes en utbyggnad av primärvården som ännu pågår. Ett allmänt intryck är att denna utbyggnad av primärvården, liksom i landet i övrigt, står i samklang med befolkningens krav och önskemål men det är viktigt att studera detta närmare. Denna undersökning har studerat attityderna till primärvård i den 1984 startade vårdcentralen Tiskens upptagningsområde och förändringarna i befolkningens attityder under utbyggnadsfasen 1984–86. Vid studiens uppläggning 1984 noterades att enstaka undersökningar tidigare utförts med denna inriktning, exempelvis vid utbyggnaden av Matteus vårdcentral i Stockholm (1) och Skebäcks vårdcentral i Örebro (2).

Tisken

Vårdcentralen Tiskens upptagningsområde omfattar ca 12 500 invånare, till största delen stadsbefolkning i centrala och sydvästra Falun men även landsbygd. Vårdcentralen har 5 distriktsläkare samt 1 FV-läkare, distriktssjukgymnast, distriktsarbetste-

rapeut, barnavårdscentral och mödravårdscentral. Man arbetar i fem områdesbaserade vårdlag med en distriktsläkare och i princip en distriktsköterska och en mottagningssköterska per vårdlag.

Hypotes och målsättning

Målsättningen har varit att studera eventuella förändringar i attityden till primärvård i befolkningen under ett utbyggnadsskede av primärvården samt att studera patienters åsikt om vårdcentralen. Undersökningen speglar attityderna vid två tillfällen: dels 1984, före vårdcentralen (VC) Tiskens öppnande, dels 1986 efter två års verksamhet. Genom att studera ett urval ur befolkningen i stället för enbart patienter vid vårdcentralen undviker man den risk för selektion som ligger i att patienterna ju valt att söka vårdcentralen. (3).

Följande hypoteser uppställdes.

1. Befolkningens förtroende för primärvård ökar – fler är benägna välja vårdcentralen vid behov av konsultation.
2. Egenvården av banalare åkommor minskar ej.
3. Det ökade förtroendet för primärvården medför ej att adekvat behandling av akuta tillstånd fördröjs vid en tidpunkt då vårdcentralen är stängd.
4. Patienternas omdöme om vårdcentralen blir mer positivt.
5. Telefontillgängligheten till vårdcentralen förbättras.

Material och metoder

Via länsstyrelsen erhöles 1984 520 och 1986 511 namn motsvarande 5 procent av den vuxna befolkningen (18 år och uppåt, ingen övre gräns, vart tjugonde namn ur registret). Urvalet är olika 1984 och 1986 beroende på att vi velat garantera anonymitet. Deltagarna till-sändes ett enkätformulär med frågor dels om hur besök eller kontakt med distriktsläkarmottagning respektive vårdcentral uppfattats, dels frågor om hur man skulle handlat vid ett antal hypotetiska sjukdomsfall. Denna modell har bland annat Sjönell använt vid studien av Matteus vårdcentral.

Ett antal frågor om sociologisk natur ställdes även, i första hand för att kunna studera skillnader i attityder mellan olika befolkningskategorier.

Någon kontrollgrupp, ett kontrollområde, har ej kunnat studeras. Materialet har databehandlats hos Daltek, Borlänge.

Representativitet

Svarsfrekvensen var hög vid bägge enkättillfällen, 81 procent 1984 och 86 procent 1986. Bortfallet kunde analyseras 1984 men ej 1986 (på grund av helt anonyma svarskuvert, Metropolitdebatten i åtanke). Bortfallet var högre i yngre åldersgrupper och lägre i äldre men könsmässigt jämnt fördelat. Avvikelserna torde inte påverka resultatet i någon högre utsträckning.

Resultat

Vid enkäten 1986 hade VC Tisken således varit i drift 2 år. Under denna tid hade 54,5 procent någon gång besökt distriktsläkare vid vårdcentralen. Andelen var lika stor bland män som kvinnor, även åldersmässigt var fördelningen tämligen jämn fränsett gruppen 25–34 år där andelen var betydligt högre (70,8 procent) vilket kan bero på att man även medräknat besök med sina barn. Det var 50,0 procent som besökt någon annan funktion än läkare vid VC Tisken (distriktsköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, BVC, MVC) och 68,7 procent som besökt vårdcentralen i någon form. Andelen som försökt nå VC Tisken per telefon var 55,8 procent.

Omdömen efter kontakt

Omdömet om respektive vårdcentral bland dem som besökt distriktsläkare 1984 respektive 1986 framgår ur Tabell I. Avseende de nära 94 procent som anser VC Tisken fungera ganska eller mycket bra föreligger ingen större skillnad i olika åldersgrupper och ingen nämnvärd könsskillnad. Uppfattningen om möjligheten till telefonkontakt med respektive vårdcentral framgår ur Tabell II.

Handlingsberedskap vid sjukdom

Tre frågor ställdes representerande tre olika hypotetiska sjukdomstillstånd där det inte torde råda någon tveksamhet om lämplig vårdnivå. Frågan rörande en månads knäsmärtor speglar ett tillstånd där vårdcentralen bedöms vara lämplig vårdnivå, en fråga om svåra nattliga ihållande bröstsmärtor belyser ett tillstånd där lasarettets akutmottagning är rätt instans (vårdcentralens jourmottagning är stängd nattetid) och vid frågan om ett dygns feber utan andra allvarliga symtom är egenvård mest adekvat, patienten skall i normala fall ej behöva kontakta sjukvården. Populationens handlingsberedskap vid dessa sjukdomstillstånd är ett mått på befolkningens attityder

Tabell I
Svar på frågan "Tycker Du mottagningen fungerar bra?" hos dem som besökt läkare på DLM Falu las (1984) resp VC Tisken (1986). Procent

	1984		1986		förändring
Ja, mycket bra	29,4	} 76,7	65,7	} 93,7	p<0,001
Ja, ganska bra	47,3		28,0		
Nej, kunde vara bättre	20,4	} 23,3	3,8	} 6,3	
Nej, mycket dåligt	2,9		2,5		

Tabell II
Svar på frågan "Har det varit lätt att komma fram?" hos dem som per telefon försökt nå vårdcentralen 1984 (DLM Falu las) resp 1986 (VC Tisken). Procent.

	1984		1986		förändring
Ja, mycket lätt	8,9	} 33,2	50,2	} 91,5	p<0,001
Ja, ganska lätt	24,3		41,3		
Nej, ganska svårt	37,6	} 66,8	6,1	} 8,5	
Nej, mycket svårt	29,2		2,4		

Tabell III
Svar på frågan "Du har haft ont i knät senaste månaden. Vad gör Du?" Andel i procent.

	1984	1986	förändring
Kontaktar vårdcentralen	43,2	55,9	p<0,001
Söker lasarettets akutmott	8,8	3,9	p<0,01
Försöker klara det själv med värktabletter och vila så mycket som möjligt	22,2	24,0	
Annat	25,8	16,2	

Tabell IV
Svar på frågan "Du får plötsligt svåra bröstsmärtor på natten och dessa sitter fortfarande i efter en halvtimme. Vad gör Du?" Procent.

	1984	1986	förändring
Kontaktar vårdcentralen på morgonen	11,2	20,2	p<0,001
Söker lasarettets akutmottagning	67,8	66,2	NS
Försöker klara det själv med värktabletter	8,1	4,2	
Annat	12,9	9,4	

Tabell V
Svar på frågan "Du har haft feber en dag kring 39 grader. Vad gör Du på morgonen andra dagen om febern kvarstår men Du i övrigt mår ganska väl?" Procent.

	1984	1986	förändring
Kontaktar vårdcentralen	8,3	14,9	p<0,01
Söker lasarettets akutmottagning	2,0	0,7	
Ligger till sängs och tar eventuellt febernedsättande medicin	75,1	71,5	NS
Annat	14,6	12,9	

till primärvård och ett mått på dess sjukdomskunskap. Resultatet framgår ur Tabell III–V.

Vårdlag

I enkäten 1986 ställdes en fråga där målsättningen med områdesbaserat vårdlag beskrevs med betoning på kontinuiteten och vad individerna ansåg om detta. Hela 95 procent ansåg vårdlagsmodellen "bra", 0,7 procent bedömde den "dålig" och 4,3 procent svarade "spelar ingen roll".

Befolkningens struktur

De frågor av sociologisk natur som ställdes i enkäten syftade främst till att kunna bearbeta resultatet av attityd-

frågorna på olika befolkningskategorier (vilket dock av utrymmesskäl ej närmare redovisas här). Dock får man ur svaren också en bild av upptagningsområdets vuxna befolknings sammansättning vad gäller exempelvis civilstånd, förvärvssituation och utbildning. Dessa siffror har dock mest lokalt intresse och skall ej redovisas här. Allmänt kännetecknas området av blandad befolkning, tämligen hög andel barnfamiljer, tämligen låg arbetslöshet och förhållandevis låg andel industriarbetare.

Diskussion

Undersökningens huvudsyfte har varit att studera attityderna till primärvård i

vårdcentralen Tiskens upptagningsområde i Falun 1984–86 och de förändringar i attityderna som uppstått vid primärvårdens utbyggnad i området. Vid första enkätstillfället 1984 speglades en situation då befolkningen hade att vända sig till en överbelastad distriktsläkarmottagning på Falu lasarett, vid uppföljningen 1986 hade man sedan två år en välbemannad vårdcentral i området.

Förtroendet ökar

Undersökningen visar klart att förtroendet för primärvården ökat 1984–86. Man ser en signifikant ökning av den andel som är benägen att vända sig till vårdcentralen vid ett tillstånd där vårdcentralen är adekvat vårdnivå och vid samma tillstånd ser man en minskning av dem som tänker vända sig till lasarettets akutmottagning. Likaså har omdömet om vårdcentralen efter besök förbättrats signifikant liksom möjligheten att komma i kontakt med vårdcentralen per telefon. Detta är ett tecken på att befolkningen uppskattar vårdcentralens verksamhet och ett gott betyg åt primärvården i området.

Oförändrad egenvård

Det finns inga belägg för att benägenheten till egenvård minskat i området under utbyggnadsfasen. En viss ökning av den andel som kontaktar vårdcentralen vid kortvarig feber ses visserligen men det föreligger ingen signifikant minskning av den andel som klarar sig med egenvård. Studien ger inte heller belägg för att behandlingen vid svåra akuta sjukdomstillstånd vid en tidpunkt då vårdcentralen är stängd fördröjs, någon omotiverad övertro på vårdcentralens möjligheter tycks således ej ha uppstått.

Andelen patienter

Att 55 procent av befolkningen under VC Tiskens två första verksamhetsår besökt distriktsläkare där och totalt 69 procent besökt någon verksamhet vid Tisken under perioden är sannolikt tämligen ordinära siffror. Exakta jämförelsesiffror är svåra att finna. Viss avtappning av patienter sker säkert till det närbelägna lasarettet (600 meter) och enstaka privatläkare. Under en 18-månadersperiod efter öppnandet av Matteus vårdcentral i Stockholm besökte 35 procent av befolkningen vårdcentralen (4). Vid öppnandet av VC Jakobsgårdarna i Borlänge 1980 hade 59 procent varit i kontakt med vårdcentralen efter 1 år och 83 procent efter 3 år (pers medd).

Vårdlag populärt

Modellen med områdesbaserade vårdlag tycks ha en bred förankring i befolkningen vilket visar att satsningen på vårdlag vid upprättandet av nya vårdcentraler är riktig. Av de spontana kommentarer som avgivits i enkäten att döma, tycks närhet, lättillgänglighet och kontinuitet i vården, allt



Tenormin^(atenolol) är enkelt att använda.

För det första bidrar den enkla doseringen med en tablett om dagen till god "patient compliance".

Dessutom underlättas din situation som läkare

eftersom Tenormin kan användas till de allra flesta hypertoniker, även äldre patienter, de som är diabetiker, gravida eller fysiskt aktiva.

Samtidigt vet vi av erfarenhet att interaktionsrisken mellan Tenormin och andra preparat är relativt liten.

Du kan läsa mer om detta och mycket mer av 10 års erfarenheter med Tenormin i den lilla skriften "Tenormin i din vardag".

Ta kontakt med vår produktspecialist och försäkra dig om ett exemplar.

Det underlättar.



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

Frågeställningar och metoder i allmänmedicinsk forskning

STEFAN HENNINGSSON

En allt mer livaktig allmänmedicinsk forskning söker sig nu nya vägar. Detta blev temat för en samnordisk kurs, anordnad våren 1987 av Institutionen för allmänmedicin vid Umeå universitet. Epidemiologiska, experimentella och kvalitativa metoder för bearbetning av skilda frågeställningar belystes och förutsättningarna för allmänmedicinsk forskning i de olika nordiska länderna skärskådades.

Nyckelord: Allmänmedicin, epidemiologi, forskarcirkel, forskning, kliniska experiment, kvalitativa metoder, nordisk, tvärvetenskaplig.

honnörsord för primärvården under 1980-talet, tillsammans med kort väntetid på mottagningen vara viktiga begrepp för våra patienter.

Konklusion

En god utbyggnad av primärvården med väl fungerande vårdcentraler och bra bemanning leder till ett ökat förtroende för primärvården i befolkningen. Invånarna vänder sig i större utsträckning till sin vårdcentral och patienterna blir mer nöjda med det sätt på vilket den fungerar.

Referenser

1. Sjönell G. Väl utbyggd primärvård vid Matteus vårdcentral. *AllmänMedicin* 1984;5:47ff (suppl 1-5)
2. Pihl A. Effekter av den nya vårdcentralen. *AllmänMedicin* 1983;4:254-8.
3. Hultberg B, Lithman T, Åhgren B. Patient- och befolkningsenkäter - erfarenheter från Sjöbo. *AllmänMedicin* 1985;6:118-9.
4. Sjönell G. Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area, I. Utilization of public primary health care. *Scand J Primary Health care* 1984;2:33-9.

Författarpresentation:

Bernhard von Below, distriktsläkare vid Svärdsjö vårdcentral, tidigare FV-allmänläkare vid Tiskens vårdcentral, Falun.

Postadress: Vårdcentralen, 790 23 Svärdsjö.

Kursgivare

I syfte att främja det vetenskapliga utbytet inom Norden anordnade Nordiska rådet under föregående år 24 forskarkurser inom skilda ämnesområden. Tillika delade Nordiska ministerrådet ut forskarstipendier och bidrog med medel till forskarsymposier. Budgeten för denna verksamhet uppgick år 1987 till närmare tiotalet miljoner kronor.

Enligt den officiella målsättningen skall dessa kurser i första hand gälla nya forskningsområden, områden som ligger på gränsen mellan redan etablerade vetenskaper eller tvärvetenskapliga områden.

Institutionen för allmänmedicin vid Umeå universitet anordnade den 14-22 mars 1987 en nordisk forskarkurs på temat *Frågeställningar och metoder i allmänmedicinsk forskning*. Arrangemanget var förlagt till kursgården Väterbacken i den lilla bruksorten Holmsund några mil utanför Umeå.

Kursen leddes av Bengt Mattsson och Carl Edvard Rudebeck, båda verksamma vid institutionen i Umeå. Huvudlärare var Bengt Scherstén, professor i allmänmedicin, Dalby, Sverige, Pertti Kekki, professor i allmänmedicin, Helsingfors, Finland, och Andur Pedersen, professor i vetenskapsteori, Roskilde, Danmark. Som resurslärare medverkade Niels Bentzen, lektor vid Odense universitet, Danmark.

Deltagare

Urvalet till kursen hade gjorts med strävan att få jämn fördelning av de 24 deltagarna på de olika nordiska länderna samt att kunna belysa skilda forskningsmetoder och olika stadier i forskningsprocessen med utgångspunkt från deltagarnas egna arbeten.

Svenska kursdeltagare var Sven-Olof Andersson, Bo Bjerre, Olle Hellström, Stefan Henningsson, Anders Håkansson, Sirkka von Kræmer, Niels Lynøe och Sören Quist.

Projektet speglade ett brett spektrum: studier av hälsotillståndet i en äldre "icke-kontaktbefolkning"; psykiatriska och psykosomatiska patienter hos olika vårdinstanser; allmänläkarens verksamhet vid mödravårdscentral; blodfetter och makroangiopati vid diabetes; medicinförbrukning hos barn; behandling av tennisarmbåge med nitroglycerinplåster; antibiotikaprofylax av mediaotit hos små barn; datorstödd primärvårdsdokumenta-

tion; alkoholism i en avgränsad stadspopulation; demensproblemet inom geriatriken; ultraljud för sinuitdiagnostik; hälsotillstånd hos personer äldre än 80 år; hypertension hos skolbarn; olika smaker på antibiotikamixturer och compliance vid medicinering hos barn; jourorganisationens konsekvenser; dagboksstudier av hälsoproblem.

Kursuppläggning

Kursen var upplagd enligt den illustrativa principen - lära av exempel. Arbet materialet var ett urval av deltagarnas egna forskningsprojekt varvade med teoretiska genomgångar, presentation i storforum omväxlande med arbete i smågrupper.

Kursens mål var att belysa olika forskningsmetoders möjligheter och begränsningar inom allmänmedicinen, men också hur gränser kan överskridas och metoder kombineras. Varje huvudavsnitt, *epidemiologiska, experimentella* respektive "*kvalitativa*" metoder, ägnades två dagar.

Under sex av de åtta kursdagarna kretsade arbetet kring "dagens projekt". Sex av kursdeltagarnas projekt blev på detta sätt föremål för genomgång i plenum. Respektive huvudlärare kommenterade, gav teoretisk bakgrund och utgångspunkter för kritisk granskning. Sedan vidtog grupparbetet kring det inledande projektet och med detta förbundna metodfrågor, därefter redovisning i plenum med nya synpunkter från alla parter, återigen grupparbetet och så vidare.

Parallellt med ovanstående avhölls dessutom så kallade *ämnesgrupper*, med deltagande allt efter huvudsaklig intresseinriktning (epidemiologiska, experimentella, kliniska eller kvalitativa studier). Genom dessa ämnesgrupper gavs alla möjlighet att lägga fram sitt eget projekt för kritik och synpunkter från lärare och andra deltagare.

Epidemiologi I

Thordur Olafsson, distriktsläkare från Island, redovisade en kartläggning av samtliga olycksfall under 1985 i den lilla staden Egilstadur (3 000 invånare). En jämförelse med skadepanoramata i Reykjavik planerades.

Huvudläraren för epidemiologiavsnittet, Bengt Scherstén, poängterade betydelsen av att bli klar över "de outtalade men ändå existerande frågeställningar som är drivkrafterna till vetenskapligt arbete".

Varför vill man göra en viss undersökning? Vad är det egentliga problemet? Är det mycket olyckor i området? Är det alltid själva skadan som är den egentliga besöksanledningen, eller är det något annat (exempelvis oro eller psykosociala problem) som gör att man söker läkare för en skada som egentligen borde klaras med "egenvård"? Kan det bli aktuellt med primärpreventiva åtgärder? Vem har intresse av undersökningens resultat?

Först när dessa frågor är besvarade, bör angreppssätt och metodval övervägas. En *noga preciserad målformulering* är ett av de väsentligaste leden i ett forskningsprojekts initiala fas.

Epidemiologi II

Haldor Tjårnes, distriktsläkare från Norge, planerade en epidemiologisk studie av hälsotillståndet i en geografiskt isolerad samebefolkning i Tysfjord. Under 1960-talet hade myndigheterna haft målsättningen att utlokalisera hela denna befolkning till ett mer centralt beläget område. Hälften av ursprungsbefolkningen hade flyttat, omkring 120 personer bodde kvar.

Intrycket var att de kvarboende i långt mindre grad sökte sjukvård, ibland först i avancerat stadium av obotlig sjukdom. Avståndet till läkare kunde spela roll, ett läkarbesök för dessa samer tog en hel dag i anspråk med närmaste läkarmottagning belägen en tre mil lång båtresa bort. Men var detta hela förklaringen?

Planen som redovisades gick ut på att erbjuda alla i befolkningen en traditionell läkarundersökning med anamnes och statusgenomgång, för att på detta sätt kartlägga hälsotillståndet och registrera vissa sociala variabler som bostads- och familjeförhållanden.

Bengt Scherstén gav en översikt över de epidemiologiska metoderna. Han berörde även rådande principer för värdering av ansökningar om forskningsanslag. Bedömningen göres med avseende på originalitet, metodik, kompetens hos forskaren, "extern prioritet" samt rapportens postulerade värde.

Diskussionen som följde rörde metodval, betydelsen av kulturkompetens, sambanden mellan förändringar i levnadssätt och miljö och sjukdomsmönstret.

Vad kan komma att ske i befolkningen som följd av denna studie? Behövs det en riskkalkyl? Är det forskaren själv, eller samebefolkningen, eller båda dessa parter gemensamt som har att ta ställning till de etiska konsekvenserna av undersökningen?

Experimentella studier I

Erik Hagman, distriktsläkare från Finland, redogjorde för sin studie angående betydelsen av vårdgivarkontinuitet.

Ger förbättrad kontinuitet även bättre vårdresultat? Det diastoliska blodtrycket valdes som parameter då

det är lätt mätbart. Undersökningen gjordes retrospektivt på slumpmässigt valda blodtryckspatienter vid Ekenäs hälsovårdscentral. – Något samband mellan god kontinuitet och god diastolisk blodtryckskontroll kunde ej påvisas.

Har då kontinuiteten ingen betydelse, eller är det metodiken som leder till felslut? Kan det vara så att patienterna med högst blodtrycksvärden just på grund av behandlingssvårigheterna får bättre kontinuitet och därvid påverkar totalresultatet? Vad mäter olika kontinuitetsindex? Skulle en annan parameter än det diastoliska blodtrycket väljas, om man önskar studera kontinuitetens betydelse?

Måste en *prospektiv* studie göras? Hur planerar man en prospektiv kontinuitetsstudie? Hur väljer man studiepopulation och hur stor skall den vara? Hur lång tid skall studieperioden vara, och hur manipulerar man "kontinuitet"? Är en prospektiv studie möjlig med till buds stående resurser?

Experimentella studier II

Hasse Melbye, Tromsø, Norge, tog som utgångspunkt svårigheterna att definiera även vanliga tillstånd som "bronkit" och "pneumoni", och hur sparsamt dokumenterade de etablerade behandlingsprinciperna är. I en studie han gjort hade endast 15 av 71 patienter med klinisk diagnos "pneumoni" parenchymförändringar vid lungröntgen. Med röntgenfynd som norm sker sålunda här en betydande överbehandling.

Gäller detta även behandling av akut bronkit? – Två hypoteser uppställdes: a) antibiotika har föga påverkan på sjukdomsförloppet vid akut bronkit, och b) det långvariga spontanförloppet (5–6 veckor) vid akut bronkit beror i regel på bronkiell hyperreaktivitet, varför en del patienter bör ha nytta av β -stimulatorbehandling. Design av en multicenterstudie för att ge svar på dessa frågor redovisades.

Pertti Kekki gav en klagörande översikt över olika typer av försöksuppläggning vid *kliniska experiment*.

Vetenskapsteoretiska kommentarer till definitionsfrågorna lämnades av Andur Pedersen. – "Alla vet vad en *stol* är." – Men hur definieras en stol så väl, att definitionen kan användas i ett databaserat expertsystem för att detta med samma kompetens som ett sjuårigt barn skall kunna avgöra vad som är en *stol*?

"Expert panel of doctors" för att skaffa sig gemensamma kriterier för definition av bronkit? Vem skall ingå i studien? Vem skall utgå? Hur skall randomiseringen ske? Hur skall sjukdomsförloppet följas? Patientdagbok i formulärform? Vilken skillnad i utfall är kliniskt signifikant? Vilken compliance från patienter och läkare är att förvänta?

Spontan anmärkning från en kursdeltagare: "Den här kursen är rena projektdödaren!"

Kvalitativa metoder I

Olle Hellström, distriktsläkare i Gagnef, diskuterade med utgångspunkt från fallbeskrivningar olika konsultationstekniker och former för kommunikation mellan läkare och patient. Det finns många andra problem, som patienter söker läkare för, än sjukdomar. Ofta är det existentiella problem. Ibland är sjukdomarna "besöksanledning". Om man tar fasta på detta och möter patienten som medmänniska, har man större chans att lyckas med sin terapi.

Kan dessa olika förhållningssätt bli föremål för forskning?

Kvalitativa metoder II

Peter Rossel, idéhistoriker vid Aarhus universitet, Danmark, redovisade en genomförd studie av vissa etiska aspekter på patient – läkarförhållandet, en empirisk studie av "informerat samtycke".

Arbetet ville belysa vilka etiska principer som kom till konkret uttryck i föredragna handlingsmönster. Vilket är viktigast? Den absoluta respekten för individens autonomi? Den hippokratiska, paternalistiskt präglade, omsorgen om patienten?

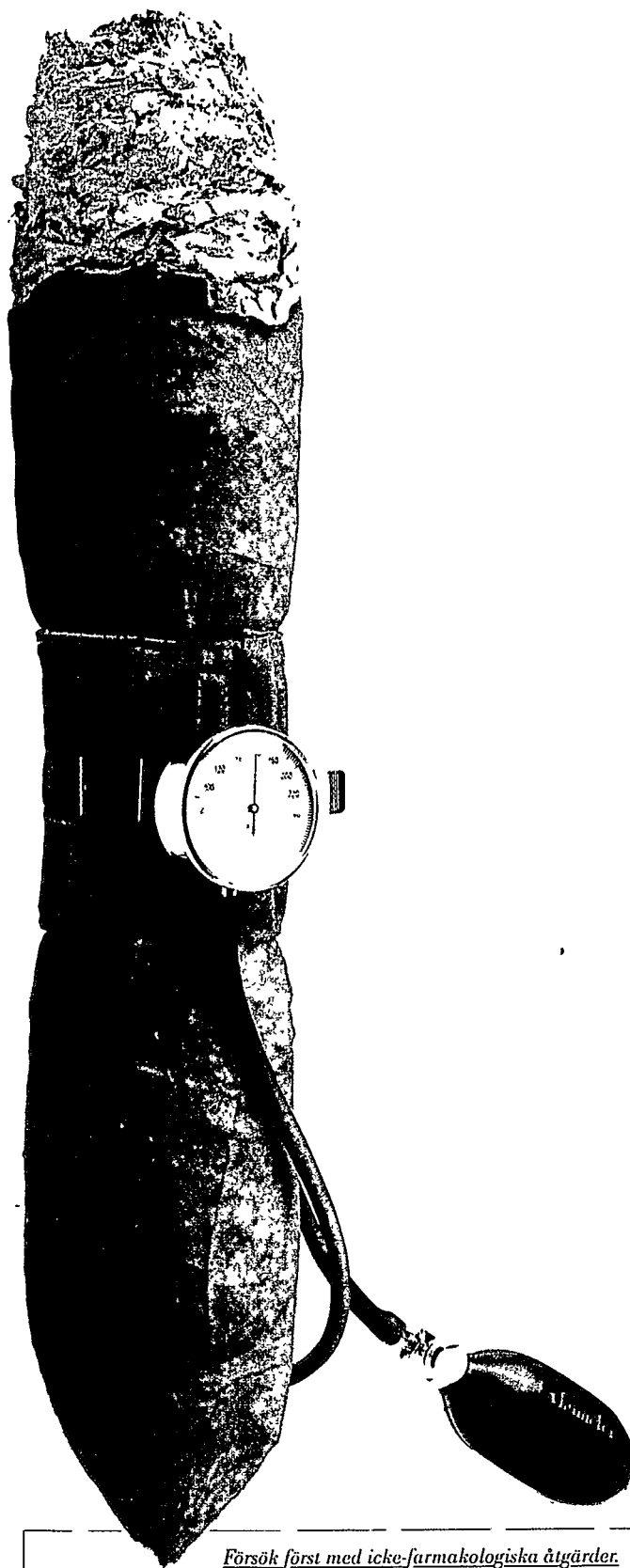
En enkät hade riktats till ett urval allmänläkare respektive lekmän och kompletterats med djupintervjuer, varvid ett antal fiktiva sjukhistorier presenterats. Historierna beskrev situationer, där sjuka människor antingen nekar att ta emot eller inte är i stånd att förstå betydelsen av rekommenderad medicinsk behandling. Skall läkaren låta patienten avgöra, eller skall läkaren följa *sin* övertygelse om vad som är "patientens bästa"? – Allmänläkarna visade sig vara betydligt mer avvaktande inför att behandla en patient mot dennes vilja, än vad allmänheten fann lämpligt.

Andur Pedersen pekade på förutsättningarna för att uppnå vetenskaplighet, *generaliserbarhet*, vad gäller kvalitativa data. (Kvalitativa metoder används även inom naturvetenskaperna, ett exempel är "kvalitativ geologi".) Epidemiologins generaliserbarhet vilar på det faktum att sjukdomsmönstret i befolkningen uppvisar vissa statistiskt definierade regelmässigheter.

Kvalitativa data, vilka beskriver mänskliga upplevelser som känslor, förståelse, betydelse, mening, hållningar och moraliska värden, kan vid analys åsättas regulariteter av språklig/kommunikativ karaktär. Dessa kan sedan bestämmas med utgångspunkt från språk- och kommunikationsteoretiska ansatser. Här finns från samhällsvetenskaperna utarbetade metoder för att samla in, ordna, (semi)kvantifiera, bearbeta och redovisa data. I viss mån kan även icke-para-

Mot dumhet kämpar även gudarna förgäves. (Gammalt ordspråk)

Alla vet att rökning är skadlig.
Farlig vid högt blodtryck, bland annat.
Ändå fimpar inte alla.
Du kan uppmuntra, men inte tvinga.
Det kan bli nödvändigt med en blod-
tryckssänkande medicin också.
Salures-K är ett lika aktuellt första-
handsval idag som någonsin tidigare.
Somligt står sig länge!



Försök först med icke-farmakologiska åtgärder.

Dela ut Ferrosans nya trycksak med kostråd och recept på mat med mindre salt, socker och fett.

- ☐ Sänd mig gratis 25 ex. av patienttrycksaken "Högt blodtryck — en signal till bättre livsföring."

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

v. g. texta

Skicka kupongen till AB Ferrosan, Hjärta kärlgruppen, Box 839, 201 80 Malmö.

MARKET

metrisk statistiska metoder användas.

Ämnesgruppen "kvalitativa metoder"

I ämnesgruppen *kvalitativa metoder* redovisades flera intressanta studier.

Niels Lynøe, Umeå, skisserade sitt projekt för kartläggning av *anomalier*, det vill säga av olika specialiteter kända (sjukdoms)tillstånd där traditionella medicinska förklaringar på de fenomen som observeras helt saknas.

Flemming Bro, Aarhus, Danmark, redogjorde för sina planerade studier av kvinnor som söker allmänläkare för vaginal fluor, en patientgrupp där det i upp mot 30% av fallen föreligger bristande överensstämmelse mellan upplevda problem och undersökningfynd.

Sven-Olof Andersson, Umeå, redovisade en studie över tidsupplevelse hos läkare och patient i samband med ett konsultationstillfälle i relation till om besöket gällt problem som (av läkare respektive patient) upplevts som enbart fysiska, enbart psykologiska eller fysiska och psykologiska.

Kirsti Malterud, Bergen, Norge, beskrev sitt arbete med utveckling av intervjutekniker för bättre förståelse av odifferentierade symptom hos i första hand medelålders kvinnor.

Olav Thorsen, Stavanger, Norge, planerade en uppföljande undersökning av "patient satisfaction" i sitt upptagningsområde. Hur får man trovärdiga svar från en befolkning som är beroende av frågeställaren för sin medicinska service?

Metoder för allmänmedicinsk forskning

Allmänmedicinen behöver för sin forskning ibland även kvalificerad assistans av "hjälpvetenskaper" som sociologi, antropologi, psykologi, vetenskapsteori, språkteori med mera. Det tvärvetenskapliga inslaget i allmänmedicinen är etablerat, men nya samarbetsformer krävs för "gränslandet" – ny metodik för vissa delar av den obrutna kunskapen.

Genom hela kursen gick som en röd tråd polariteten mellan det "kvantitativa" och det "kvalitativa". Vi vill beskriva och mäta verkligheten så noga som möjligt. Men de verktyg vi har är ofullständiga och kräver att vi gör våld på och offerar "kvalitet" för att över huvud taget kunna mäta. Detta är all vetenskaplig forsknings dilemma.

Bengt Scherstén lärde oss hur man skriver en vetenskaplig artikel: den skall vara "ett väldokumenterat svar på ett klart formulerat medicinskt problem med metoder som ej kan ifrågasättas!"

I vilka tidskrifter man publicerar, för att läsas av vem, och vilket språk man skriver på (engelska eller modersmålet) blev föremål för en livlig debatt.

Ett rikhaltigt bokbord underhölls flitigt av ett stort antal kursdeltagare.

Den huvudsakliga insikten blev ändå att man bör planera sin studie noga, ha en teoretiskt väl förankrad frågeställning och ha gått igenom den aktuella vetenskapliga litteraturen på området. Man bör ha sitt mätinstrument utarbetat och validerat redan före studiens påbörjande. Att ta del av andras erfarenheter redan vid försöksuppläggnings ger ofta nya och värdefulla synpunkter, även om det egna förarbetet har varit grundligt.

De olika nordiska länderna

"Konsultationssituationen är intressant i Umeå, men i Dorotea pågår processen även i ICA-butiken!"

Danmark och Norge har en gammal och etablerad praktikertradition och en allmänmedicin som växer sig allt starkare, även vetenskapligt. I den danska läkarutbildningen har nu allmänmedicin status av ett huvudämne. Detta kommer att kräva en utbyggnad av de tre allmänmedicinska institutionerna med förhoppningsvis ökad forskningsaktivitet som följd. Den ekonomiska organisationen med allmänläkarverksamhet driven i privat regi kan emellertid vara ett hinder för forskningen, då frånvaro från den egna mottagningen alltid är en klar konkurrenssnackdel.

I Norge finns ett ambitiöst program för handledning av alla som erhåller stipendier för allmänmedicinsk forskning via NAVF (Norges Alment Videnskabelige Forskningsfond). Stipendierna får formell institutionsanknytning och handledare utses. Genom detta skapas möjligheter till bredare kontakter mellan läkare på fältet och forskarna på universiteten.

På Island har allmänmedicinen formell status som specialitet sedan 1973, men man har ännu ingen egen professur i ämnet. Institutionen i Reykjavik har två lektorer, båda deltidanställda. Dock driver Islands 132 primärvårdsläkare en imponerande mängd forsknings- och utvecklingsprojekt. Handledningsfrågan löses informellt. Det fåtal personer som har tillräcklig vetenskaplig erfarenhet inom det allmänmedicinska området ger råd och handledning efter personlig kontakt.

Finland har en ny och konsekvent genomförd, centralstyrd primärvårdsutbyggnad, som har varit mycket framgångsrik. I den finländska lagstiftningen finns, som i den svenska, faktiska åligganden för primärvården att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete.

I Finland har man fem medicinska fakulteter, men endast en institution för allmänmedicin (Helsingfors). Det finns vidare fem institutioner för "folkhälsovetenskap", men endast en av dessa har en professur (Tammerfors). I framtiden kommer ansvaret för specialistutbildningen i allmänmedicin att överföras från specialistför- eningen till universiteten, vilket enligt

förmodan kommer att få positiva konsekvenser för forskningen.

Vad angår de svenska förhållandena noterade representanterna för våra broderländer, som så ofta, att "samtliga svenska professorer i allmänmedicin är 'invärtesmedicinare'".

Förutsättningar för allmänmedicinsk forskning

Vad är då allmänmedicinsk forskning?

Frågan, och honnörorden, återkom. – Kontinuitet, befolkningsansvar, unikt läkar-patientförhållande. – Allmänmedicinsk forskning omfattar analys av de hälsoproblem, som en allmänläkare möter i sin verksamhet.

Såväl de konkreta och materiella som de idé- och kunskapsmässiga förutsättningarna för allmänmedicinsk forskning skärskådades. Det perspektiv som dominerade var utgångspunkterna för den vanlige, utan särskild skolning eller med särskilda resurser försedde, forskningsintresserade allmänläkaren.

"Små problem, små idéer", var skall man börja sitt sökande – innan det är dags för att ta kontakt med en allmänmedicinsk institution?

Många börjar med "primärvårdsforskning" som registrering av basdata och upprättande av lokal utvecklingsenhet för förbättrad organisation. Men förr eller senare blir det som går att göra på egen hand otillräckligt och behov av handledning uppstår.

Det geografiska avståndet till universiteten utgör ett problem. Tiden för forskning är begränsad, ekonomin kan vara bekymmersam. Konkret hjälp behövs: kunskaper om metoder, hjälp med projektuppläggnings, tillgång till datorer, sekreterartjänster.

Det gäller att institutionerna har ett klimat och en atmosfär som utvecklar och berikar snarare än inskränker – institutionell öppenhet och "rötterna utåt" i den allmänmedicinska vardagen.

I gränslandet, där frågeställningen leder till nya oprövade metoder, har kanske ännu så länge institutionerna också mindre betydelse. De är själva tämligen nyetablerade och försöker finna *sina* former. En möjlig väg att bana väg för det nya har etablerats i Umeå i form en "forskningscirkel" i allmänmedicin. I denna träffas forskningsintresserade kollegor regelbundet i studiecirkeln form, "spånar" kring sin verksamhet och sina forskningsidéer, försöker "organisera sin nyfikenhet".

Kanske skulle en "forskningscirkel" finnas i varje sjukvårdsområde, som "idégård" eller idétank – en plats för "idépromotion"?

Slutord

Vi fick alla många och stimulerande diskussioner med våra nordiska kollegor. Vi fann att vi har mycket gemensamt, trots att de förhållanden vi verkar under kan vara vitt skilda.

Uppsökande verksamhet för chlamydia-infektion i åldern 16–23 år

Studie från vårdcentralen i Skurup

PER RYMARK · LEOPOLD RECHT

I Skurups primärvårdsdistrikt har man under perioden februari till november 1985 tagit chlamydiaodling på alla patienter i åldersgruppen 16–23 år, som antingen sökt för urogynekologiska besvär eller vid preventivmedelsrådgivningen. Undersökningen omfattade 128 kvinnor, av vilka 77 var helt symtomfria och 51 uppgav symtom. 17 av 128 kvinnor, 13%, var odlingspositiva. 14 av dessa 17 fanns i gruppen symtomfria. Då chlamydiainfektion kan ge upphov till sjukdom och sterilitet och effektiv behandling finns, bör primärvården screena för chlamydia bland unga kvinnor som är sexuellt aktiva, tex patienter från preventivmedelsmottagning, mödrahälsovård och gynekologisk hälsokontroll.

Nyckelord: Infektioner, gynekologi, epidemiologi, chlamydia, Skurup.

Inledning

Chlamydia trachomatis är idag den vanligaste orsaken till sexuellt över-

förbar sjukdom. Man har vidare visat att symtomfria personer kan vara smittobärare (1, 2, 3). Av dessa insjuknar drygt 17% i genital infektion senare.

Då chlamydiabärare kan behandlas effektivt är det befogat för primärvården att bedriva uppsökande verksamhet för chlamydia trachomatis.

Bakgrund

Skurup är en lantbrukskommun med en befolkning på ca 12 500 invånare. De senaste 10–15 åren har en inflyttning av yngre familjer från Malmöregionen ägt rum och det finns således både en landsorts- och en mer urban befolkning inom kommunen.

På Skurups vårdcentral finns 5,5 distriktsläkartjänster och 2 utbildningstjänster. Mödravård och preventivmedelsrådgivning ingår som primärvårdsuppgifter på vårdcentralen.

Syfte

- 1 Är antalet friska chlamydia trachomatis bärare i åldern 16–23 år av samma omfattning inom Skurups primärvårdsdistrikt som i storstäder?
- 2 Är det möjligt att med enkla metoder bedriva uppsökande verksamhet för chlamydia infektion inom primärvården?

Metod

Under tiden februari till november 1985 har alla patienter i åldern 16–23 år som sökt för urogynekologiska besvär eller som sökt vid vårdcentralens preventivmedelsmottagning, fått besvara ett antal frågor, dels av allmän karaktär och dels beträffande eventuella symtom från urogenitalregionen ex klåda, flytning, buksmärter, besvär vid vattenkastning och/eller blödning vid samlag. Undersökande läkare eller barnmorska har därefter besvarat en statusdel, omfattande inflammation, patologiskt ökad fluor, lättblödande portio eller blödning ur cervix omedelbart i anslutning till den gynekologiska undersökning. Populationen omfattade 128 kvinnor. Figur 1 visar åldersfördelningen inom gruppen. Av de 128 undersökta kom 2/3 från preventivmedelsmottagningen och 1/3 sökte för urogynekologiska besvär. 51 patienter uppgav subjektiva besvär, 77 var symtomfria.

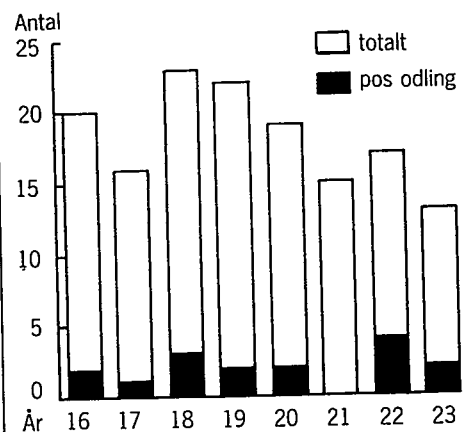
Undersökningsteknik

Chlamydiaodling har tagits från urethra och cervix med hjälp av ENT-pinne. Provet har därefter blivit djupfryst för att 2 gånger per vecka skickas med post till lasarettet i Lund för odling (4, 5).

Odlingstekniken ger inga falskt positiva svar men falskt negativa odlingar kan erhållas beroende på provtagningsteknik, transporttid och transporttemperatur, i storleksordningen 10–20% (6, 7). Kostnaden för en odling uppgår till ca 130 kronor.

Resultat

Figur 1 visar fördelningen av positiva och negativa odlingar i förhållande till ålder. I Tabell I ser man resultatet av odlingar i relation till patientgrupper med och utan symtom. Endast 3 av 51 med subjektiva besvär hade positiv odling medan 14 av 77 ur den besvärsfria gruppen uppvisade positiv odling.



Figur 1. Fördelning efter ålder och positiv odling för 128 personer.

Således betydligt flera positiva odlingar i den besvärsfria gruppen. Tabell II visar resultatet av odling i relation till gynstatus. Knappt hälften av patienter med positiv odling och cirka 1/3 av patienter med negativ chlamydiaodling uppvisade ett patologiskt gynekologiskt status.

Tabell III visar fördelningen av positiva och negativa odlingar i relation till de 4 kombinationerna av subjektiva besvär och gynstatus. Man ser att i gruppen utan symtom och med normalt gynstatus finns hälften av de positiva odlingarna. Denna patientgrupp skulle normalt ej ifrågakomma för chlamydiaodling på klinisk indikation.

Under kursen anordnades även en officiell middag med representanter för universitet och landsting i *Scharin'ska villan* i Umeå. Vi fick även nöjet att bevista den entusiastiska och spelglada Norrlandsoperans premiärföreställning av Mozarts *Trollflöjten*.

Vidare fick vi lära oss lite filosofi. En *singulär orsak* är "en otillräcklig men nödvändig del af et tilstrækkeligt men ikke nødvendig kompleks af betingelser". Med andra ord: *dödsorsaken* är inte en tillräcklig orsak till döden!

Eller – bra nordiska forskarkurser som denna är en otillräcklig men nödvändig del av det otillräckliga men nödvändiga komplex av betingelser som kan leda till framgångsrik allmänmedicinsk forskning i Norden!

Författarpresentation

Stefan Henningsson är distriktsläkare vid vårdcentralen Granen, Malmö.

Postadress: Grangatan 11, 212 14 Malmö

Tabell I
Resultat av odling för 128 patienter i relation till subjektiva besvär.

	Subjektiva besvär	Besvär-fria	Totalt
Positiv odling	3	14	17
Negativ odling	48	63	111
Totalt	51	77	128

Tabell II
Resultat av odling för 128 patienter i relation till gynstatus.

	Normalt gynstatus	Patologiskt gynstatus	Totalt
Positiv odling	9	8	17
Negativ odling	81	30	111
Totalt	90	38	128

Tabell III
Positiv och negativ odling för 128 patienter i relation till kombinationen besvär och gynekologiskt status.

	Positiv odling	Negativ odling	Totalt
Besvär-fria + normalt gynstatus	8	57	65
Besvär-fria + patologiskt gynstatus	6	6	12
Subj besvär + normalt gynstatus	1	24	25
Subj besvär + patologiskt gynstatus	2	24	26
Totalt	17	111	128

Endast 2 patienter anger subjektiva symtom som verifieras av undersökaren och styrkes med positiv chlamydiaodling men 24 patienter i samma grupp är odlingsnegativa.

Diskussion

I jämförelse med Stockholmsundersökningen (8) och Gävleundersökningen (9) har man i Skurup funnit jämförbara resultat. Det framgår således också klart att när det gäller åldersgrupperna 16–23 år kan man icke nöja sig med att skicka odling enbart på klinisk indikation. I så fall hade vi missat hälften av de positiva odlingarna.

Inom den tidsperiod undersökningen pågick fann vi även 2 patienter med chloromycetin resistent conjunctivit. Vid chlamydiaodling från nedre konjunktivalvecket (10) fann man positivt resultat. Båda patienterna som icke hade några urogynekologiska besvär behandlades lokalt med klortetracyklin och samtidigt generellt med lymecyklin. Förutom adekvat behandling av patienten har partner till alla odlingspositiva patienter fått behandling. Odling har ej tagits på partner. Klinisk kontroll är gjort efter behandling för att ge patienten möjlighet att ställa frågor samt för psykosocial uppföljning.

Chlamydiainfektionen kan med framgång behandlas med lymecyklin, doxycyklin och erythromycin.

Med hänsyn till det stora antalet personer som har chlamydiainfektion

(11) och att infektionen kan behandlas framgångsrikt bör primärvården bedriva uppsökande verksamhet för chlamydiainfektion.

Jämförelse med 1984

Då man i Skurup har dataregistrering av bl a odlingsremisser har vi relativt lätt kunnat få fram antalet chlamydiaodlingar i samma åldersintervall och för motsvarande period 1984. Under februari till november 1984 togs 36 chlamydiaodlingar på patienter mellan 16–23 år och av dessa var 6 positiva för chlamydia trachomatis. 3 odlingar har ej kunnat återfinnas och 27 var negativa. Om man antar att incidenten för chlamydia ej förändrats 1984 till 1985 har vi nästan tredubblat antalet kända med chlamydiainfektion som tillsammans med sina partners har fått adekvat behandling.

Referenser

1. Weström L, Mårdh P-A. Chlamydial salpingitis. Br J Med Bull 1983; 39:145–50.
2. Chacko M R, Lovchik J C. Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents: Prevalens and risk factor. J Pediatr 1984; 104:141–6.
3. Mårdh P-A, Möller B R, Paavonen J. Chlamydial infection of the female genital tract with emphasis on pelvic inflammatory disease – A review of Scandinavian studies. Sex Trans Dis 1981; 8:140–55.
4. Ripa K T, Mårdh P-A. Cultivation of Chlamydia trachomatis in Cycloheximide treated McCoy cells. J Clin Microbiol 1977; 6:328–31.

5. Ripa K T. Chlamydia trachomatis in cell monolayers. Scand J Infect Dis 1982; 32:25–9.
6. Mårdh P-A, Zeeberg B. Toxic effect of sampling swabs and transportation test tubes on the formation of intracytoplasmic inclusions of chlamydia trachomatis in McCoy cell cultures. Br J Vener Dis 1981; 57:268–72.
7. Mårdh P-A et al. Chlamydial infections. Elsevier Biomedical Press 1982: 295–8.
8. Örtqvist Å, Grillner L, Olofsson I, Nordin A. Chlamydiainfektioner på en ungdomsmottagning i Stockholm. Läkartidningen 1984; 81:3929–31.
9. Rahm V A, Gnärpe H, Rosén G. Chlamydia vanligt hos tonårsflickor som söker preventivmedelsrådgivning. Läkartidningen 1986; 83:815–16.
10. Möller B R. Postgonococcal conjunctivitis caused by Chlamydia trachomatis. Br J Vener Dis 1983; 59: 109–10.
11. Schachter J, Stoner E, Moncada, J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. West J Med 1983; 138:375–9.
12. Sweet R. Chlamydial salpingitis and infertility. Fertility and Sterility. 1982; 38:530–3.
13. Moberg P. Bärarna av chlamydiasmita bör spåras tidigt. Läkartidningen 1984; 81:3908.

Författarpresentation

Per Rymark, AT-läkare, Ystads lasarett. Vid undersökningens utförande tjänstgjorde han som AT-läkare vid vårdcentralen i Skurup.
Leopold Recht*, distriktsöverläkare vid vårdcentralen i Skurup.

*Postadress: Primärvården, Skurup, Lillgatan 3, 274 00 Skurup.

Teleborgsbarnens första 18 månader – en intervjuundersökning

ANDERS HÅKANSSON

För att få en uppfattning om hur barnen inom vårt upptagningsområde mådde under sina första 18 månader, ställde vi några enkla frågor till föräldrarna i samband med en av rutinkontrollerna på barnavårdscentralen. Det mest anmärkningsvärda resultatet var den höga läkemedelsförbrukningen. Vidare studier får utvisa, dels om föräldrarna rätt kommit ihåg vilka läkemedel barnen fått, dels om läkemedelsförskrivningen varit adekvat eller ej.

Nyckelord: Intervju/enkätundersökningar, spädbarn, läkemedelsanvändning, amning, forskning, hälsotillstånd, Teleborg.

Introduktion

Syftet med denna studie var, att med hjälp av ett enkelt frågeformulär, ta reda på hur barnen inom upptagningsområdet för vårdcentralen Teleborg mådde under sina första 18 månader. Hur ofta hade föräldrarna på grund av barnets sjukdom behövt söka läkare, och var hade de sökt? Vilka läkemedel hade barnet fått? Vidare ville vi veta lite om de viktiga bakgrundsfaktorer, som kunde ha betydelse för barnens hälsa. Hur länge fick barnet enbart bröstmjolk, och hur länge ammadet det över huvud taget? Hur många av föräldrarna rökte, och hur mycket? Hur länge var pappa hemma med föräldrapenning, och när började mamma arbeta? Hur var barnomsorgen ordnad?

Studieområde

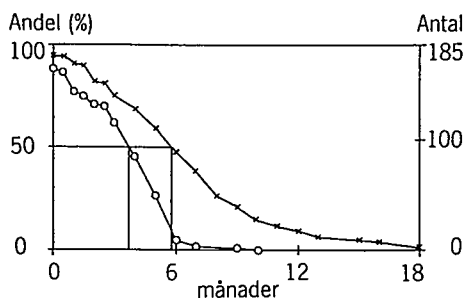
Inom upptagningsområdet för vårdcentralen Teleborg bodde vid årsskiftet 1985–1986 drygt 11 000 människor, 9 000 inom stadsdelen Teleborg och 2 000 på landsbygden söder därom. De senaste åren hade det fötts ungefär 150 barn årligen. På vårdcentralen fanns 5 distriktsläkartjänster och 6 distriktskötersketjänster, flera av både läkar- och skötersketjänsterna var deltidstjänster. Området och dess befolkning har tidigare beskrivits i en artikel benämnd "Kommundelsdiagnos Teleborg" (1). Diagnospanoramata på distriktsläkarmottagningen under perioden 1984–1986 har analyserats i en artikel med titel "Basdata – till vad nytta?" (2)

Undersökningsmetod

I samband med barnets 18-månaderskontroll på barnavårdscentralen ställde distriktsköterskan några enkla frågor enligt ovan till föräldrarna. Svaren noterades på ett särskilt formulär. Deltagandet i undersökningen var frivilligt, men endast en förälder avböjde att svara på frågorna. Sammantaget erhöles svar avseende 185 barn. Undersökningen pågick under perioden november 1985–februari 1987, och under denna tid bör nästan alla 18-månaders-barn ha kommit med. Dock kan under exempelvis semesterperioden en del barn ha missats. Enstaka intervjuer gjordes per telefon, och ett fåtal frågeformulär kompletterades via telefonsamtal. Frånsett en enda fråga var formulären noggrannt ifyllda.

Resultat

Amningsdata visas i Figur 1. Som synes var det endast ett fåtal mammor som inte ammade alls. Hälften av barnen fick enbart bröstmjolk fram till knappt 4 månaders ålder, efter 6 månaders ålder var det ovanligt med enbart bröstmjölksuppfödning. Hälften av barnen ammadet över huvud taget fram till knappt ½ års ålder, efter 1 års ålder var amning sällsynt.



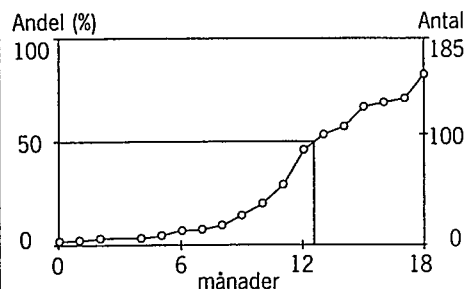
Figur 1.

Amningsperiodens längd, dels hur länge barnen fick enbart bröstmjolk (ringar), dels hur länge barnen ammadet över huvud taget (kryss).

Endast en knapp fjärdedel av såväl mammorna som papporna rökte. Detta ses i Tabell I. Där framgår också att knappt en tredjedel av rökarna rökte mer än en halv paket cigaretter per dag.

I Figur 2 visas när mamman började förvärsarbete. Före ½ års ålder var det ovanligt, när barnen var 1 år gamla hade nästan hälften börjat och vid 18-månaderskontrollen förvärsarbete gott och väl 80 procent av mammorna.

Pappan var hemma med föräldrapenning betydligt kortare tid. I Figur 3 är tiden uttryckt i veckor. Gott och väl



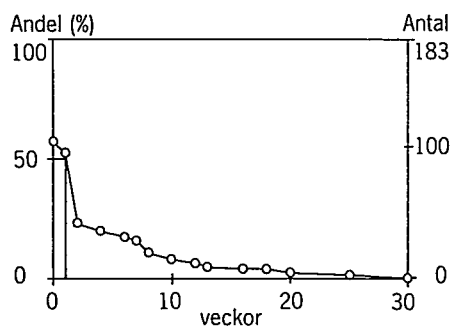
Figur 2.

Tidpunkten för mödrarnas återgång till förvärsarbete.

40 procent av papporna svarade att de inte var hemma alls (kanske glömde de då de första 10 dagarna med särskild föräldrapenning i samband med barns födelse?) De vanligaste svaren var annars 1 eller 2 veckor. Mer än 1 månad var 20 procent av papporna hemma, och enstaka var hemma med föräldrapenning i mer än ½ år.

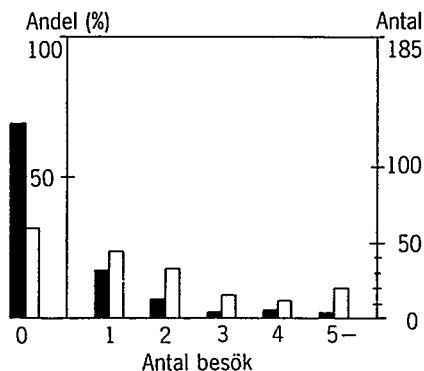
Hur barnomsorgen var ordnad då barnen var 18 månader gamla visas i Tabell II. I en tredjedel av familjerna var mamma eller pappa hemma. Nästan dubbelt så många barn var hos dagmamma jämfört med på daghem.

Den stora majoriteten av barnen hade inte legat på sjukhus efter förlossningen (145=78,4 procent). Vid ett tillfälle hade 26 (14,1 procent) vår-



Figur 3.

Längden av fädernas föräldraledighet.



Figur 4.

Andelen respektive antalet barn, som gjort respektive antal besök på grund av sjukdom på distriktsläkarmottagningen (fyllda staplar) och barnmottagningen (ofyllda staplar).

Tabell I
Föräldrarnas rökvanor.

Antal cigaretter per dag	Mamma		Pappa	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
0	142	76,8	139	77,7
1-9	31	16,8	27	15,1
>10	12	6,5	13	7,3
Totalt	185	100,0	179	100,0

Tabell II
Aktuell barnomsorgsform vid 18 månaders ålder.

Barnomsorgsform	Antal barn	Andel av barnen (%)
Mamma/pappa hemma	63	34,1
Dagmamma	70	37,8
Daghem	39	21,1
Annan	13	7,0
Totalt	185	100,0

dots och vid två eller flera tillfällen hade 14 (7,6 procent) legat inne.

Av Figur 4 framgår hur många gånger föräldrarna behövt söka läkare för sina barn på grund av sjukdom. Knappt 70 procent av barnen hade aldrig varit på distriktsläkarmottagningen på vårdcentralen, medan ungefär 30 procent aldrig varit på mottagningen på barnkliniken.

Slutligen visas i Tabell III hur många barn, som använt olika läkemedel. Av de febernedsättande och smärtstillande medlen hade nästan alla barn provat Alvedon/Panodil, men knappast några Albyl/Dispril. Knappt 8 barn av 10 hade fått näsdroppar, 6 av 10 hade fått penicillin och gott och väl 4 av 10 hade fått hostmedicin.

Diskussion

Med hjälp av några enkla frågor, ställda av distriktssköterskan i samband med en av rutinkontrollerna på barnavårdscentralen, tycker vi oss ha fått en viss uppfattning om hur barnen inom vårt upptagningsområde mått under sina första 18 månader.

Andelen barn, som år 1984 "ammades helt eller delvis", kan enligt socialstyrelsen (3) uppskattas till ungefär 80 procent vid 2 månaders ålder, ungefär 65 procent vid 4 månaders ålder och ungefär 45 procent vid 6 månaders ålder. Dessa siffror ligger strax under teleborgssiffrorna för "ammades över huvud taget". Vid 2,4 respektive 6 månaders ålder "ammades helt" i Kronobergs län enligt 1985 års på journalgenomgång baserade amningsstatistik 68,45 respektive 23 procent av barnen. Dessa siffror ligger väldigt nära teleborgssiffrorna för "enbart bröstmjölk". Sammantaget verkar teleborgsmammorna ha ammat ungefär lika länge som svenskorna i övrigt, men metoderna vid framtagandet av

Tabell III
Barnens läkemedelskonsumtion under de första 18 månaderna.

Läkemedel	Antal barn	Andel av barnen (N=185) (%)
1 Alvedon/Panodil	169	91,4
2 Näsdroppar	154	78,4
3 Penicillin/Annat antibiotikum	111	60,0
4 Hostmedicin (Bricanyl)	81	43,8
5 Minifom/Dicycloverinklorid	44	23,8
6 Cortisonsalva/Cortisonkräm	42	22,7
7 Albyl/Dispril	12	6,5
8 Laxermedel	6	3,2
1+2+3+4	48	25,9
1+2+3	22	11,9

Tabell IV
Andel av spädbarnen (0-1 år) i Jämtlands län med förskrivna läkemedel år 1978 (6).

Läkemedelsgrupp	Andel (%)	
	Pojkar	Flickor
Öron-Näsa-Halsmedel (näsdrp)	38,1	28,1
Antibiotika	30,9	23,0
Luftrörsmedel (hostmed)	21,6	23,0
Hudmedel	13,9	12,9
Mag-tarmmedel	6,7	9,0
Analgetika	8,8	2,8

amningssiffrorna har varit olika (intervju respektive journalgenomgång), och frågorna har varit något olika formulerade. Kanske skulle vi genom intensifierad information på mödravårdscentralen och på barnavårdscentralen få ytterligare några mammor att amma ytterligare några månader.

Enligt 1985 års tobaksvaneundersökning (4) var i åldersgruppen 25-34 år för män respektive kvinnor andelen "dagligrökare" 31 respektive 41 procent och andelen "tillfällighetsrökare" 15 respektive 10 procent. Teleborgssiffrorna ligger här klart under rikssiffrorna och stimulerar till fortsatt anti-rökinformation på vårdcentralen.

Vad beträffar föräldradigheten finner vi (som väntat), att det framförallt är mödrarna som stannar hemma, medan fäderna är hemma väldigt kort tid. Hur man skall göra för att stimulera fäderna att mera utnyttja denna förmån vet jag ej.

Något förvånande är det, att barnen i så pass mycket större omfattning varit på barnmottagningen jämfört med på distriktsläkarmottagningen. En förklaring är naturligtvis, att barnkliniken är öppen 168 timmar per vecka, medan vårdcentralen är öppen endast 45 timmar per vecka. Vårdcentralen är också relativt nyöppnad, varför en del föräldrar av gammal vana kan ha fortsatt att söka primärt på barnkliniken för sina barn. Ett dokument med rekommenderad arbetsfördelning mellan barnkliniken vid Centrallasarettet i Växjö och primärvården inom landstinget Kronoberg togs fram i maj 1985 (5), men dess riktlin-

jer har nog inte slagit igenom helt. I dokumentet anges som länssjukvårdsfall barn med kroniska sjukdomar, barn med allvarliga akuta infektionssjukdomar och så kallade kontrollbarn, medan övriga sjuka barn anses vara primärvårdsfall. Sannolikt bör framöver en väsentligt större andel av barnens sjukdomar kunna skötas på vårdcentralen. I denna studie har hänsyn inte tagits till alla de hälsoproblem, som handlagts på vårdcentralens barnavårdscentral.

Det framgår av Tabell III, att en stor andel av barnen fått en hel del läkemedel under sina första 18 månader. Huruvida läkemedelskonsumtionen varit för stor kan naturligtvis denna enkla undersökning inte ge svar på, men de höga frekvenssiffrorna manar till eftertanke. Andelen spädbarn (0-1 år) i Jämtlands län, vilka år 1978 fick receptförskrivna läkemedel, framgår av Tabell IV (6). Dessa siffror är klart lägre än teleborgssiffrorna. Dock rör det sig i Jämtland om 1 års receptförskrivna läkemedel, medan det i Teleborg rör sig om 1,5 års total läkemedelsförbrukning. Det har också gått knappt 10 år mellan undersökningarna. Enligt en aktuell publikation från Nordiska Hälsovårdshögskolan (7) är barns läkemedelskonsumtion ett så gott som utforskat område, men de få resultat som finns att tillgå tyder på att det skett en enorm ökning av förskrivningen av läkemedel till barn.

En väsentlig fråga är naturligtvis om föräldrarna rätt kommit ihåg hur många gånger barnen varit hos läkare respektive vilka läkemedel barnen fått. Denna fråga lämnas här obesvarad, men kommer att studeras framöver.

Sammanfattningsvis har denna undersökning, på ett förhållandevis enkelt sätt, gett en hel del väsentliga resultat, vilka bör vara värdefulla framförallt i det fortsatta lokala hälso- och sjukvårdsarbetet. En del av fynden har måhända också mera allmängiltig karaktär.

Referenser

1. Håkansson A, Andrén P, Rangert B. Kommundelsdiagnos Teleborg. AllmänMedicin 1986; 7:61-4.

2. Håkansson A. Basdata – till vad nytta? Redovisning av ett treårsmaterial från Vårdcentralen Teleborg. AllmänMedicin 1987; 8:154–7.
3. Socialstyrelsen. Amningsregistrering – barn födda 1984. Stockholm: Socialstyrelsen, 1986.
4. Nationalföreningen för upplysning om tobakens skadeverkningar. Nytt från NTS. Stockholm: NTS, 1986.

5. Landstinget Kronoberg. Rekommenderad arbetsfördelning mellan länsjukvård och primärvård. Växjö: Landstinget Kronoberg, 1985.
6. Boëthius G. Läkemedelskonsumtion under barnåren. I: Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation. Symposium Barn och läkemedel. Stockholm: Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation, 1980. (1980:3).

7. Jakobsson G, Köhler L. Barns hälsotillstånd i Norden. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan, 1984. (Rapport NHV 1984:3).

Författarpresentation

Anders Håkansson, distriktsläkare, Vårdcentralen Teleborg.

Postadress: Box 5044, 350 05 Växjö

SKOLHÄLSOVÅRD

LB 06308

"DU BESTÄMMER!" – en annorlunda metod för hälsovägledning i årskurs 9

ELISABETH ARBORELIUS · SVEN BREMBERG

Traditionell hälsofostran i skolan påverkar vanligtvis inte elevernas beteende. För att möjliggöra detta, utarbetades en alternativ metod för hälsovägledning, där man konsekvent utgick från eleverna själva. Målet för metoden var att "Klargöra det egna förhållandet till begreppet hälsa och dra slutsatserna av detta". Eleverna – åk 9 – värvades frivilligt till metoden och deltog i 3 gruppsamtal och 3 individuella samtal. I varje samtal deltog en hälsovägledare, som i sin tur fick handledning. Hälsovägledarna rekryterades bland den ordinarie skolpersonalen, tex lärare, skolsköterska, kurator. Vid utvärderingen användes en kvasi-experimentell design. Experimentgruppen omfattade 51 elever och kontrollgruppen 47. Resultaten visade på signifikanta skillnader mellan grupperna till förmån för experimentgruppen med avseende på klargörande av hälsa, hälsobefrämjande aktiviteter och självbild. En tendens i samma riktning fanns också beträffande upplevelsen av att kunna påverka sin situation. De hälsobefrämjande aktiviteterna omfattade såväl fysisk som psykisk/social hälsa. Skillnaderna var störst för flickor samt för elever med låg social bakgrund. De aktiviteter som eleverna på egen hand tog itu med för att befrämja sin hälsa var till allra största delen andra aktiviteter än de som eleverna arbetat med under projektets gång. Man kan därför dra slutsatsen att eleverna i experimentgruppen förbättrat sin allmänna förmåga att ta itu med hälsoproblem.

Nyckelord: Prevention, elevcentring, hälsoupplysning, skolbarn, Linköping.

Bakgrund

Tidigare forskning

Inom skolan har man sedan länge arbetat med hälsofostran. Ett flertal projekt har genomförts både i Sverige och andra industriländer under 1970- och 80-talet. En del av dessa har utvärderats. I endast ett fåtal av dem har man kunnat visa på beteendeffekter (1, 2, 3). I flera undersökningar har man i och för sig kunnat visa på effekter när det gäller kunskaper och attityder, men detta är inte så intressant då förändringar i kunskaper och attityder inte alls behöver leda till beteendeförändringar (1).

De studier som visat på effekter är främst begränsade till speciella metoder beträffande rökning där man framgångsrikt arbetat med "vaccination" för att träna ungdomar i förpuberteten att stå emot kamrattryck att börja röka (4, 5). I detta sammanhang har 5–10 timmars undervisning givit effekt. Generellt sett har det visat sig att det krävs bortom 40–50 timmars undervisning för att erhålla stabila förändringar när det gäller attityder och beteende (3).

Varför så föga framgångsrikt?

Det är onekligen anmärkningsvärt att så mycket hälsoupplysning genomförts i skolan utan att ge effekter. Några företeelser är speciellt slående i de metoder man hittills huvudsakligen använt sig av:

- hälsoupplysningen bedrivs som vilket annat skolämne som helst, dvs man inriktar sig till stor del på att förmedla kunskaper (6). Härav följer att denna undervisning är obligatorisk.
- målet för undervisningen är bestämt av andra än eleverna själva, vilket skiljer sig från vad eleverna själva anser är betydelsefullt (1, 7).
- effekterna av de hälsobefrämjande åtgärder man hoppas påverka ligger i framtiden, inte i nuet – något som

såväl för ungdomar som för vuxna är svårt att överblicka (8).

Bakgrund till föreliggande forskningsprojekt

Upprepade försök med hälsofostran i Linköpings skolor under 80-talet visade få eller inga effekter. Man beslöt att tillsammans med läns skolnämnden och samhällsmedicinska enheten vid landstinget lägga ekonomiska resurser under ett par år på ett projekt, där uppgiften var att utifrån beteendevetenskaplig empirisk och teoretisk kunskap utarbeta en metod som förhoppningsvis skulle ge påvisbara effekter. Metoden skulle:

- vara genomförbar inom skolans ramar och av ordinarie personal
- kunna upprepas
- ha en tidsåtgång av högst 6 tim/elev.

Metodik

1 Utarbetandet av en metod för hälsovägledning

Utarbetandet har haft två utgångspunkter: en teoretisk och en praktisk. Syfte med metoden är att "KLARGÖRA DET EGNA FÖRHÅLLET TILL BEGREPPET HÄLSA OCH DRA SLUTSATSERNA AV DETTA". Detta innebär att varje elev själv skall komma fram till vad just han/hon mår bra av samt att bestämma sig för vilka ev åtgärder han vill vidta för att nå dit.

Beskrivning av metodens karakteristika:

A. Deltagandet är frivilligt.

Eleverna informeras om arbetssättet och väljer frivilligt om de vill delta eller ej. Erfarenheterna hittills visar på att alla typer av elever väljer att delta: ambitiösa elever, mogna elever, udda elever, elever som missbrukar alkohol, elever som är syndabockar på skolan samt "helt vanliga" elever.

B. Eleverna definierar själva vad de menar med hälsa.

Utgångspunkten är att eleven själv ska komma fram till vad hälsa, "att må bra" innebär för just honom/henne. Eleven får bl a på ett arbetsblad (fig 1)



Alopam gör
oxazepamterapin
billigare

Generell ångest och fobier kan leda till social isolering.

Vid psykoterapi av dessa tillstånd utgör behandling med bensodiazepinpreparat en väsentlig hjälp.

Alopam är ett bensodiazepinderivat med gradvis insättande effekt. Alopam påverkar de vanliga symtomen: ångslan, ångest, rastlöshet och sömnsvärigheter.

Alopam

OXAZEPAM

⚠ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

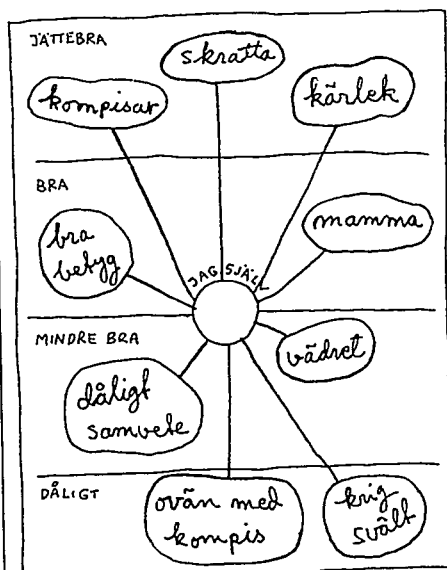
Tabletter 10 mg, 15 mg, 25 mg 25 st
 100 st
 250 st

Samtliga tabletter är försedda med mittskåra för att kunna delas.



En produkt från
A.L. LäkeMedel AB
08-716 92 65

rita upp sin nuvarande livssituation, vilket innebär en konfrontation med innebörden: "Hur ser Ditt liv ut just nu?"



Figur 1. Arbetsblad för beskrivning av elevens aktuella situation.

C. Eleverna erbjuds en modell för problemlösning. De konfronteras med ett arbetsblad (fig 2) där de – om de vill – kan sätta upp ett mål och diskutera sig fram till en strategi för att nå målet. Detta innebär också en konfrontation, med innebörden: "Vad vill Du göra åt Din nuvarande livssituation?"

D. Anpassning av metodiken till individuella behov.

Eleven deltar i 3 smågruppsdiskussioner (ca 5 elever) och 3 individuella samtal varvade under ca 2 månader. Arbetssättet möjliggör för varje elev att arbeta utifrån sina individuella behov.

E. Konkret arbetsmetodik.

I såväl gruppsamtal som enskilda samtal används genomgående arbetsblad för att rita upp och tydliggöra vad man pratar om och vad man kommer fram till. En sådan metodik underlättar för elever med begränsad verbal förmåga.

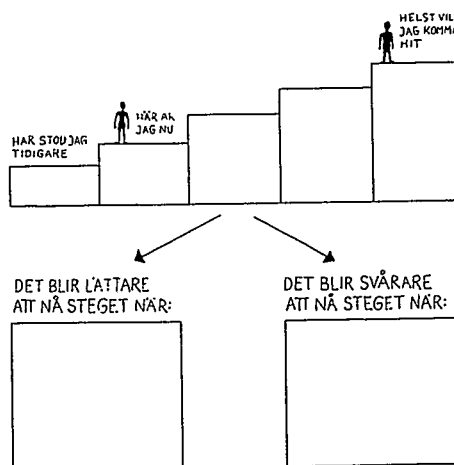
F. Värderingsfrihet.

Hälsövägledarens uppgift är genomgående att vägleda, inte att styra, värdera eller moralisera, när han är eleven behjälplig med att definiera hälsa, sätta upp mål och lägga upp en problemlösningstrategi.

2 Utvärdering

Vi använde oss av en kvasi-experimentell design med för- och eftermätningar i en experiment- och en kontrollgrupp. Eleverna värvades frivilligt i början på höstterminen 1986 och projektet genomfördes under denna termin. Kontrollgruppens elever – som också värvats frivilligt – fick ta del av metoden i början på vårterminen, dvs efter det att eftermätningarna genomförts.

MITT MÅL ÄR:
UNDER TIDEN:



Figur 2. Arbetsblad för problemlösningstrategi.

3 Undersökningspopulation

I experimentgruppen deltog 35 flickor och 16 pojkar, i kontrollgruppen 24 flickor och 23 pojkar – samtliga i årskurs 9. Den högre andelen pojkar i kontrollgruppen kan förklaras med en högre andel manliga hälsövägledare på dessa skolor. Eleverna i experiment- respektive kontrollgruppen kom från vardera två grundskolor; en i ett mellanskiktsområde med villabyggnad, en i ett förortsområde med hyreshus.

Alla typer av elever fanns med bland de som deltog: "vanliga" elever, elever med påtagliga skolproblem, mogna elever, ambitiösa elever, udda/avvikande elever, elever med alkoholproblem etc.

Bakgrundsdata visar på att inga större skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp fanns beträffande bostad, socialklass, val till gymnasiet, påfrestningar i livssituationen etc. (Enda undantag: pojkarna i experimentgruppen hade signifikant lägre betyg; $p=0.05$).

4 Metoder för utvärdering

Intervjuerna (tab 1) – helt strukturerade – avsåg frågor (utan beröring med innehållet i projektet) om klagande och agerande kring elevens hälsa. Klagande (I) bedömdes med tre typer av frågor: elevens uppfattning om begreppet hälsa (Ia) (om eleven hade ett traditionellt eller ett vidgat hälsobegrepp dvs även inkluderade psykiska och sociala aspekter), klagande i form av konkreta exempel på god/dålig hälsa för eleven personligen (Ib) samt elevens förmåga att antecipera för honom själv aktuella problem (Ic). Hälsobefrämjande aktiviteter bedömdes utifrån huruvida eleven under terminen vidtagit åtgärder för att överhuvudtaget "må bättre" (IIa) och för problem i skolan (IIb).

Enkäterna (tab 1) avsåg självvärdering (III) (9) och förmåga att påverka sin situation 'locus of control' (IV) (10).

Signifikanstestningar har gjorts med Kruskal-Wallis metod (ensidiga hypoteser) och korrelationsberäkning med Spearman rank.

Resultat

1 Skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp

Resultaten (tabell 2) visade skillnader mellan experiment- och kontrollgruppen till förmån för experimentgruppen med avseende på variablerna klagande, hälsobefrämjande aktiviteter och självbild. En tendens i samma riktning visade sig när det gällde upplevelsen av att kunna påverka sin situation.

Det visade sig även att pojkarna i experimentgruppen höjde sina betyg signifikant.

När det gäller hälsobefrämjande aktiviteter fann man signifikanta skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp såväl med avseende på aktiviteter relaterade till fysisk hälsa som aktiviteter relaterade till psykisk och social hälsa. Dessa aktiviteter var till 90% ANDRA aktiviteter än de eleverna arbetat med under projektet.

Skillnaderna mellan experiment- och kontrollgrupp var mest påtagliga för flickor och för elever med låg social bakgrund (tabell 2).

2 Processen i experimentgruppen

Den allmänna erfarenheten från traditionell ANT-undervisning på högstadiet är att ungdomar vanligen inte är särskilt positiva i sin inställning. Ett likartat projekt på samma ort som det aktuella (11) visade att eleverna var såväl negativa till projektet som att de påtagligt försämrades i sin inställning till såväl skolan som skolhälsovården.

Elevernas attityder i detta projekt har mätts indirekt, dels genom en lista med påståenden om projektet där eleven fick kryssa för "instämmanden", dels med en fråga om de skulle föreslå sina kompisar att vara med. Resultaten visade att eleverna till 80% var klart positiva till projektet.

Frågorna om grupp- respektive enskilda samtal visade att majoriteten av eleverna (30/51) tyckte att de individuella samtalen givit mest jämfört med gruppsamtalen (12/51). Resten av eleverna (9/51) tyckte att individuella samtal och gruppsamtal var likvärdiga.

Nästan 90% av eleverna sätter upp mål, samtliga (med undantag av 2 elever) "lyckas" helt eller delvis med de mål de satt upp. Hälften av de elever som dricker alkohol och/eller röker (35/51) tar spontant upp dessa ämnen under samtalen. Fem av dessa elever sätter upp som mål att minska alternativt att upphöra med sin konsumtion. Samtliga lyckas också genomföra detta.

Genomgående är att eleverna styr innehålllet mot psykiska och sociala frågeställningar, som personligen berör dem, både beträffande de individuella samtalen, gruppsamtalen och de mål de själva tar itu och arbetar med.

Det är intressant att jämföra denna inriktning under projektets gång med resultaten beträffande hälsobefrämjande aktiviteter. Efter projektets slut tillfrågas eleverna om de gjort något under höstterminen (projektiden) för att "må bättre". Det visar sig då att experimentgruppen har initierat avsevärt fler aktiviteter för att må bättre, men dessa avser ungefär lika ofta fysisk (44%) som psykisk och social hälsa (56%). Endast ett fåtal av dessa aktiviteter (6/48) är desamma som eleverna satt upp som mål och arbetat med under projektet. Den mest förekommande aktiviteten beträffande fysisk hälsa är att eleverna ökat sitt motionerande – de har börjat springa, simma, gymnastisera etc. Detta är ämnen som överhuvudtaget inte diskuterats under projektets gång.

När man på detta sätt betraktar resultaten i relation till elevernas inriktning under projektet, ligger det nära till hands att dra slutsatsen att den process som skett, handlar om att eleverna anammat en modell för en problemlösning, som de sedan själva kan generalisera och använda sig av i andra sammanhang. Denna typ av process kännetecknas av att eleverna tar hälsovägledarna till hjälp för personliga psykiska och sociala frågeställningar, blir mer medvetna om sin egen inställning och konfronteras att göra egna ställningstagande. Att eleverna efteråt även tar itu med andra typer av frågeställningar utöver den typ de fått hjälp med, kan dels bero på en ökad förmåga att överhuvudtaget ta itu med problem, men också på ökad ork att även ta itu med den fysiska hälsan.

Diskussion

1 Svårigheter att utvärdera

Vi har noterat påtagliga svårigheter att utvärdera denna typ av verksamhet som projektet innebär, därför att:

- eleverna vill känna att eventuella förbättringar som ägt rum beror på dem *själva*, inte på någon intervention från vuxna
- eleverna förändras utan att själva vara medvetna om det/utan att koppla det till projektet.
- uttalade svårigheter att uttrycka sig verbalt hos vissa elever.

Ovan nämnda exempel kan ha inneburit en underrapportering av förändringar som skett med eleverna i experimentgruppen men knappast överrapportering.

2 Könsskillnader

Flertalet av de resultat som visar sig mellan experiment- och kontrollgruppen är ungefär desamma för pojkar och flickor. Dock framkommer vissa

Variabler och metoder.

Variabler	Metod	Tidpunkt
I. KLARGÖRANDE		
a. Vidgat hälsobegrepp	Intervju	Före/efter
b. Klargörande av hälsa	"	"
c. Anteciperering av problem	"	"
II. HÄLSOBEFRÄMJANDE AKTIVITETER		
a. Agerande för att må bättre	"	Efter
b. Agerande ang skolproblem	"	"
III. SJÄLVVÄRDERING	Enkät	Före/efter
IV. UPPLEVELSE ATT PÅVERKA SIN SITUATION	"	"

Tabell 2

Skilnader mellan experiment- och kontrollgrupp för variablerna I–IV samt subgruppering i kön resp socialklass.

	Totalt	Subgruppering: kön: Pojkar	Flickor	Subgruppering: socialklass: Låg	Mellan
I. KLARGÖRANDE					
a. Vidgat hälsobegrepp	,0001***	,01 **	,0004***	,0003***	,001***
b. Klargörande av hälsa	,003 **	,41	,0002***	,005 **	,10
c. Anteciperering av problem	,0005***	,005**	,02 *	,02 *	,004**
II. HÄLSOBEFRÄMJANDE AKTIVITETER					
a. Agerande för att må bättre	,002 **	,33	,002 **	,001 ***	,22
b. Agerande ang skolproblem	,0005***	,005**	,03 *	,01 **	,01 **
III. SJÄLVVÄRDERING	,03 *	,10	,11	,02 *	,38
IV. UPPLEVELSE ATT PÅVERKA SIN SITUATION	,10	,29	,03 *	,20	,07

* p<,05 ** p<,01 ***p<,001

skillnader, som bl a har att göra med mer generaliserade och indirekta effekter av projektet. Vi är inte benägna att dra långtgående slutsatser av dessa skillnader, bl a av det skälet att gruppen pojkar i experimentgruppen är förhållandevis liten (16 st). En möjlig tolkning är emellertid att flickorna i denna åldersgrupp generellt sätt kommit längre i sin utveckling och därför bättre kan tillgodogöra sig verksamheten även på ett djupare och också abstraktare plan som generaliserings-effekter innebär. Denna tolkning stöds av det faktum att de enskilda samtalen tycks vara ännu mer betydelsefulla för pojkarna än för flickorna.

3 Klassskillnader

Det visar sig också att metodiken – till skillnad från andra liknande interventioner – i första hand går fram till elever med låg social bakgrund. I skolan drar mellanskiktselever ofta mer nytta av undervisningen. Anledningen till resultaten i projektet "Du bestämmer!" är sannolikt att man här arbetar mycket konkret och åskådligt; t ex använder man genomgående metodiken att rita upp och tydliggöra på olika typer av arbetsblad vad man pratar om och vad man kommer fram till.

4 Frågorna om rökning och alkohol

Som tidigare nämnts kommer dessa frågor spontant upp från eleverna

själva, vilket leder till att åtskilliga elever funderar över frågorna och vissa väljer att helt upphöra alternativt reducera sin alkohol- eller tobakskonsumtion. Dock visar fler exempel på att resultaten ifråga om alkohol- och rökvanor troligen är större inom projektet än de här redovisade. Ett exempel är en elev som överhuvudtaget inte satte upp något mål han ville jobba med under projektet och som också använde de enskilda samtalen i ganska liten utsträckning. Vid det sista samtalet tar eleven fram arbetsbladet för problemlösningstrategin och säger "Det finns egentligen mycket man skulle kunna ändra på. NU skulle jag kunna fylla i ett sånt här papper om att supa mindre. Jag har i varje fall bestämt mig för att jag ska dra ner på mitt supande".

5 Varför ger projektet påvisbara effekter?

Resultaten visar på tydliga effekter. Inom detta område har man inte kunnat visa på motsvarande förbättringar när man arbetat med hälsa i vid mening, om insatsen varit begränsad till mindre än ca 50 timmar. När man arbetat med hälsa inom speciellt avgränsade områden, har man i några få fall kunnat visa på positiva effekter men vanligen har man inte fått några effekter alls, i flera fall har man dessutom fått negativa effekter.

Vår uppfattning är att den avgörande skillnaden är att man i detta projekt utgår från eleven och arbetar med värderingsfrihet, dvs syftet är att sätta sig in i hur eleven resonerar och genom vägledning hjälpa honom att klargöra sina egna tankebanor och att dra slutsatserna av detta. Detta är en i grunden helt annorlunda metodik än att i förväg ha bestämt vad eleven bör komma fram till och försöka påverka vederbörande i den riktningen. Denna utgångspunkt förutsätter bl a att verksamheten måste vara frivillig och att eleven sätter upp egna mål som berör hans nu-situation. Det innebär också att denna grundläggande princip måste åtföljas av en för ändamålet anpassad metodik; som i detta fall att vi arbetar med arbetsblad som hjälper eleven att göra tydligt vad han egentligen vill, att vi arbetar med en modell för problemlösningstrategi som innebär att de mål eleven sätter upp kan brytas ner i konkreta och genomförbara steg, kombinationen av individuella samtal och gruppsamtal som möjliggör en individuella anpassning etc.

Slutkommentar

Det är frapperande att man med så enkla medel kunnat nå så genomgripande resultat. Metoden innebär egentligen inget annat än att man utgår från eleven själv och lyssnar på och försöker förstå vad han menar utan att styra med sina egna åsikter och värderingar.

Det visar sig då att de hälsoproblem eleverna själva definierar – skolan och relationer – INTE är desamma som de hälsoproblem vi vuxna definierat åt dem i traditionell hälsoundervisning, tex alkohol, tobak och kost. Ungdomarnas hälsoproblem berör istället i hög utsträckning psykisk och social hälsa. Trots detta rapporterar ungdomarna aktiviteter även beträffande fysisk hälsa.

Det visar sig dessutom med denna metodik vara möjligt att i mycket god utsträckning nå fram till elever med låg social bakgrund.

Referenser

1. Bartlett E E: The contribution of school health education to community

health promotion: What can we reasonably expect? Am J Publ Health 1981; 71:1384-91.

2. Green L W. Health education models. In: Matarazzo J D, Weiss S M, Herd J A, Miller N E, Weiss S M, eds. Behavioral Health. New York: John Wiley & Sons, 1984.
3. Connell D B, Turner R R, Mason E F. Summary of findings of the school health education evaluation: Health promotion effectiveness, implementation, and costs. J Sch Health 1985; 55:316-21.
4. Botvin G J: Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions. J Sch Health 1986; 56:369-74.
5. Gatherer S, Parfit J, Porter E, Vessey M. Is health education effective? London: The Health Education Council, 1979.
6. Green L W. Some challenges to health service research on children and the elderly. Health Serv Res 1985; 19:793-815.
7. Levenson P M, Morrow J R, Gregory E K, Pfefferbaum B J. A comparison of views of school nurses, teachers, and middle school students regarding health information interests and concerns. Publ Health Nursing 1984; 1:141-51.
8. Gray J A M. The failure of preventive medicine. Lancet 1977; ii:1338-39.
9. Ouvinen-Birgerstam P. Jag tycker jag är. Stockholm: Psykologiförlaget, 1985 (in Swedish).
10. Nowicki S, Stickland B R. A locus of control scale for children. J Consult Clin Psychol 1971; 40: 148-54.
11. Levin J, Persson, H, Bjurulf P, Bremberg S. Health careers—a method of health education for adolescents. Accepted for publication in Scand J Soc Med.

Författarpresentation

Elisabeth Arborelius (fil dr), Institutionen för socialmedicin, Hälsouniversitetet i Linköping.*
Sven Bremberg (skolöverläkare), Institutionen för pediatrik, Hälsouniversitetet i Linköping.

*Postadress: Regionsjukhuset, 581 85 Linköping

En metodbok, med detaljerad beskrivning av tillvägagångssättet samt samtliga arbetsblad, kan beställas från författaren (pris 40 kronor).

Medlemskap i Svenska Föreningen för Allergologi

I Svenska Föreningen för Allergologi och dess sektion Allergiforskning inom Svenska Läkaresällskapet är läkare med intresse för allergi och överkänslighetssjukdomar välkomna oavsett sin kliniska specialitet. Som exempel på en aktuell fråga som vi just nu arbetar med kan nämnas en consensusrapport om hyposensibilisering. Vilka är indikationerna idag för en sådan behandling och vem skall utföra den? I föreningen bevakar vi forskning och utbildning inom området. Vi har nyligen fått mottaga en donation om 500 000 kronor, vars avkastning årligen kommer att utdelas i form av forskningsbidrag och resestipendier till föreningens medlemmar.

Du kan anmäla Ditt intresse om medlemskap till sekreteraren i föreningen, docent Hans Formgren, Åre sjukhus, 830 13 Åre.

Förenings
nytt

1986 6309

Gävle-Dala distrikts- läkarklubb jubilerar

BERNHARD VON BELOW

Gävle-Dala distriktsläkarklubb höll sin tionde sammankomst en vacker hösthelg i oktober på Högbo Bruk strax norr om Sandviken och detta lilla jubileum borde föranleda en kort presentation i AllmänMedicin.

Sedan 1983 har distriktsläkarna i Dalarna, Gästrikland och Hälsingland (Kopparbergs och Gävleborgs läns landsting) inbjudits till en träff en helg varje höst och vår i syfte att under gemyntliga former stärka kontakterna, personkännedom och det vetenskapliga utbytet över den gemensamma länsgränsen. Uppslutningen brukar vara god.

Vid höstens möte presenterade Kurt Svärdsudd, docent och numera verksam vid Institutionen för allmänMedicin i Uppsala, den sk Folkhälso-rapporten från Göteborg där ett tvärvetenskapligt expertrad på kommunalt initiativ genom registerstudier studerat hälsoutvecklingen i Göteborg 1970-85. Vidare diskuterades FoU-arbete för blivande allmänläkare under FV-tiden, vilka möjligheter och vilka problem som finns. Tre FV-läkare redogjorde för sina erfarenheter och betonade vikten av handledning och tid. Christin Løwing, FV-läkare vid VC Krylbo, hade efter eget initiativ fått tre månader av FV-tiden förlagd till allmänmedicinska institutionen i Uppsala och sag detta som något mycket lärorikt. Ett alternativ till IAMU kan vara tjänstgöring vid den samhällsmedicinska avdelning som finns i Gävle. Mats Ribacke, tidigare chef för Utvecklingsenheten för primärvård i Hofors, och fö också en av eldsjälarna bakom Gävle-Dala distriktsläkarklubb, betonade vikten av att FV-läkare ges tid för FoU-arbete på arbetstid och att de får stöd från vårdcentralchefer och handledare.

Kvällen upptogs av gemensamma sociala aktiviteter, söndag förmiddag hemresa och deltagarna spreds åter ut på sina tre landskap.

Det kanske just är de bågge länens glesbygdskaraktär med många tämligen små vårdcentraler som gör dessa träffar välbesökta. Möjligheten till utbyte av kontakter och ideer uppskattas och Gävle-Dala distriktsläkarklubb lever vidare.

Författarpresentation

Bernhard von Below är distriktsläkare vid VC Svärdsjö, 790 23 Svärdsjö tel 0246-106 15

Ett bra erbjudande!

Naproxen Astra



En produkt till rimligt pris med Astra Läkemedels service och kunnande inom smärtområdet.

Naproxen Astra tillhandahålls i likvärdiga förpackningar och beredningsformer som Naprosyn men till 30% lägre pris.

Naproxen Astra

Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt R

Deklaration: 1 tablett innehåller: Naproxen, 250 mg aut 500 mg, lactos, 71,2 mg aut 142,4 mg, constit. q. s. 1 ml *mixtur innehåller:* Naproxen, 25 mg, sacchar 255 mg, sorbitol, 90 mg, conservans (metylparaben), constit. et aq. purif. q. s. 1 *suppositorium innehåller:* Naproxen, 500 mg, constit. q. s.

Egenskaper: Naproxen tillhör gruppen icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel (NSAID) och är ett propionsyraderivat med det kemiska namnet (+)-2-(6-metoxi-2-naftyl)propionsyra. Naproxen har även analgetiska och antipyretiska egenskaper. Naproxen hämmar prostaglandinsyntesen, har effekt på hyperkontraktiliteten i uterus samt sänker förhöjt basaltonus i samband med dysmenorré. Det förlänger blodningstiden och hämmar trombocytaggregationen. Naproxen hammar även den renala prostacyclinsyntesen. Vid normal njurfunktion är denna effekt utan väsentlig betydelse. Hos patienter med kronisk njurinsufficiens, hjärtinsufficiens eller leverinsufficiens samt tillstånd med förändringar i plasmavolymen kan den hamnade prostaglandinsyntesen leda till akut njurinsufficiens, vatskeretention och hjärtsvikt (se under Kontraindikationer). Naproxen absorberas snabbt och fullständigt oavsett beredningsform. Maximal plasmakoncentration uppnås efter cirka 2 timmar. Halveringstiden i plasma är 10–17 timmar. Steady state uppnås efter 4–5 doser. Absorptionen påverkas vanligen inte av samtidig intag av antacida eller föda. Bindning till serumalbumin är >99% vid terapeutisk dos. Distributionsvolymen är liten, cirka 0,1 l/kg kroppsvikt. Cirka 30% av naproxen metaboliseras till 6-O-desmetylnaproxen, som ej är farmakologiskt aktiv. Naproxen utsöndras huvudsakligen via urinen och endast i små mängder (1–2%) via feces. Hos människa återfinns huvudsakligen intakt naproxen i blodet.

Indikationer: Reumatoid artrit. Osteoartrös. Mb Bechterew. Juvenil reumatoid artrit. Dysmenorré utan organisk orsak. **Kontraindikationer:** På grund av korsreaktion skall naproxen inte ges till patienter som fått symptom på astma, rinit eller urtikaria vid intag av acetylsalicylsyra eller andra antiinflammatoriska medel av icke-steroid natur. Överkänslighet mot

naproxen och natriumnaproxen. Tillstånd med ökad blödningsbenägenhet. Aktivt ulcus ventriculi et duodeni. Levercirrhos. Svår hjärtsvikt och svår njursjukdom (glomerulusfiltration under 30 ml/min).

Försiktighet: Vid behandling av patienter med mag-tarmsjukdomar i anamnesen. Vid behandling av patienter med lätt till måttlig hjärtsvikt, njursjukdom eller leversjukdom, speciellt vid samtidig diuretikabehandling, måste risken för vätskeretention och försämrad njurfunktion beaktas. **Graviditet:** Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt  i FASS. **Antiflogistika** med hammande effekt på prostaglandinsyntesen, givna under senare delen av dräktigheten, ger djurexperimentellt upphov till intrauterin slutning av ductus arteriosus. Givna i fullgången tid kan de förlänga värkarbetet och försämrade förlösningen. Då data finns för att detta äger relevans också hos människa, bör kontinuerlig behandling med antiflogistika under den sista månaden av graviditeten endast ske på strikt indikation. Under dagarna närmast före beräknad förlösning skall medel med prostaglandinsynteshammande effekt undvikas.

Amning: Naproxen passerar över i modersmjolk, men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser. **Biverkningar:** Biverkningsfrekvensen för naproxen är låg. **Gastrointestinala:** Dyspepsi, ulcerativ stomatit, blödningar, perforering, diarré, illamående och kräkningar. **Hematologiska:** Ett fåtal fall av hematuri, trombocytopeni, leukopeni, granulocytopeni, aplastisk eller hemolytisk anemi. Sambandet med naproxen har vanligen ej kunnat fastställas. **Centralnervösa:** Huvudvärk, trötthet, sömnlöshet, yrsel, psykiska störningar som glömska, förvirring och lätt oro. **Allergiska:** Anafylaktisk reaktion, urtikaria, angioneurotiskt ödem, rinit, astma, eosinofil pneumoni, håravfall och vaskulit. I sällsynta fall erythema multiforme, epidermal nekros och Stevens-Johnsons syndrom. **Övriga:** Milt perifert ödem. Natriumretention har ej rapporterats i metaboliska studier, men det är möjligt att patienter med misstänkt eller verifierad hjärtsvikt löper större risk vid medicinerig med naproxen. Hämmning av trombocytaggregationen och förlängning av blodningstiden. Förhöjda leverfunktionsvärden har i vissa fall rapporterats för icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel. Toxisk, i sällsynta fall fatal, hepatit eller nefropati. Oronsugning och hörselsförmåring. Synförändringar.

Dosering: **Tabletter:** **Reumatiska sjukdomar:** Vuxna 250–500 mg morgon och kväll, högst 1000 mg/dygn. Patienter med uttalade efternatts- och morgonbesvär kan med fördel ges 500 mg vid sänggåendet. Barn över 5 år: 1/2 tablett 250 mg morgon och kväll. Detta motsvarar cirka 10 mg/kg kroppsvikt och dag. För barn över 50 kg vuxendos. **Dysmenorré:** 250–500 mg vid behov, dock högst 1250 mg/dygn. Behandlingen påbörjas vid första tecken på menstruationsbesvär. **Mixtur:** **Reumatiska sjukdomar:** Vuxna: 10–20 ml (250–500 mg) morgon och kväll, högst 40 ml (1000 mg) per dygn. Barn över 5 år: 5 ml (125 mg) morgon och kväll. Detta motsvarar cirka 10 mg/kg (0,4 ml/kg) kroppsvikt och dag. Till barn över 50 kg vuxendos. **Dysmenorré:** 10–20 ml (250–500 mg) vid behov, dock högst 50 ml/dygn (1250 mg). **Suppositorier:** 1 suppositorium 500 mg vid sänggåendet; eventuellt 1 suppositorium 500 mg även på morgonen. Till barn under 50 kg bör suppositorier ej användas.

Interaktion: Eftersom naproxen är högradigt plasmaproteinbundet finns teoretiska möjligheter för interaktion med hydantoiner, antikoagulantia eller starkt proteinbundna sulfonamider. Även om kliniskt betydelsefulla interaktioner inte är kända, bör patienter med dessa medel observeras med avseende på överdosering, då samtidig medicinering med naproxen förekommer. Naproxen interagerar även med dikumarolgruppen, litium, metotrexat och probenecid. Se även speciellt avsnitt i FASS märkt  M01A. Icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel, NO2B Latta analgetika och antipyretika (allmänt) samt M01A E02 Naproxen.

Observera: Naproxen har tolererats väl och kan även provas vid gastrointestinal intolerans mot salicylater, indometacin eller andra antiflogistika. Dock bör patienter med ulcus i anamnesen kontrolleras kontinuerligt. Naproxen kan påverka tester av 17-ketogena steroider och 5-HIAA i urin och bör tillfälligt utsättas 48 timmar före provtagning. För barn under 5 år föreligger endast preliminära resultat från kliniska studier, varför behandling av denna åldersgrupp tillämpligare bör undvikas. En studie antyder att mängden fritt naproxen i serum ökar hos äldre trots att den totala serumkoncentrationen är oförändrad. Det är oklart vad detta innebär, men försiktighet tillråds vid höga doser till äldre patienter.

Förpackningar: **Tabletter** 250 mg: 20 (tryckförp.), 25, 50, 100 och 250 st. **Tabletter** 500 mg: 25, 50 och 100 st. **Mixtur** 25 mg/ml: 240 ml. **Suppositorier** 500 mg: 10 och 50 st.



Ett liv med herpes

Att vara bärare av herpes simplex-virus kan för många innebära ett livslångt lidande med ideligen återkommande svåra infektioner i hud och slemhinnor.

Zovirax tabletter och mixtur lindrar genom att kupera den akuta infektionen.



Wellcome

The Wellcome Foundation Ltd

Informationsavdelning i Sverige, Box 2118 183 02 Täby

ZOVIRAX[®]

acyklovir, ett antiviralt medel.
Tabletter 200 mg, mixtur 40 mg/ml.

