

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Äldreomsorg i
primärvården

6
1988

Diabetes i
primärvården

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



För att uppnå effektiv smärtlindring fordras en adekvat dosering.

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

*(Läkemedelsboken 85, sid. 919).

DISTALGESIC[®]

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 föreskrivna dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. Förpackningar: Tabletter: tryckpack 20 st, tryckpack 50 st, tryckpack 100 st, burk 100 st.

Omslagsfoto: Dan Andersson

Kalendarium 204**Ledare:**

Bättre äldreomsorg genom utvecklingsarbete
Mats Ribacke ✓ 205

Nytt från SFAM

Protokoll från SFAM:s årsmöte i Gävle den 29–30 september 1988 ✓ 205

Remissvar till Sveriges Läkarförbund ✓ 207

Äldreomsorg i primärvården:

Vad krävs för att göra hemsjukvården tillgänglig för alla? En undersökning gjord i Skärholmens PVO i Stockholms läns landsting.
Birgitta Haglund, Berit Svanlund, Barbro Bergström, Paul Lichtenstein ✓ 209

Orsaker till sjukhemsvård och möjliga alternativ

Anders Wimo, Ingrid Hegner, Gunnel Kärjel, Ulla Lundin, Dagny Stridsberg, Jan Olof Hägglund ✓ 211

Hälsovård för äldre söker sin form.

Några erfarenheter från ett försöksprojekt i Sigtuna
Urban Göransson ✓ 214

Bensår – ett resurskrävande

hälsoproblem i distriktssköterskevården
Sirkka Elo ✓ 217

Utbildning i allmänmedicin:

Att utbilda allmänläkare i lättillgänglighet och kontinuitet
Göran Sommansson ✓ 221

**Apoteksbolaget:**

Frågor och svar om läkemedel
Lars-Olof Hensjö ✓ 223

Rapport från lokal läkemedelsgrupp i Ale, norra Älvsborgs län ✓ 224

Läkemedelsförskrivning till äldre patienter i öppen vård ✓ 225

Diabetes i primärvård:

Kost- och levnadsvanor hos diabetiker i Stockholms län
Gunilla Wahlström, Finn Diderichsen ✓ 227 49

Artrossjukdom vid diabetes mellitus
Anders Överby ✓ 229 52

Primärvård i Europa:

Distriktsläkare i Europa. Dagbok från tre allmänmedicinare
Conny Svensson ✓ 233 51

Attitydundersökning:

Tid och maktkamp
Ann-Mari Sellerberg ✓ 236 52

Enkätundersökningar:

Rökslutarstöd i primärvården: Vad anser deltagarna?
Gunnar Hyllienmark, Jan Fagerström 241 53

Recensioner:

Kunnskap er makt – og bør deles med andre
Fugelli P, Nylenna M. (red) ✓ 245 54

DEC 1988

□ **5–11 december.** 3rd International Symposium on hypertension in the community, TEL AVIV, Israel.
Information: Kenes, PO Box 50006, Tel Aviv 61500 Israel.

□ **10–13 december.** International health-care conference, HONG KONG.
Information: The Hong Kong Nursing Management Society, 16/F, SPA centre, 53–55 Lockhart Road, Wanchai, Hong Kong.

MARS 1989

□ **7–10 mars.** 6th NCI EORTC symposium on new drugs in cancer therapy, AMSTERDAM, Nederländerna.
Information: EORTC New Drug Development Office, Free University Hospital, De Boelelaan 1117, NL-1081 HV Amsterdam, Nederländerna.

APRIL 1989

□ **2–7 april.** 6th World congress on in-vitro fertilization and embryo transfer, JERUSALEM, Israel.
Information: Kenes, P O Box 155, Tel Aviv 61500, Israel.

MAJ 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

JUNI 1989

□ **1–4 juni.** Den 12. Nordiske medisinskhistoriske kongress, BERGEN, Norge.
Information: HSD-Congress-Conference, Strandgaten 191, N-5011 Nordnes Bergen.

□ **4–7 juni.** 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning, Solstrand Fjord Hotel.
Information: Sosialstyrelsen, Byråen for helseopplysning, 10630 Stockholm. Tel 08-783 30 00.

□ **6–8 juni.** Second International conference on Education and training in occupational health, HANAHOLMEN, Finland.
Information: Ms Suvi Lehtinen, Inst of occupational health, Topeliusgatan 41 A, SF-00250 Helsingfors.

□ **11–24 juni.** Course: Healthy cities: the new public health, LIVERPOOL, Storbritannien.
Information: The British Council i respektive land.

□ **18–30 juni.** Course: Child development problems: diagnosis and treatment, LONDON, England.
Information: The British Council i respektive land.

JULI 1989

□ **3–6 juli.** The 12th International Pujo Symposium: Physical activity and hypertension, KUOPIO, Finland.
Information: Dr Rainer Rauramaa, Kuopio Research Institute of Exercise Medicine, Puistokatu 20, SF-70100 Kuopio, Finland.

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.

□ **22–29 juli.** 4th World conference on clinical pharmacology, MANNHEIM/HEIDELBERG, Västtyskland.

Information: Secretariat, International Council of Scientific Unions, 51 boulevard de Montmorency, 75016 Paris, Frankrike.

□ **30 juli–2 augusti.** 7th International congress of immunology, BERLIN, Västtyskland.

Information: Prof J E Kalden, Inst. u. Poliklinik für Klinische Immunologie, Krankenhausstrasse 12, 8520 Erlangen, Västtyskland.

AUGUSTI 1989

□ **7–9 augusti.** 7th International Balint Conference, STOCKHOLM, Sverige.

Information: Dr Conny Svensson, Utvecklingsenheten för primärvård, Drakenbergsgatan 39–41, S-11741 Stockholm.

□ **23–26 augusti.** 6. Nordiska Kongressen i allmän medicin, ÅRHUS, Danmark.

Information: Århus Turistförenings Kongressbureau, Rådhuset, DK-800 Århus C.

SEPTEMBER 1989

□ **17–21 september.** First World Conference on Accident and Injury Prevention. Safety—a Universal Concern and a Responsibility for All Stockholm.

Information: Gunilla Björns, Inst för socialmedicin, Karolinska Institutet, 17283 Sundbyberg. Tel 08-98 94 61.

SFAM:s Vårmöte 1989

i Sunne 20–21 april. 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.

AllmänMedicin

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1988/89. 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* 1988/89.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
1/89	5/12-88	6
2/89	23/ 1-89	14
3/89	28/ 3-89	22

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

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

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

Prenumerationsavgift:
400 kr per år, för studerande 150 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för AllmänMedicin.)

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

Tryck: Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1988

ISSN 0281-3513

Bättre äldreomsorg genom utvecklingsarbete

MATS RIBACKE

LB 06343

Man hör i många sammanhang påståendet att äldreomsorgen är den stora utmaningen för primär vården – klarar vi inte den så förlorar vi förtroendet bland politiker och andra beslutsfattare.

En sådan antingen-eller-beskrivning av en komplex situation måste uppfattas som en allför stor förenkling. Det är inte upp till primär vården att ensam ta ansvaret för att äldreomsorgen, med många vårdnivåer och organisationsformer, och med två huvudmän, blir så bra och effektiv som ekonomiska och vårdideologiska motiv och förhoppningar vill se den. Istället är det så att äldreomsorgen är det idag tydligaste och viktigaste området för praktisk samverkan inom sjukvård och omvårdnad vi kan finna.

Hittills har de vårdideologiska svängningarna inom området, (och de kan vara nog så häftiga!), präglats av en tro på generella lösningars företräde framför individuella hänsyn och respekt för vårdtagarens vilja. De har sällan haft sin utgångspunkt i beskrivningar och analyser av befintliga vårdformers funktion och brister eller varit konstruktiva försök att åstadkomma en logisk utveckling av vårdformer i takt med ändrade värderingar och ökad medvetenhet hos vårdtagarna. Man kan snarare beskriva utvecklingen som en språngvis förändring, där det nya språnget inte skett från nerslagsplatsen för det förra, utan från en godtyckligt vald punkt.

Med ekonomiskt trångt läge inom

såväl landsting som kommuner har nu en ny terminologi och ett mer medvetet tänkande vunnit inträde. Det talas om målbeskrivning, ledarskap, utvärdering, resursanvändning och kvalitetskontroll, och om personalen som en kunskapsbank och resurs att ta till vara.

Om dessa begrepp översätts till ett språk vi känner igen, så handlar det om utvecklingsarbete i strukturerade former. Att beskriva, analysera, intervjua och avläsa effekter av förändringar. Att utveckla metoder och mått som gör det möjligt att fånga relevanta behov och kvaliteter och följa dem i förändringsskeenden. Att engagera personal som arbetar praktiskt med omvårdnad och sjukvård i lokalt förändringsarbete.

Den förebyggande äldreomsorgen, inspirerad av mödra- och barnhälsovården, är på väg att etablera sig. Hälsokontroller av äldre, med socialmedicinskt innehåll, direkt kopplade till praktiskt åtgärdande och i vårdcentralens regi, sprider sig över landet. Det påpekanden om behov av måldefiniering och dokumentation vid sådana aktiviteter som redovisas från Sigtuna är väsentliga, och bidrar till metodutveckling. För att utveckla former och innehåll är det viktigt att erfarenheter sprids och diskuteras.

Så sker i detta nummer av Allmän Medicin, där några exempel på strukturerade studier inom äldreomsorgen presenteras. Primärvårdens läkare och sköterskor drar sitt strå till stacken för

att bidra till utvecklingen av äldreomsorgen. För att det ska bli full genomslagskraft i den processen krävs inte bara enstaka stora, väldokumenterade projekt, som tex Sundsvallsstudierna som skett i samarbete mellan kommun, landsting, Spri och universitet, utan förhöjd beredskap lokalt att driva egna projekt.

Lokal kompetensutveckling är en förutsättning för detta, och måste omfatta personal och chefer inom såväl kommun som landsting perifert i organisationerna. Hittills känns det som om beredskapen och ambitionen är större på landstingssidan. Det är förmodligen ingen tillfällighet att flera av de små, jordnära utvecklingsarbetena inom äldreomsorgen utgått från landstingens utvecklingsenheter. Vi väntar på att kommunerna tar motsvarande grepp. Blekingekommunerna har kommit igång, och har byggt sig samman med landstinget i en gemensam utvecklingsenhet. Vilken kommun eller vilket länsområde följer efter? Ingendera huvudmannen kommer att ha råd att ta nästa vårdsprång från en plattform byggd av hugskott, tro och tyckanden, och vårdtagarna kommer inte att acceptera att så sker.

Författarpresentation

Mats Ribacke är distriktsläkare vid Sättra Hälsocentral.

Från i år ordförande i Svensk Förening för Allmänmedicin.

Postadress: Sicksäckvägen 34, 80333 Gävle.

Nytt från SFAM

Protokoll från SFAM:s årsmöte i Gävle den 29–30 september 1988.

Närvarande: 101 medlemmar enligt förteckning.

- § 1. Mötet öppnades av föreningens ordförande Göran Sjönell.
- § 2. Gustav Haglund utsågs till mötesordförande.
- § 3. Mötet förklarades stadgeenligt sammankallat.
- § 4. Kenneth Widäng utsågs till mötessekreterare.
- § 5. Till justeringsmän valdes Meta Wiborg och Hans Hallberg.

§ 6. Verksamhetsberättelsen genomgicks.

Önskemål från mötesordföranden om årsmötesprotokoll till medlemmarna. Kompletterades verksamhetsberättelsen med att Christina Nerbrand och Calle Bengtsson från Styrelsen deltagit i Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp i allmänmedicin och att Mats Ribacke har varit föreningens representant i EGPRW.

Vetenskaplige sekreteraren Calle Bengtsson informerade om programmet till Riksstämman.

Förfrågan från Anders Lindman om varför den tilltänkta arbetsgruppen för

allmänmedicin inför år 2000 ej kommit till stånd. Styrelsens handläggning förklarades och godkändes av mötet.

På fråga av Håkan Unnegård och med svar av ordföranden Göran Sjönell utspann sig en lång överläggning av LSU -85. Därvid framfördes också önskemål från mötesordföranden Gustav Haglund om utsändning av föreningens remissvar till medlemmarna och om fortsatt kontinuerlig information till medlemmarna i denna viktiga fråga.

Angående remissvar om inopererande av antabuskskylar, vilket styrelsen avstyrkt på grund av bristande vetenskapligt underlag, avgav Håkan Unne-

gård med flera avvikande mening.

Tidningen AllmänMedicins ställning och planering inför framtiden informerades via Bo Haglund och Göran Sjönell. Besluts att utreda tidningens framtida status med hjälp av konsult med önskemål om ny redovisning till årsmötet -89.

Hans Åberg informerade om Scandinavian Journal of Primary Health Care. Efter diskussion besluts att uppmåna styrelsen intensifiera prenumrationsvärvningen för tidskriften samt besluts godkänna en höjning av kollektivprenumerationsavgiften till 45 kronor.

Ekonomi genomgicks och förklarades av Christina Nerbrand. Föreningen har för tillfället en god ekonomi.

Påpekades att medlemsredovisning bör finnas med i verksamhetsberättelsen.

Framfördes krav att valberedningens förslag bör skickas ut tillsammans med verksamhetsberättelsen.

Efter förfrågan av Anders Lindman förklarade ordföranden sin avgång innan mandattidens slut dels med att han, på grund av att de akademiska institutionerna inte accepterat att medverka, inte har kunnat genomföra föregående årsmötes beslut med en revisionsgrupp för "allmänmedicin inför år 2000", dels med att han ansåg att hans person försvårade ett fruktbart samarbete med DLF:s styrelse.

§ 7. Revisionsberättelsen föredrogs av Stefan Bernesjö vilken tillsammans med Lars Blomberg reviderat kassan. Inga anmärkningar.

§ 8. Mötet beviljade styrelsen ansvarsfrihet för det gångna arbetsåret.

§ 9. Efter slutna omröstning om ordförandeposten utsågs styrelsen enligt valberedningens förslag:

Ordförande	Mats Ribacke	
	fulln val	1 år
vice ordförande	Kenneth Widäng	
	1 år	
fackl sekreterare	Christina Nerbrand	
	fulln val	1 år
skattmästare	Anna Källkvist	
	1 år	
ledamot	Cecilia Björkelund	
	1 år	
ledamot	Dag Domeij	
	1 år	
ledamot	Elisabeth Jaenson	
	1 år	
ledamot	Lars Berg	
	1 år	
vet sekreterare	Calle Bengtsson	
	kvarstår	1 år

§ 10. Till revisorer omvaldes Stefan Bernesjö och auktoriserad revisor Lars Blomberg med revisors-suppleant Mats Flygare.

§ 11. Fullmäktige i Svenska Läkarsällskapet ytterligare ett år valda sedan tidigare är Göran Sjönell, Kenneth Widäng, Cecilia Björkelund och Bengt Scherstén. Suppleanter är Christina Nerbrand, Carl Edward Rudebeck, Hans Åberg och Mats Ribacke.

§ 12. Till valberedning valdes Bengt Dahlin, sammankallande, Göran Sjönell, Göran Westman och Meta Wiborg.

§ 13. Besluts om oförändrad årsavgift, 270 kronor.

§ 14. Mötet ajournerades till påföljande dag. Mötesordföranden framförde ett välformulerat tack till avgående ordföranden Göran Sjönell som under applåder erhöill avskedspresent liksom övriga avgående styrelseledamöter.

§ 15. Till ny mötesordförande efter Gustav Haglund som avrest utsågs Mats Ribacke.

§ 16. Allmänmedicin inför år 2000 behandlades och efter proposition om reservation för vissa delar från Carl Edward Rudebeck, antog mötet utan reservation skriften som föreningens handlingsprogram.

§ 17. Nästa årsmöte besluts hållas vid Riksstämman 1989. Detta då höstmötet är inställt på grund av den Nordiska kongressen i Danmark i augusti.

§ 18. Framfördes från flera håll uppfattningen att föreningen aktivt stödjer Carl Edward Rudebeck som delegat till Leuvenhorstgruppen och Mats Ribacke som delegat till EGPRW med ekonomiska medel.

§ 19. Föreningens ordförande Mats Ribacke föredrog styrelsens arbetsplaner för kommande år, inriktat på en breddning av styrelsearbetet genom spridning av arbetsuppgifter utanför styrelsen. Översyn över ekonomiska beslut och regler för "delegatuppgifter". Stadgearbete. Mötet antog styrelsens arbetsplanering.

§ 20. På förslag av Cecilia Björkelund besluts inrätta en stående spalt med föreningsnytt i tidningen AllmänMedicin.

§ 21. På förslag av Lennart Holmqvist uppdrogs åt styrelsen att verka för att på de orter där det ej finns lokalförening, lokalombud inrättas.

§ 22. Tack till den avgående styrelsen framfördes av föreningens ord-

förande Mats Ribacke som komplement till de tack som dagen förut framförts via Gustav Haglund. De avgående var ordförande Göran Sjönell, som haft en sammanhängande tid i styrelsen på tolv år, Bo Haglund, Bengt Scherstén och Anna-Karin Furfhoff.

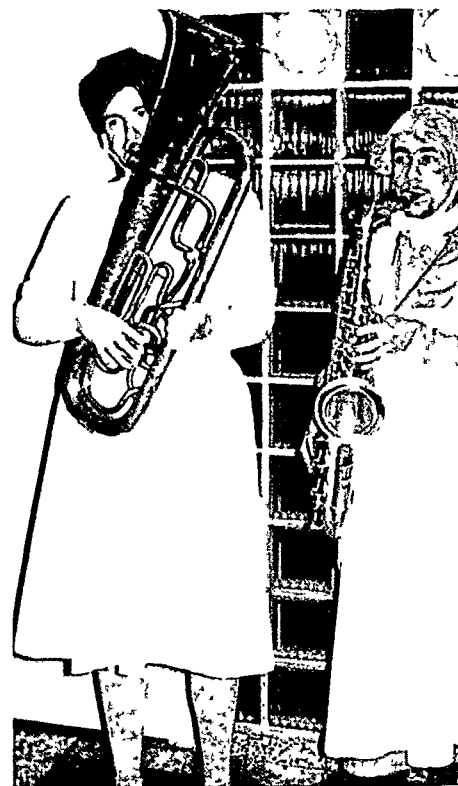
Kenneth Widäng
sekreterare

Gustav Haglund
ordförande
t o m § 14

Mats Ribacke
ordförande
fr o m § 15

Meta Wiborg
justeringsman

Hans Hallberg
justeringsman



SFAMs nye ordförande och vice, har spelat duett förr. Den ene spelade bas och den andre stod för melodin. Med lämpligt komp från övrig styrelse och förening, kan det nog bli både "hot" och "cool" i SFAM under kommande år!
(Ur ordförandens privata arkiv)

Remissvar

Till Sveriges Läkarförbund

"Kompetensutveckling efter läkarexamen"

(SOU 1987:53-54)

Svensk Förening för Allmänmedicin avger genom sin styrelse följande remissyttrande:

Som helhet uppfattas utredningen och dess huvudbilaga väl kunna tjänstgöra som material för vidare arbete. Några delfrågor är otillfredsställande belysta och kommer att aktualiseras nedan.

Beträffande anställningsform under specialistutbildning finner föreningen att detta är en facklig fråga och bör behandlas som en sådan. Det är viktigt att anställningstrygghetsaspekten beaktas. Det är värdefullt om en klarare skrivning kan tydliggöra huruvida tillsvidareanställning gäller viss tjänst vid viss arbetsplats, tex vårdcentral, eller anställning hos viss huvudman. Det är vidare väsentligt att specialistutbildning för framtida verksamhet inom företagshälsovård, skolhälsovård, andra organisationsformer, tex vårdcentraler enligt entreprenadform, beaktas och utrymme för specialistutbildning även för dessa grupper garanteras.

I utredningen anges maximitiden för specialistutbildning till 7 år. Det är oklart vad som gäller därefter. Ett förtydligande behövs.

Frågan om handledning är central för att specialistutbildningen skall ge de kvalitetsmässiga resultat som eftersträvas. Sedan de aktuella målbeskrivningarna kompletterats med lokala tjänstgöringsprogram blir det handledarens uppgift att ge läkare under specialistutbildning det stöd han behöver för att utforma programmet utifrån dennes förutsättningar liksom de möjligheter som bjuds på tjänstgöringsorten. Samtidigt är det viktigt att handledaren ser som sin uppgift just att

vara ett stöd och att ansvaret för specialistutbildningen i första hand vilar på läkaren under utbildning, helt i linje med det som skrivs i utredningen. Handledarna behöver utbildning, man kan förmoda att de behöver medverka med utbildning och administrera gemensamma utbildningar inom tex ett län. Detta kommer att kräva tid och därmed pengar. Formen för uppgiften kan variera. Den lokala handledaren kan behöva stöd av en studierektor.

Målbeskrivningen kan i huvudsak accepteras som den nu ser ut. Det är viktigt att den kompletteras med tjänstgöringsprogram. Inom allmänmedicinen finns 10 års erfarenhet av sådant, liksom handledarvana och en diskussion om pedagogiska metoder. Det är viktigt att dessa erfarenheter tas till vara. Målbeskrivningen konkretiseras via sitt tjänstgöringsprogram. För att avsedd utbildningseffekt skall kunna mätas krävs utarbetande av någon form av utvärderingsinstrument. Föreningen önskar peka på möjligheterna av tex diagnostiska prov, centralt ordnade, som en möjlighet till kvalitetskontroll och som ett stöd för ST-läkaren och hans handledare för utformning av utbildningsprogram. Utarbetande av tjänstgöringsprogram och framtagning av utvärderingsinstrument kommer att kräva ekonomiska insatser. Statsmakten förväntas här ikläda sig ett ekonomiskt ansvar.

De allmänmedicinska institutionerna vid universiteten är bemanningsmässigt små. Man har skaffat sig erfarenheter av att använda perifera enheter i utbildningen och har också efterhand byggt upp en pedagogisk kompe-

tens på perifera enheter. Föreningen ser hittillsvarande erfarenheter av sådan utbildning väsentlig att tas tillvara, bl a i det ansvar som utredningen lägger på institutionerna då det gäller att tex utvärdera medicinsk teknik, metoder m m.

I utredningen föreslås de medicinska fakulteterna i största möjliga utsträckning ges ett ansvar för genomförande av SK-kurserna. De allmänmedicinska institutionerna och universitetsvårdscentralerna kan knappast förväntas klara detta behov på egen hand utan även här bedöms erfarenheterna av perifert ordnade specialistutbildningskurser sa goda att detta arrangemang bör finnas kvar.

Detta samarbete mellan universitetsinstitutioner och vårdcentraler i universitetsregionerna kommer att kräva någon form av fastare formell knytning, bl a beträffande ekonomiska förhållanden. Det är viktigt att dessa frågor tas med i fortsatta diskussioner om den framtida specialistutbildningen.

Föreningen ser betänkan det av utredningen om läkarnas specialistutbildning, tillsammans med sin huvudbilaga, som ett värdefullt basmaterial att forma en bra specialistutbildning för morgondagens läkare och önskar engagera sig i det fortsatta arbetet.

Gävle 1988-06-07

För styrelsen för Svensk Förening för Allmänmedicin

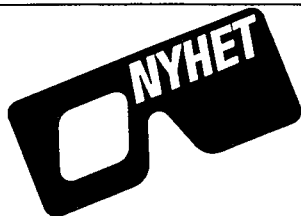
Mats Ribacke

Fucithalmic® Lövens

Ögonsalva 1 %

Stafylokockantibiotikum S01A A13

R_x



Deklaration. 1 g ögonsalva innehåller: Acid. fusid. 10 mg, conservans (benzalkon. chlo-rid.) 0,1 mg, natr. edetas 0,5 mg, manitol., carbomer, natr. hydrox. et aq. steril. q.s.

Egenskaper. Fucithalmic är en vattensuspension av mikrokristallinisk fusidinsyra i en viskös beredning, vilket innebär att det upprätthålles effektiva fusidinkoncentrationer i tårvätska upp till 12 timmar efter given dos. Fusidinsyra har särskilt hög aktivitet mot Staph. aureus och Staph. epidermidis, oavsett om dessa är betalaktamasproducerande eller ej. Streptokocker och Neisseria sp. är också känsliga. Enterobacteriaceae och Pseudomonas sp. är resistenta. Det föreligger ingen korsresistens mellan fusidin

och andra antibiotika. Fusidinsyra har god penetration genom cornea in i ögat.

Indikationer. Akut konjunktivit orsakad av stafylokocker.

Kontraindikationer. Allergi mot någon av de ingående komponenterna.

Biverkningar. Lätt, övergående sveda liksom allergiska reaktioner kan förekomma i sällsynta fall.

Dosering. En droppe två gånger dagligen. Behandlingen bör utsträckas tom två dagar efter symtomfrihet, för att förebygga recidiv.

Observera.

Fucithalmic bör icke användas samtidigt med kontaktlinser.

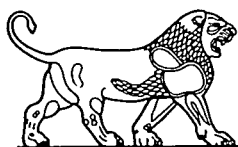
Toxicitetsstudier under lång tid saknas varför långtidsbehandling ej rekommenderas.

Förpackningar. Ögonsalva 1 %, 5 g. (tub).



FUCITHALMIC®
acid. fusid.

ögonsalvan som droppas morgon och kväll



Lövens Läkemedel • Tel. 040-756 30 • Box 404, 201 24 Malmö

Vad krävs för att göra hemsjukvården tillgänglig för alla?

En undersökning gjord i Skärholmens PVO i Stockholms läns landsting

BIRGITTA HAGLUND · BERIT SVANLUND · BARBRO BERGSTRÖM · PAUL LICHTENSTEIN

För att ta reda på vilka resurser en utbyggd hemsjukvård skulle kräva i Skärholmens primärvårdsområde/socialdistrikt har intervjuer gjorts med 533 personer som inom en nära framtid beräknas behöva nya eller utökade öppenvårdsresurser. Det viktigaste resultatet i undersökningen är att av 204 inläggande patienter på långvårdssjukhusen och Huddinge sjukhus akutmottagningar bedömdes 70 stycken (34%) kunna skrivas hem under förutsättning att lämpliga resurser funnes. Författarnas slutsats är att det krävs en hel vårdkedja om hemsjukvården ska fungera bra.

Nyckelord: Hemsjukvård, intervju/enkätundersökningar, resurser, forskning.

Bakgrund

Våren 1985 tog Socialdistrikt 12 i Skärholmen kontakt med Skärholmens primärvårdsområde. Anledningen till detta var att man ville ta reda på vad en utbyggd hemsjukvård skulle kosta för kommunen och landstinget.

Bakgrunden till att man tyckte att en inventering av hemsjukvårdspatienter behövdes är samverkansavtalet "Hemsjukvård/social hemtjänst" (1) som slutits mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län. Avtalet som gäller från 850101 har som målsättning att alla medborgare som önskar skall kunna bo kvar i hemmet, även om vårdbehovet är stort.

Socialdistriktet och primärvårdsområdet beslutade att de skulle göra en gemensam inventering av behovet av öppenvårdsresurser som det nya avtalet skulle innebära. Inventeringen resulterade i den rapport (2) som sammanfattas i denna artikel.

Syfte

Syftet med undersökningen var att kartlägga de grupper som på grund av det nya avtalet "Hemsjukvård/social

hemtjänst" kan antas komma att behöva nya eller utökade öppenvårdsresurser.

Detta syfte har preciserats i två frågeställningar.

1. Hur många personer finns i dessa grupper och vilken diagnos har de?
2. Hur många personer kan skrivas ut från slutna vården till hemmet och vilka nya öppenvårdsresurser kommer de att kräva?

Metod

Från början var det meningen att vi med hjälp av ett färdigt intervjuformulär skulle intervjua inläggande patienter på långvårdsklinikerna inom Sydvästra sjukvårdsområdet (SVSO) och akutavdelningarna på Huddinge sjukhus. Sammanlagt blev det 204 patienter. Men för att kunna bedöma vårdtyngden som den ser ut idag för kommun och landsting tillkom även följande grupper:

Patienter på remitteringscentralens väntelista till långvården 11 personer
Personer med hemsjukvårdsbidrag 84 personer

Hyresgäster med kvälls- och natttillsyn på servicehus 211 personer

Personer som har kvällspatrull 23 personer

Totalt gjordes därför 533 intervjuer. Dessa utfördes av antingen den projektanställda distriktssköterskan eller undersköterskan från landstinget eller hemtjänstassistenten från kommunen. Därefter gjordes en gemensam genomgång av hjälpbehovet för varje enskild person.

Intervjuerna i den öppna vården har skett i personens hem. Inom den slutna vården har vi besökt varje vårdavdelning. De personer som inte har kunnat svara själva har vi "intervjuat" med hjälp av personal, anhöriga och genom att läsa aktuella journaler.

Intervjuformuläret som användes vid kartläggningen var utformat med tanke på en enhetlig vårdkedja mellan slutna och öppna vård.

Resultat

De intervjuade 533 personerna fördelade sig på olika huvuddiagnoser enligt diagram 1.

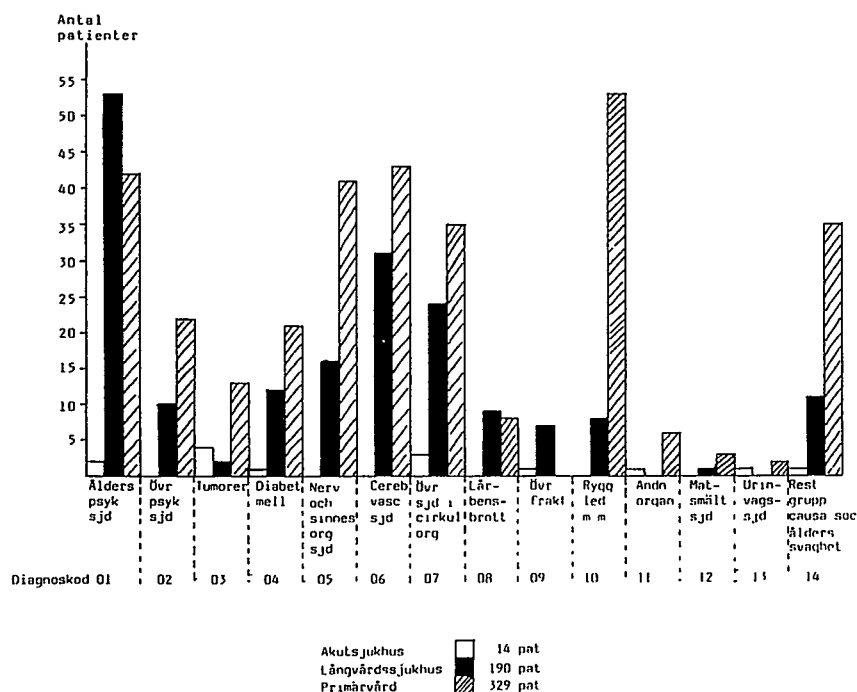


Diagram 1. Huvuddiagnos på samtliga 533 personer.

Inom den slutna vården var de flesta patienterna diagnostiserade i gruppen "åldersrelaterade psykiska sjukdomar", medan den vanligaste diagnosen i primärvården var "rygg- och ledsjukdomar".

70 patienter kunde skrivas hem från sjukhusen

Det viktigaste resultatet av undersökningen var att av de 204 ineliggande patienterna bedömdes att 70 patienter (34%) kunde skrivas hem. De övriga 134 patienterna (66%) bedömdes ej kunna skrivas ut till eget boende p.g.a. hög ålder, lång vårdtid och deras önskan att sluta sina dagar på vårdavdelningen. Det visar att långvårdssjukhusen behövs i någon form även i framtiden.

De 70 patienterna som bedömdes kunde skrivas hem från sjukhusen kommer naturligtvis att behöva en väl utbyggd öppenvård för att klara sig i hemmet. De resursbehov som dessa 70 bedömdes behöva redovisas i form av en "trappa", se diagram 2.

Trappan läses från vänster till höger, varje trappsteg utgör en ny resurs. Varje ny resurs ger möjlighet till utskrivning av nya patienter. Hur mycket övriga resurser som behövs framgår när man läser diagrammet lodrätt.

Som väntat kommer de flesta av dessa patienter att behöva hjälp både av hemtjänst och hemsjukvård.

Ett annat viktigt resultat som diagrammet visar är att det inte går att skriva hem något större antal patienter om inte distriktsarbetsterapeut och distriktssjuktymnast ingår i hemsjukvården. Andra resurser som behövs för att möjliggöra ett större antal utskrivningar är dagcentral och dagavdelning.

Tilläggas kan att de som bedömdes kunna klara sig hemma var framför allt patienter med diagnosen "sjukdomar i cirkulationsorganen". Näst största gruppen tillhörde cerebrovasculära sjukdomar (tillstånd efter t.ex. hjärnblödning). Det var bara fyra stycken i gruppen "åldersrelaterade psykiska sjukdomar" som bedömdes kunna skrivas hem, trots att det var den största diagnosgruppen inom slutenvården.

Diskussion

Vårdkedja

Utifrån vår undersökning drar vi slutsatsen att det krävs en väl fungerande vårdkedja för att uppfylla HSL:s och SoL:s målsättningar att människor ska kunna bo hemma så länge som möjligt. Förutsättningen för en bra gemensam planering är att varje länk i vår tänkta kedja fungerar. I den vårdkedja som vi kom fram till ingår: utskrivningsrutiner, vårdplaneringsgrupp, insatser i hemmet, dagavdelning, dagcentral, sjukhemsavdelning och kollektivboende. Kedjan är gemensam för kommun och landsting.

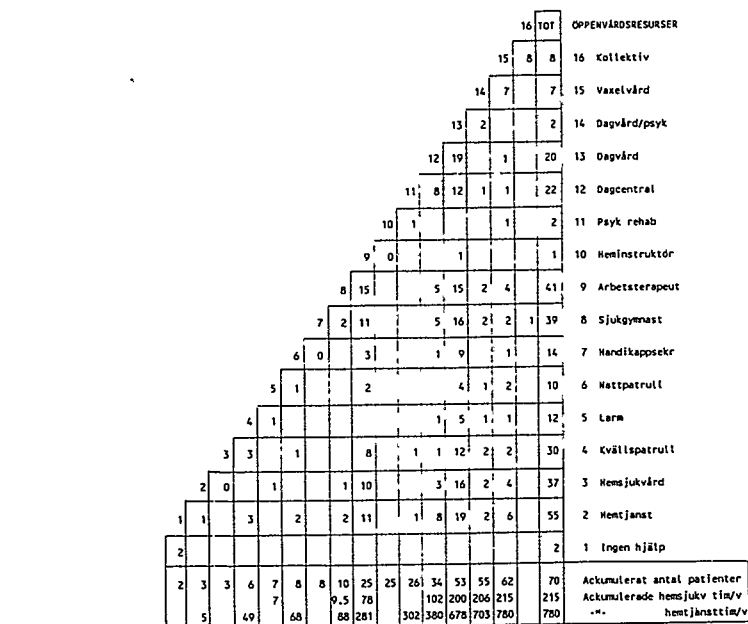


Diagram 2: Behov av öppenvårdsresurser för de 70 patienter som kan skrivas ut till vård i hemmet.

Utskrivningsrutiner. När det gäller utskrivningsrutiner anser vi att det är viktigt att utskrivningen planeras på ett mycket tidigt stadium gemensamt mellan sjukhuset och vårdplaneringsgruppen. Det ger möjlighet till en bra vårdplanering. För att den rehabilitering som gjorts på sjukhuset inte skall spolieras måste de resurser som just den personen behöver finnas tillgängliga vid utskrivningen.

Insatser i hemmet. Insatser i hemmet, framför allt av hemsjukvårdare/undersköterska och vårdbiträde, är naturligtvis basen för all öppen vård. Eftersom det är lika viktigt att förhindra inläggning på sjukhus som att ta väl hand om dem som skrivs ut till hemmet är det viktigt att personalen som arbetar i hemmet har ett nära samarbete med övrig personal i vårdkedjan.

Dagavdelning. Dagavdelningen behövs för mer avancerad rehabilitering efter t.ex. en sjukhusvistelse. Alltefter behovet av den mer avancerade vården minskar, kan patienten gå vidare till nästa länk i vårdkedjan, som är dagcentral.

Dagcentral. På dagcentralen bör det finnas möjlighet för social träning och social gemenskap. Därför bör personal från både kommun och landsting finnas där. Distriktssjuktymnast behövs för att behandla och utveckla fysiska funktioner. Även arbetsterapeut bör finnas tillgänglig här för att utveckla och bibehålla ADL funktioner. Dagcentralen bör vara väl känd och öppen för alla som bor i distriktet.

Sjukhemsavdelning. Vi anser att Skärholmens distrikt behöver en sjukhemsavdelning som administreras av Skärholmens PVO. Alla platser på avdelningen bör vara avsedda för invånarna i distriktet som behöver tillfälligt medicinskt omhändertagande. Här bör även finnas tillgång till sviktplatser för patienter som vårdas av anhängigvårdare, så att de kan få tillfällig

avlastning. Sjukhemsavdelningen kan också fungera som bas för kvälls- och nattpatrull samt larm.

Kollektivboende. Slutligen menar vi att en vårdkedja bör innehålla möjligheter till kollektivboende för personer med åldersdement beteende. Ett sådant boende kan ske i små hemmiljöliknande enheter.

Avslutning

Denna undersökning visar tydligt att en väl fungerande hemsjukvård kräver en hel vårdkedja. Det är inte tillräckligt med basresurserna undersköterska och vårdbiträde. Länkar som exempelvis tillgång till dagvård, sjukgymnast och arbetsterapeut är oundgängliga. En utökning av antalet distriktsläkare, distriktssköterskor och hemtjänstassistenter kommer också att bli nödvändigt.

Referenser

1. Stockholms läns landsting och Kommunförbundets länsavdelning. Sjukvård i hemmet/social hemtjänst. Stockholm: Liber tryck, 1984.
2. Bergström B, Haglund B, Svanlund B. Kartläggning av hemsjukvårdspatienter i Skärholmen. Huddinge: Primärvårdens utvecklingsenhet Sydvest, 1986.

Författarpresentation

Birgitta Haglund*, distriktsläkare på Sättra vårdcentral

Berit Svanlund, undersköterska på Sättra vårdcentral

Barbro Bergström, hemtjänstassistent på Skärholmens socialdistrikt

Paul Lichtenstein, samhällsvetare, Hygieniska institutionen, Karolinska institutet (vid tiden för denna artikels färdigställande: Primärvårdens utvecklingsenhet Sydvest, Huddinge).

*Postadress: Kungssättrav. 33, 127 37 Skärholmen

Fotnot: Rapporten "Kartläggning av hemsjukvårdspatienter i Skärholmen" har givits ut i Rapport 5 i Utvecklingsenhetens rapportserie och går att beställa från Utvecklingsenheten.

Orsaker till sjukhemsvård och möjliga alternativ

ANDERS WIMO · INGRID HEGNER · GUNNEL KARJEL · ULLA LUNDIN ·
DAGNY STRIDSBERG · JAN OLOF HÄGGLUND

Orsaker till permanent sjukhemsvård och tänkbara alternativ har undersökts i en tvärsnittsstudie på Sundsvalls Sjukhem. För cirka 15% av patienterna bedömdes vårdorsaken vara icke-medicinsk och för cirka 25% bedömdes att andra alternativ än sjukhem var möjliga, främst då ålderdomshem. Resultaten antyder att befolkningsprognoser, vårdtyngds-mätningar etc måste kompletteras med en bedömning av icke-medicinska vårdbehovsfaktorer vid planeringen av den framtida äldreomsorgen, samt att den omvårdnadsnivå som de "gamla" ålderdomshemmen stod för behövs.

Nyckelord: Primärvård, äldreomsorg, resurser, sjukhem, Sundsvall, vårdtyngd.

En alltmer ökande andel äldre i landet kommer att ställa stora krav på samhällets planering av hur äldreomsorgsresurserna används. Detta för att vi skall kunna tillgodose de äldres livskvalitetsbehov och uppnå ett effektivt resursutnyttjande. För en bättre planering av framtidens äldreomsorg är bas-kunskaper angående sjukvårdskonsumtionsmönster nödvändiga. I Sundsvall finns sedan flera år tillbaka en tradition att arbeta med äldreomsorgsfrågor, bland annat genom att regelbundna inventeringar gjorts för att kartlägga hur äldreomsorgsresurserna används (1-3). Nedanstående presentation togs ursprungligen fram som ett delunderlag inför en diskussion mellan landsting och primärkommun angående äldreomsorgens dimensionering. Syftet var att undersöka om det fanns andra orsaker till att patienter vistas på institution än rent medicinska och om det fanns alternativ till institutionsvistelse.

Population

Samtliga ineliggande patienter på Sundsvalls Sjukhem vecka 45 (oktober) 1986 bedömdes. Korttidsvårds- och avlastningspatienter exkluderades från undersökningen, eftersom undersökningen enbart gällde orsaker till permanent sjukhemsvård. Medelåldern var 80,1 år (spridning 28-98 år, median 83 år) och förhållandet män:

kvinnor var 1:2. Medelåldern för patienter inskrivna 1986 var högre, 82,8 år. De flesta hade inskrivningsår 1985 eller 1986 (tabell I) och cerebrovasculär lesion och demens var de vanligaste diagnoserna (tabell II). Sjukhemmet består av tio vårdavdelningar med 18-22 platser per avdelning. Två avdelningar är avsedda för psykiatrisk patienter. En avdelning var stängd på grund av omorganisation och ombyggnad och totala antalet disponibla platser var under undersökningsveckan 188.

Metod

Avdelningsföreståndarna och avdelningssköterskorna fyllde den aktuella veckan i ett speciellt utarbetat formulär för varje patient. Där noterades allmänna data som kön, ålder, inskrivningsår och diagnos och det gjordes också en bedömning av orsakerna till

Tabell I

Inskrivningar på Sundsvalls Sjukhem för permanent inskrivna patienter, oktober 1986 (n=178, för 4 patienter erhöles ofullständiga uppgifter).

Inskrivningsår	Antal	Andel %
1986	52	29,9
1985	35	20,1
1984	20	11,5
1983	14	8,0
1982	9	5,2
1981	13	7,5
1980	5	2,9
1979	4	2,3
1978	4	2,3
1977	5	2,9
1976	2	1,1
1969-75	11	6,3
Summa	174	97,8

Tabell II

Huvuddiagnoser för permanent inskrivna patienter vid Sundsvalls Sjukhem, oktober 1986 (n=178, för 4 patienter erhöles ofullständiga uppgifter).

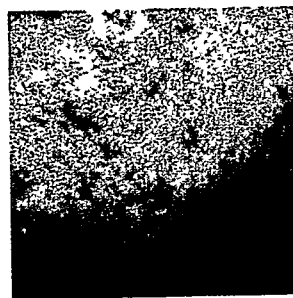
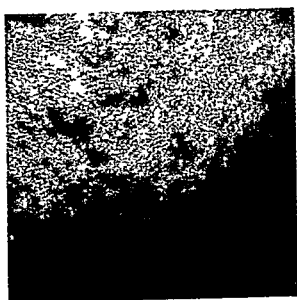
Diagnos	Antal	Andel (%)
Demenssjukdomar	57	32,8
Cerebrovasculära lesioner	55	31,6
Allmän avtackling	14	8,0
Parkinsons sjukdom	13	7,5
Övriga neurologiska sjukdomar	10	5,7
Status post collumfraktur	9	5,2
Reumatoid artrit	5	2,9
Hjärtsjukdomar	5	2,9
Övriga posttraumatiska tillstånd	3	1,7
Lungsjukdomar	2	1,1
Övrigt	1	0,6
Summa	174	97,8

sjukhemsvården, samt en bedömning av tänkbara alternativ till denna vistelse. Vid bedömningen av orsakerna till vården fanns möjlighet att ange tre alternativ med rangordning.

Alternativen poängsattes, så att rangordning 1 fick tre poäng, rangordning 2 fick två poäng och rangordning 3 fick en poäng. Hög poäng angav alltså betydande orsak till sjukhemsvård. Undersökningen avsåg 178 patienter och teoretiskt blev maximal poäng $178 \times (3+2+1) = 1068$ poäng. Dock behövde man inte ange tre orsaker och totalt angavs 736 poäng. Beträffande möjliga vårdalternativ fick endast ett alternativ per patient anges.

Resultat

Vårdorsakspoängen framgår av tabell III. Hög fysisk vårdtyngd (för till exempel strokepatienter) och permanent tillsynsbehov (för exempelvis dementa) var som väntat huvudorsak till vården, men icke-medicinska faktorer (såsom önskan att vara kvar, make/makas önskemål) spelade också viss roll. Om man enbart tittar på huvudorsaken (dvs rangordning 1=tre poäng) enligt tabell IV framgår, att icke-medicinska faktorer var huvudorsak till vården hos 24 av de 178 patienterna. Tänkbara alternativ framgår av tabell V. Servicehus med helinackordering (SMHI), som motsvarar den omvårdnadsnivå som de gamla ålderdomshemmen representerade, framstod som ett alternativ för 22 av 178, medan de nyare servicehusen (med betydligt lägre personalresurser än SMHI) angavs som alternativ för betydligt färre, 7 av 178. Det fanns också uttryckt behov av olika boendekollektiv utanför institution för olika pati-



När *Acne vulgaris* är ett problem!

Nyhet!

Dalacin[®] liniment

klindamycinfosfat

Dalacin liniment 10 mg/ml, är ett antibiotikum för lokalbehandling av acne vulgaris. Linimentet är i en 30 ml glasflaska med applikator för lokalapplikation på angripna hudområden.

FASS-text

Deklaration. 1 ml innehåller: Clindamycin, 2-phosph. respond. clindamycin, 10 mg, propylenglycol, 50 mg, isopropanol, 0,5 ml, natrii hydroxidum et acidum hydrochloricum q.s. ad pH 5 et aqua purificata q.s. ad 1 ml.

Egenskaper. Klindamycin är en originalsubstans från Upjohn. När klindamycinfosfat appliceras lokalt på huden, hydrolyseras föreningen till ett fritt klindamycin. Substansens antibakteriella effekt medför sannolikt en hämning av *Propionibacterium acnes* och därmed en minskad bildning av fria fettsyror från triglyceriderna i sebum. Klindamycin återfinns i komedoner i mängd som ligger över MIC för *Propionibacterium acnes*.

10 mg klindamycinfosfat i en isopropylalkohol/vatten-lösning gavs lokalt på ansiktshuden två gånger per dag under

3 dagar. Låga halter av klindamycin detekterades i serum (0–3 ng/ml). Cirka 0,25% av tillförd dos återfanns i urinen.

Potentialen för kontaktallergi och fotosensibilisering har speciellt studerats för DALACIN liniment och bedömts som minimal.

Indikationer. Medelsvår till svår acne vulgaris.

Kontraindikationer. Känd överkänslighet mot linkomycin och klindamycin.

Biverkningar. Uttorkning av huden. I övrigt se DALACIN kapslar.

Dosering. Ett tunt lager liniment appliceras på väl rengjorda, angripna hudområden 2 gånger dagligen.

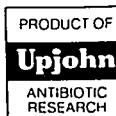
Behandlingstiden bör vara kort och ej överstiga 3 månader.

Observera. Alkoholvehikeln kan vid applikering på huden ge en brännande känsla.

Om linimentet kommer i kontakt med ögon eller slemhinnor, skölj med kallt vatten. Korsresistens med erytromycin kan förekomma.

Vid diarrébesvär bör behandlande läkare kontaktas och behandlingen eventuellt avbrytas.

Förpackningar. Liniment 10 mg/ml 30 ml.



Upjohn AB

Box 289 · 43325 Partille · 031-44 9100

Tabell III

**Vårdorsaks-poäng för permanent inskrivna patienter på Sundsvalls Sjukhem (n=178).
Ju högre poäng, desto mer betydelsefull vårdorsak.**

Vårdorsak	Vårdorsaks-poäng	Andel av avgivna poäng (%)	Andel av möjliga poäng (%)
Fysisk vårdtyngd	432	58,7	40,4
Permanent tillsynsbehov	138	18,7	12,9
Hospitalisering	44	6,0	4,1
Patienten själv vill stanna	35	4,8	3,3
Annan anhörig än make/maka vill att patienten stannar kvar	30	4,1	2,8
Alternativ saknar resurser	28	3,8	2,6
Make/maka vill att patienten stannar kvar	26	3,5	2,4
Övrigt	3	0,4	0,3
Summa	736	100,0	68,8

Tabell IV

Huvudorsak till sjukhemsvård för permanent inskrivna på Sundsvalls Sjukhem, oktober 1986 (n=178).

Huvudorsak	Antal	Andel (%)
Fysisk vårdtyngd	131	73,6
Permanent tillsynsbehov	23	13,0
Patienten själv vill stanna	8	4,5
Annan anhörig än make/maka vill att patienten stannar kvar	5	2,8
Make/maka vill att patienten stannar kvar	4	2,2
Alternativ saknar resurser	4	2,2
Hospitalisering	3	1,7
Summa	178	100,0

Tabell V

Tänkbara vårdalternativ för patienter inskrivna vid Sundsvalls Sjukhem oktober 1986 (n=178)

Vårdalternativ	Antal	Andel (%)
Sjukhem enda alternativet	133	74,7
SMHI (älderdomshem)	22	12,4
Servicehus	7	3,9
Gruppboende för yngre	6	3,4
Gruppboende för dementa	5	2,8
Eget boende med maximal hemhjälp	5	2,8
Summa	178	100,0

entkategorier och för en ganska liten del av patienterna, 5 av 178, skulle också eget boende med maximal hemhjälp vara tänkbart.

Diskussion

Vid planering och dimensionering av den framtida äldreomsorgen är befolkningsutvecklingsprognoser, döds-tal och vårdtyngdsbedömningar viktiga instrument. En del undersökningar visar, att många äldre ur medicinsk- och vårdtyngdsynpunkt är felplacerade, ibland på för hög och ibland på för låg omvårdnadsnivå (4). På grund av resursbrist inom hemsjukvården och hemtjänsten finns idag på sjukhemmen en del pensionärer som annars skulle kunna vara hemma. Bland annat på grund av avvecklingen av de konventionella älderdomshemmen (SMHI) har många pensionärer kommit till sjukhem eftersom en "lucka"

uppstått i samhällets kedja av äldre-vårdsinsatser, vilket också vår undersökning bekräftar, liksom en undersökning från Hofors (5). Det är också känt att en del pensionärer trots mycket hög fysisk vårdtyngd blir boende kvar i servicehus eller på älderdomshem (där sådana finns kvar) på grund av brist på sjukhemsplatser (4). En förändrad åldersstruktur de närmaste decennierna med en kraftig ökning av pensionärer över 85 år medför sannolikt att medelåldern och vårdtyngden på institutionerna ökar. I vår undersökning var också medelåldern på pensionärerna inskrivna under 1986 högre än medelåldern på sjukhem-mets samtliga patienter.

Det kan te sig ologiskt att SMHI anges som alternativ för så pass många (22 patienter), men att resursbrist anges som vårdorsak av så pass få (4 patienter), men detta beror sannolikt

på att sjuksköterskorna redan vet att SMHI håller på att avvecklas.

Att behov av institutionsboende inte bara styrs av enbart medicinska faktorer är en välkänd klinisk erfarenhet. Vår undersökning visar att andra alternativ än sjukhem kan vara möjligt för cirka 25% av patienterna och att orsakerna till vården för cirka 15% av patienterna är icke-medicinska. Miriam Hirshfeld (6), en amerikansk-israelisk forskare har i en uppmärksam undersökning djupare studerat orsakerna till varför vissa dementa patienter togs in för sjukhemsvård medan andra inte togs in. Hon fann att en viktig faktor för att förhindra institutionsvård var "mutuality" det vill säga ömsesidighet och speciellt faktorn "high mutuality from the relationship", det vill säga det fanns en ömsesidighet mellan den demente och den vårdande anhörige, som medförde glädjeämnen i tillvaron för båda makarna, trots demenssjukdomen.

Många inläggningar på institution sker efter "det brustna gummibandets princip" det vill säga anhörigas resurser har under många år alltmer tänjts ut till bristningsgränsen. När tålmod och resurser till slut inte räcker till, är det sedan mycket svårt att motivera anhöriga till att åter vilja ta hem pensionären eftersom den tidigare långa perioden av påfrestningar finns kvar i färskt minne. Tidig kännedom om villkoren för primärvård och hemtjänst, och möjligheter till regelbundna avlastningar, växelvård och dagvård är viktiga instrument för att förhindra dessa utmattningsreaktioner. I många fall blir dessa familjer aktuella för oss i vården först i och med själva bristningen, det vill säga de har tidigare varit okända för primärvård och hemtjänst. Relationerna inom en familj är också svårbedömda, men viktiga faktorer att ta hänsyn till. I ett äktenskap som varit kärleksfullt och rikt har makarna ofta ett stort känslomässigt förtroendekapital att ta av och man ut- hårdar påfrestningar i hemmet som för oss utomstående kan te sig svår- förståeliga. Det är mer naturligt att hust- run till en alkoholiserad och aggressiv make inte är motiverad att vårda sin kanske alltmer demente make i hem- met, och dessa inomfamiljära krafter är svåra att fånga i vårdtyngdsberäk- ningar, åldersutvecklingsprognoser etc. Gilleard med flera (7) studerade emotionella utmattningsymptom hos anhöriga som vårdade mentalt sköra äldre. Man fann, förutom samband med vårdsituationen, även korrelation till den "premorbid relationen" mel- lan makarna.

Självfallet är vårdtyngd den viktiga- gaste orsaken till sjukhemsvård och naturligtvis spelar också resursbrist i öppenvården en viktig roll, liksom själva kvaliteten på de institutioner som finns, men det är också uppenbart att "icke-medicinska faktorer" or- sakar permanent sjukhemsvård.

* Det är alltså vanligt att det finns patienter på sjukhem av icke-medicinska skäl och att detta inte enbart beror på bristande resurser i öppen vård. Det är också rimligt att acceptera att ett sådant "vårdbehov" finns även i en kärv ekonomi och att man vid dimensionering av äldreomsorgen av humanitära skäl tar hänsyn till sådana "irrationella" vårdbehovsfaktorer.

Undersökningen på Sundsvalls sjukhem ger en inblick i en del av primärvårdens ansvarsområde beträffande äldreomsorgen, men det är angeläget att gå vidare med dels kartläggning av hemsjukvården och växelvårds/korttidsvårdspopulationerna, men även mer ingående kvalitativa studier på individnivå behövs för att få en uppfattning om förhållanden som inte låter sig beskrivas i kvantitativa termer.

Referenser

1. SPRI. Äldres flyttningar till service och vård - Sundsvall 1980. Stockholm: SPRI, 1980, SPRI-rapport 66.
2. Thorslund M, Wernberg K. Äldres flyttningar till service och vård. Sundsvall 1979-83. Uppföljning av utvecklingsarbete i Sundsvall 1979-83. Stockholm: SPRI, 1985.
3. Thorslund M. Äldres flyttningar till service och vård - Sundsvall 1986. Uppsala Universitet, Institutionen för Socialmedicin, 1986.
4. Västernorrlands läns landsting. Äldrevården i Västernorrland 1980-1990. Västernorrlands läns landsting 1980.
5. Eriksson A. Boende vid SMHI - vårdtyngd och åldersdemens. Utvecklingsenheten i Hofors, 1986. Rapport nr 24.
6. Hirschfeld M. Homercare versus institutionalization: family caregiving and senile brain disease. Int J Nurs Stud 1983; 20:22-32.

7. Gilleard CG, Belford H, Gilleard E, Whittick JE, Gledhill K. Emotional Distress amongst the Supporters of the Elderly Mentally Infirm. Brit J Psychiat 1984; 145:172-7.

Författarpresentation

Anders Wimo* är distriktsläkare vid Vårdcentralen Centrum, Sundsvall.

Ingrid Hegner, Gunnel Karjel, Ulla Lundin och Dagny Stridsberg är avdelningsföreståndare vid Sundsvalls Sjukhem, medan Jan Olov Hägglund är distriktsläkare där.

Postadress: Vårdcentralen Centrum, Skönsbergsvägen 1, 852 50 Sundsvall. Tel 060/17 33 50 vx

ÄLDREOMSORG I PRIMÄRVÅRDEN

LB06346

Hälsovård för äldre söker sin form

Några erfarenheter från ett försöksprojekt i Sigtuna

URBAN GÖRANSSON

Satsningar på hälsovård för äldre har blivit allt vanligare. Mycket återstår dock innan en sådan verksamhet börjar få fastare former. Som ett bidrag till en fortsatt diskussion rapporteras här erfarenheter från ett försök med uppsökande verksamhet bland äldre i Sigtuna.

Nyckelord: Primärvård, äldre, hälsokontroller, uppsökande verksamhet, äldreomsorg, intervju/enkätundersökningar, forskning, Sigtuna

Olika satsningar på hälsovård för äldre - ofta med uppsökande karaktär - har kommit att bli en aktuell arbetsuppgift för primärvården. Detta är helt i linje med vad som föreslås i HS90-arbetet (1). Där sägs bl a att primärvården på sikt bör inrätta en hälsovård för äldre enligt samma grundläggande idéer som sedan länge tillämpats inom barn- och mödrahälsovården. Adolfsson & Bränsvik (2) pekar i en artikel i Läkartidningen på att det finns en uppfattning ("hypotes") om att en allmän inventering av äldres hälsotillstånd och sociala förhållanden kan innebära både att man finner riskindivider och att man når gynnsamma effekter på den del av populationen som är relativt frisk. Sammanställningar av erfarenheter från olika håll, stödjer den uppfattningen (3, 4). Exempel på hur några sådan försök har lagts upp, presenteras i en rapport från Spri (3).

Denna artikel syftar till att sammanfatta erfarenheter från ett projekt med uppsökande verksamhet bland äldre, som bedrivits i Sigtuna kommun. Undertecknad har haft i uppdrag att utvärdera detta projekt.

Sigtuna-projektet började planeras 1982 efter ett initiativ från Hälsoavdelningen vid den centrala förvaltningen inom Stockholms läns landsting. Primärvården i Sigtuna har därefter ansvarat för genomförandet av projektet, som bl a syftade till att

- genom en enkel hälsokontroll upptäcka och i förekommande fall genom lämplig behandling förebygga eller uppskjuta sjukdomar.
- anvisa åtgärder som underlättar den dagliga livsföringen.

Material

Under perioden 1983-86 kom alla som under respektive undersökningsår fyllde 70, 75 och 80 år att kontaktas. De som vistades på institution (långvårdsklinik, ålderdomshem etc) kontaktades ej. Av 1267 personer var det 991 (78 procent) som valde att delta.

Metod/tillvägagångssätt

De äldre som ingick i studiepopulationen fick först en skriftlig inbjudan att delta samt ett frågeformulär. Frågeformuläret omfattade bl a frågor om boende, allmänt hälsotillstånd, eventuella funktionsnedsättningar och sociala kontakter. I den skriftliga information som utskickades erbjöds

också en mindre hälsokontroll utförd av distriktssköterska.

Då pensionären besvarat och skickat tillbaka formuläret tog en distriktssköterska kontakt med honom eller henne (vanligtvis via telefon) för att komma överens om en tid för hembesök. I vissa fall kom dock pensionären istället till distriktssköterskans mottagning. I händelse av att frågeformuläret inte skickades tillbaka tog distriktssköterskan ändå kontakt med den aktuella personen.

Hälsokontrollen innebar att distriktssköterskan undersökte blodtryck, blodsocker och urinstatus. Vid hembesöket följdes uppgifter från frågeformuläret upp. Pensionären och distriktssköterskan diskuterade så gemensamt om det eventuellt fanns några åtgärder som kunde bidra till att förbättra något för pensionären. Vid behov kunde distriktssköterskan förmedla kontakt med t ex distriktsläkare och hemtjänstassistent.

Resultat

Resultaten från projektet visar att den uppsökande verksamheten har fyllt flera funktioner.

- En rad hälsoproblem och/eller behov som inte redan var omhändertagna har konstaterats. Exempel på sådant har varit rörelsehinder samt hörsel-, syn- och tandproblem.
- Sköterskorna har också i de allra flesta fall då något hjälpbehov har konstaterats kunnat göra något åt detta. Antingen har hon gjort något



FORSKNINGS- STIPENDIUM ALLMÄNNMEDICIN/PRIMÄRVÅRD

Forskningsstipendiet som är på **75.000 kronor** syftar till att stödja såväl klinisk som epidemiologisk forskning inom allmän medicin. 1989 års stipendium är avsett att stödja och stimulera forskning som syftar till att öka kunskapen om hjärt/kärl-sjukdomar. Stipendiet är avsett för icke graduerade forskare inom allmänmedicin/primärvård.

Stipendiet finns 1989 tillgängligt att fördelas till en eller flera sökande. Beloppet eller de fördelade beloppen skall utnyttjas som

forskningskostnader

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

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

Stipendiekommitténs kontaktman för praktiska frågor är Sten Jelinek, Tel. 031-83 98 00.

Ansökan skall innehålla kortfattad forskningsplan, ekonomisk kalkyl samt curriculum vitae. Ansökningsblankett och stadgar kan rekvireras från Bayer Sverige AB.

Ansökan skall vara stipendiekommittén tillhanda **senast den 1 februari 1989 (post-stämpels datum)** under adress:

Bayer Sverige AB, Affärsområde Farma, Box 5237, 402 24 Göteborg.

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

• själv eller också har hon kunnat hänvisa pensionären vidare för ytterligare kontroller och/eller hjälpinsatser. Behov av någon åtgärd (inklusive ytterligare kontroller) har bedömts för 28 procent av samtliga pensionärer.

- Sköterskorna har etablerat nya kontakter i sina områden. Totalt var det 29 procent av dem som deltog i projektet (och ännu fler i bortfallet) som inte besökt distriktssköterskemottagningen i sitt nuvarande område under de senaste tio åren.
- Sköterskorna rapporterar också att det varit en uppskattad verksamhet bland många äldre.

Erfarenheter av Sigtuna-projektets olika delar

Resultaten i Sigtuna visar precis som försök på andra orter (2, 3, 5, 6) att en uppsökande verksamhet bland äldre är en angelägen uppgift för primärvården. Trots detta kan det säkert på sina håll vara svårt att introducera en sådan verksamhet. Ett hinder är att distriktssköterskorna även har annat att göra. Deras dagar är i regel fulltecknade och det kan därför vara svårt att införa nya arbetsuppgifter. Ett annat hinder är att man inte mer exakt vet hur en äldre hälsovård/uppsökande verksamhet skall utformas. Av denna anledning skall här Sigtunaprojektets olika delar kommenteras. Något förklarat kan man säga att projektet lagts upp på följande sätt:

- a) Samtliga i vissa åldersgrupper har kontaktats.
- b) Alla har (tillsammans med inbjudan) fått ett frågeformulär.
- c) Distriktssköterskan har erbjudit ett hembesök.
- d) En mindre hälsokontroll har genomförts.

Att rikta en uppsökande verksamhet till samtliga i vissa åldersgrupper är helt i linje med tankegångarna om en äldre hälsovård för alla. Sigtunaprojektet ger emellertid inte några klara besked om vilken eller vilka åldersgrupper en uppsökande verksamhet bör ha som målgrupp. Val av målgrupp är i hög grad beroende av vilken målsättning en uppsökande verksamhet kommer att ha.

Att ett frågeformulär delats ut har inneburit en introduktion av projektet för pensionären som i lugn och ro kunnat gå igenom frågorna i hemmet. Eftersom formuläret också skickats tillbaka innan hembesöket gjorts, har även distriktssköterskan haft möjlighet att förbereda sig inför mötet. Ett frågeformulär är emellertid i första hand användbart då man vill samla in kunskap som sedan skall systematiseras på något sätt, t.ex. då man vill kartlägga några speciella förhållanden i befolkningen. En kartläggning skall dock inte göras för kartläggningens egen skull. Min uppfattning är att en tillräckligt klart formulerad frågeställ-

ning saknats för Sigtuna-projektets frågeformulär. Frågeformuläret har istället i första hand fungerat som ett hjälpmedel för distriktssköterskorna att få en uppfattning av hjälpbehovet i det aktuella fallet. För ett sådant användningsområde skulle det säkert ha räckt om någon form av checklista använts. Hur eventuella formulär skall se ut är till stor del avhängigt hur informationen sedan skall användas (i patientjournaler, statistiska sammanställningar etc.).

Resultaten från projektet har visat att mycket av det som behöver åtgärdas handlar om sådant som berör den dagliga livsföringen. Det kan tex handla om att förändra boendesituationen eller att installera tekniska hjälpmedel. Av dessa anledningar kan därför rekommenderas att i första hand satsa på hembesök. Hembesök har också av flera sköterskor ansetts ge större förutsättningar för att förstå individens situation.

Sköterskorna har vidare rapporterat att hälsokontrollen har uppskattats av många pensionärer. Flera sköterskor säger vidare att den underlättat för dem som representanter från sjukvården att ta kontakt med de äldre. Vissa sjukdomstillstånd har också kunnat spåras. Det har tex gällt diabetesvården, högt blodtryck och urinvägsinfektioner. Ovanstående skäl leder till slutsatsen att hälsokontrollen fyller en viktig funktion. Vad den skall innehålla och hur pass omfattande den skall vara är dock inget Sigtuna-projektet har gett något svar på.

Några råd

Förutom vad som redan omnämnts skall här ges några allmänna råd till dem som eventuellt planerar någon form av uppsökande verksamhet bland äldre. Det är inte alls någon fullständig förteckning över vad man bör tänka på. Istället skall de ses som exempel på vad utvärderingen av Sigtunaprojektet kunnat konstatera.

Tänk igenom vad som skall uppnås med en uppsökande verksamhet. Syftet får inte bara vara att samla in information om de äldre. Det måste också finnas en strävan efter att förändra eller förbättra något. När målsättningen konkretiserats finns ett bra stöd för att bestämma sig för vad man mer exakt skall fråga om (muntligt eller skriftligt) samt vilka prover eller moment som skall ingå i en eventuell hälsokontroll. Det är bra att begränsa provtagning och frågor till vissa hälsoproblem/behov som anses viktiga. Möjligheten att kunna "spåra" (och därmed också åtgärda) dessa ökar om man inte splittrar upp sig på en allt för bred ansats. Det är också viktigt att koncentrera sig på sådant som det finns möjligheter att förändra.

Sträva efter ett så högt deltagande som möjligt. Resultaten från Sigtuna visade att de pensionärer som inte deltog i projektet, i högre utsträckning än

övriga inte haft någon kontakt med distriktssköterskan i området under den senaste tioårsperioden. Resultaten visade också att deltagandet var lägst i det socialt mest utsatta området. Mycket tyder därför på att "bortfallsbenägna" personer är en extra viktig målgrupp.

Upparbeta kontakter med andra organ som kan tänkas bli aktuella att hänvisa de äldre till (folktandvård, hörcentral, bostadsförmedling etc.).

Var noga med att dokumentera omfattning av de fynd som görs samt de åtgärder som blir aktuella. En registrering kan ge signaler om sådant som behöver förändras. Mycket tid bör läggas ner på att få dessa registreringar så bra som möjligt.

Instruktioner till dem som skall arbeta med verksamheten måste vara utförliga. Alla behöver vara väl förtrogna med dess syfte. Det är också viktigt att de registreringar som skall göras utförs enhetligt på ett korrekt sätt.

Initial testning och regelbunden kontroll bör användas för att hitta rätt. En förstudie kan belysa om rutiner fungerar och relevant information erhålls. Gå regelbundet igenom och granska de erfarenheter som erhålls.

Flera av ovanstående råd kan synas väl självklara. Min erfarenhet som konsult åt primärvårdspersonal som vill genomföra egna undersökningar är dock att mycket som borde vara självklart inte tillräckligt beaktats. Väldigt ofta händer det tex att arbete med att konstruera frågor till ett frågeformulär startas innan en målsättning riktigt konkretiserats.

Avslutning

Sigtunaprojektet har visat att en uppsökande verksamhet bland äldre fyller flera funktioner. Mycket återstår dock innan en sådan verksamhet börjar få fastare former. Fortfarande finns inga mallar vare sig för vad den uppsökande verksamheten skall innehålla eller vilka ålderskategorier den skall vända sig till. Först när så börjar ske kan man förvänta sig att den blir lika accepterad som barn- och mödrahälsovården.

Referenser

1. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS90). Stockholm 1984. (HS90 underlagsstudie, SOU 1984:46).
2. Adolfsson L-E, Bränsvik R. Hembesök hos äldre – omvårdnadsform med framförhållning. Läkartidningen 1986;83: 3803.
3. Spri. Hälsovård för äldre. Stockholm: Spri. 1985. (Spri rapport 198).
4. Göransson U. Äldre hälsovårdsprojektet i Sigtuna. Slutrapport. Sundbyberg: Landstingets hälsovård, Vårdcentralen Kronan 1987 (Grön rapport 145).
5. Lindström K, Henriksson I, Larsson M et al. Meningsfullt hälsokontrollera 75-åringarna. Självklar arbetsuppgift för primärvården. Läkartidningen 1986;83: 1195–6.

6. Holmgren-Eliasson K. "På äldre da'r". Rapport från en uppsökande verksamhet bland pensionärer i Sollentuna. Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna, 1984 (Nytt nr 9).

Författarpresentation

Urbah Göransson är sociolog och var vid artikelns författande anställd vid Socialmedicinska enheten, Vårdcentralen Kronan i Sundbyberg. Numera anställd vid Socialstyrelsen, FAP1, 106 30 Stockholm

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1988

Priserna är exklusive nysättning och originalarbete.
Mervärdesskatt tillkommer.
Särtryck beställes från
Margareta Lindborg,
AllmänMedicin,
08-98 94 92

	Första 500 ex	Följ/Avg 100 ex
20 sidor		
(inkl. omslag)	5.240:-	260:-
16 sidor	4.170:-	210:-
12 sidor		
(inkl. omslag)	3.430:-	170:-
8 sidor	2.380:-	115:-
4 sidor	1.300:-	60:-
2 sidor	940:-	50:-

ÄLDREOMSORG I PRIMÄRVÅRDEN

Bensår – ett resurskrävande hälsoproblem i distriktssköterskevården

LB06347

SIRKKA ELO

För att få en uppfattning om vilka hälsoproblem distriktssköterskan möter vid sina hembesök har en besöksregistrering utförts under en månad vid en vårdcentralens betjäningssområde i Örebro. För besöksregistrering användes en R/P-blankett och en blankett för beräkning av tidsåtgången. Resultatet visar att av besöken gjordes en fjärdedel hos patienter med bensår samt att en fjärdedel av den totala tiden användes för vård av dessa patienter. Denna patientkategori uppvisade ett mer omfattande vårdbehov än endast lokalbehandling av bensår.

Nyckelord: Bensår, hemsjukvård, distriktssköterskor, behov, vårdkonsumtion, Örebro

Bensår är ett relativt vanligt hälsoproblem hos äldre och kräver ofta en långvarig behandling. Utifrån en retrospektiv journalstudie i Göteborg (1) har förekomsten av bensår i hela befolkningen beräknats till 2–4 promille. Prevalensen är förstås högre bland de äldre i befolkningen. Av en population över 65 år i Västerås (2) uppgav drygt 20 promille att de hade sår på ben/fötter.

Beroende på lokal tradition samt tillgång på specialister har dessa patienter tagits omhand av olika professioner. Hudklinikernas vårdplatser i landet har t ex i stor utsträckning upptagits av patienter med bensår (1). Den vårdideologi som vi har haft under de senaste åren har sannolikt styrt omhändertagandet av de flesta patienter med bensår till primärvården.

Eftersom bensår är ett vanligt hälsoproblem hos äldre i befolkningen är det av intresse att studera i vilken utsträckning distriktssköterskevården tar hand om denna patientkategori.

Material och metod

Populationen utgjordes av befolkningen (c:a 12 000 invånare) inom en vårdcentralens betjäningssområde i Örebro. Målgruppen var den del av befolkningen som erhöll hälso- och sjukvård i hemmet av distriktssköterskevården under tiden 84-10-15–84-11-14. Denna vårdcentral arbetar efter vårdlagsprincip (3).

Registreringen av de individuella patientkontakterna har skett med hjälp av en Registrerings/Planeringsblankett. Registreringen av basdata gjordes enligt förslag från den lokala basdatagruppern (4). Som tilläggsdata registrerades uppgifter om kontaktorsak, åtgärd, tidsåtgång samt initiativtagare till den första kontakten. Varje vårdgivare registrerade sina vårdinsatser i form av vidtagna åtgärder samt beräkning av tidsåtgång för dessa. För mätning av tidsåtgång har använts ett observationsschema, sk tidsaxel (5). Registreringen utfördes av distrikts- och undersköterskor vid varje hembesök.

Under studietiden erhöll 277 personer hälso- och sjukvård i hemmet. Hos dessa personer gjordes totalt 1 150 hembesök. Resultatredovisningen avgränsas här till hälsoproblemet bensår, vilket var den vanligaste kontaktorsaken för vård i hemmet.

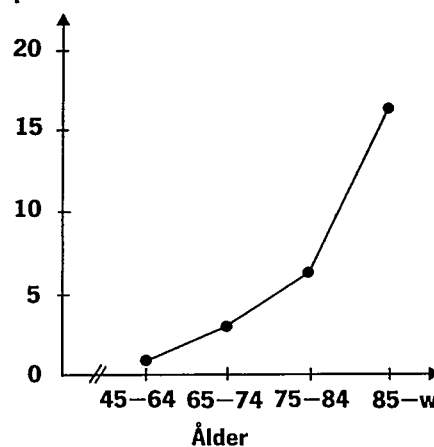
Resultat

Vilka sökte distriktssköterskevård för bensår?

Av besöksregistreringen framgick att 18 personer (6,5 procent av de besökta) hade kontaktorsaken bensår, vilket utgjorde 1,5 promille av befolkningen inom betjäningssområdet. Förekomsten av bensår i befolkningen som behandlas av distriktssköterska framgår av Figur 1.

Den karaktäristiska patienten var en kvinna i 75–84 års åldern. Ålders- och könsfördelningen framgår av Tabell I.

Antal
patienter/1 000 inv



Figur 1.
Andel av befolkningen som har bensår behandlade av distriktssköterska inom vårdcentralens betjäningssområde.

En minoritet, fyra personer, bodde i servicehus. De övriga hade ett ordinarie boende. Ingen av patienterna erhöll hemsjukvårdsbidrag.

I 14 fall fanns enbart kontaktorsaken bensår, och i de fyra övriga fanns ytterligare en kontaktorsak. Fördelningen var följande: två diabetiker med behov av insulininjektion, en patient med omvårdnads- och tillsynsproblem samt en patient med behov av provtagning på grund av antikoagulantabehandling.

Av initiativtagarna till distriktssköterskekontakt dominerade distriktsläkaren (åtta fall). Hudkliniken hade remitterat tre och medicinkliniken två patienter samt kirurg- och thorax/kärlkirurgiska klinikerna en patient var. Patienten själv eller en anhörig hade initierat tre av kontakterna.

Hur mycket vård utnyttjades?

Besöksfrekvens:

Det gjordes 279 hembesök hos dessa 18 personer vilket innebär att 24 procent av det totala antalet hembesök under en månad avsåg personer med kontaktorsaken bensår.

34% färre hjärt blodfettsreglering



Lopid (gemfibrozil) är ett nyregistrerat läkemedel för förebyggande av hjärtinfarkt* när icke-farmakologisk behandling givit otillräcklig effekt.

Lopid är väl beprövat och har under mer än fem års tid använts framgångsrikt på drygt 550.000 patienter i en rad olika länder, bl.a. USA, Frankrike och Tyskland.

Lopid minskar risken för hjärtinfarkt genom att reglera blodets halt av kolesterol, dvs mängden av olika blodfetsfraktioner: HDL-kolesterol (high density lipoprotein), LDL-kolesterol (low density lipoprotein) och VLDL-kolesterol (very low density lipoprotein).

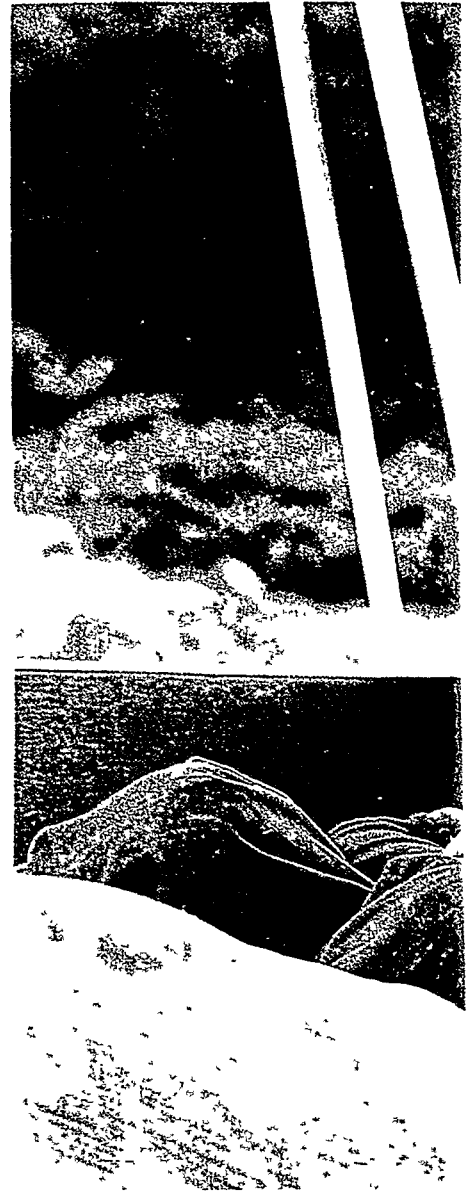
I en banbrytande och mycket uppmärksam undersökning – Helsinki Heart Study (HHS), publicerad 1987 i New England Journal of Medicine (1) – reducerade Lopid antalet hjärtinfarkter med 34% under hela försöksperioden på 5 år, med mer än 50% under de sista tre åren och med 67% femte året. Genom behandling med Lopid sänktes halten av det "onda" kolesterolet (LDL) med 9% och det "goda"

kolesterolet (HDL) höjdes med 10%.

HHS-undersökningen omfattade drygt 4.000 män i åldrarna 40–55 år. Ingen hade symtom på hjärt-kärlsjukdom men samtliga hade ett kolesterolvärde, förutom HDL-kolesterol, på minst 5,2 mmol/l (= 200 mg%). Dietråd gavs till alla deltagare i undersökningen och hälften av männen fick Lopid 2×300 mg i kapselform två gånger om dagen, den andra hälften var kontrollgrupp och fick placebo. 70% av männen fullföljde undersökningen och tog sina kapslar till ca 85% enligt ordinationen.

Under de fem år Helsingfors-undersökningen pågick inträffade 34% färre hjärtinfarkter i den grupp som fick Lopid än bland männen i kontrollgruppen (56 fall jämfört med 84). De första två åren var effekten av Lopid på antalet inträffade hjärt-kärlsjukdomar knappt märkbar, men den ökade undan för undan. Det femte året inträffade bara sex fall av hjärtinfarkt i gruppen som fick Lopid mot 18 i kontrollgruppen.

"HHS har visat att behandling av aterogent kolesterol med gemfibrozil, som både sänker



LOPID

Kapslar 300 mg

Serumlipidreglerande medel

R_x
B04A A09

Deklaration: 1 kapsel innehåller: Gemfibrozil, 300 mg, constit. et color (erytrosin, indigokarmin, titandioxid) q.s.

Egenskaper. LOPID innehåller gemfibrozil, ett syntetiskt valeriansyrederivat med lipidreglerande egenskaper. LOPID reducerar totalkolesterol genom reduktion av LDL- och VLDL-kolesterolfraktionerna, medan HDL-kolesterolfraktionen ökar. Dessutom reduceras plasmatrigrlyceriderna markant. Verkningsmekanismen är ofullständigt känd. Gemfibrozil hämmar perifer lipolys och minskar den hepatiska extraktionen av fria fettsyror. Dessutom hämmas syntesen av apo B, bärarprotein för VLDL, medan clearance ökar. Gemfibrozil ökar HDL₂- och HDL₃-subfraktionerna och deras bärarproteiner apo A-I och apo A-II.

Gemfibrozil absorberas i hög grad och maximal serumkoncentration uppnås efter ca 2 timmar. Proteinbindningsgraden är ca 97%, vilket kan medföra en teoretisk risk för interaktion med andra högggradigt proteinbundna läkemedel. Vid upprepad tillförsel ses ingen ackumulering. Halveringstiden i plasma är ca 1,5 timmar. Gemfibrozil metaboliseras i hög grad i levern. Ungefär 70% av en radioaktivt märkt dos utsöndras inom 120 timmar i urinen, huvudsakligen som glukuronsyrekonjugat. Mindre än 5% av dosen utsöndras som oförändrad substans.

LOPID har efter 5 års behandling minskat incidensen av icke leta hjärtinfarkt med 37% och kranskärlssjukdom med 34%. I doseringer 1200 mg/dag efter dietbehandling erhöles en genomsnittlig reduktion av totalkolesterol med 11%, ökning av HDL-fraktionen med 10% samt reduktion av triglycerider med 43%.

Indikationer. Primär hyperkolesterolemi, för att förebygga hjärtinfarkt då hyperkolesterolemi enskilt eller tillsammans med andra riskfaktorer innebär väsentligt ökad risk för utveckling av kranskärlssjukdom, och

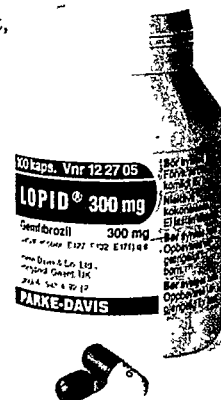
Infarkter efter med Lopid_(gemfibrozil).



detta och höjer HDL-kolesterolet, leder till minskad hjärtinfarktincidens. Vi har därmed klinisk effekt av en relativt biverkingsfri lipidsänkare. Gemfibrozil kommer därför att bli ett värdefullt tillskott i den lipidsänkande farmakologiska arsenalen." (Professor Anders G Olsson, i Läkartidningen 1988; 85: 601-603.)

* icke fatal hjärtinfarkt, fatal hjärtinfarkt, plötslig hjärtdöd.

1. Frick MH, et al. Helsinki Heart Study: Primary prevention trial with gemfibrozil in middleaged men with dyslipidemia. New Engl J Med 1987; 317:1237-45.



Lopid

Lipidregleraren

Reglerar blodfettet och forebygger hjartinfarkt

icke-farmakologisk behandling givit otillräcklig effekt.
Kontraindikationer. Överkänslighet mot gemfibrozil. Kolesterolutsöndringen i gallan kan öka, varför preparatet ej skall ges till patienter med leversjukdom.
Siktighet. Gravid nedsatt lever- och njurfunktion, då klinisk erfarenhet i vidare saknas.
Graviditet. Kategori B:3. Se speciellt avsnitt märkt g. Höga doser gav en rätta viss påverkan på reproduktionsprocessen, vars betydelse för framtiden är oklar. Då klinisk erfarenhet på gravida kvinnor saknas bör Lopid ej ges under graviditet.
Amning. Uppgift saknas om passage över i modersmjölk.
Biverkningar. Gastrointestinala symtom sasom buksmärtor, diarré, illamående, kräkningar och flatulens. Allergiska hudreaktioner. Leverfunktionsprövningar har i sällsynta fall visat initiala, övergående förhöjningar av ALT, S-ASAT, LD och alkaliska fosfataser.
Dosering. Normaldos: 1200 mg dagligen uppdelat på två doser.

motsvarande 2 kapslar 2 ganger dagligen. Vissa patienter erhåller terapeutisk effekt efter 900 mg/dag medan ett annat kräver 1500 mg/dag.
Interaktion. Vid samtidig tillförsel av antikoagulantia potentiernas effekten av dessa, varför dosen bör reduceras.
Observera. Lipidvärdena bör följas under behandlingen. Full effekt kan förväntas efter 2-3 månaders behandling. Har tillfredsställande lipidreglering ej uppnåtts efter denna tid bör terapiändring övervägas. Leverfunktionsprov bör tas regelbundet och vid kvarstående förhöjda transaminasvärden utsätts preparatet. Effekt och säkerhet vid behandling av barn har inte fastställts.

Förpackning. Kapslar 300 mg (röda och vita). 100 st.

PARKE-DAVIS, Box 4130, 17104 Solna. Telefon 08-764 78 40.

Tabell I

Ålders- och könsfördelning avseende patienter med kontaktorsak bensår.

Kön	Ålder	45— 64 år	65— 74 år	75— 84 år	Över 85 år	Samtliga
Kvinnor		2	1	7	2	12
Män			4		2	6
Samtliga		2	5	7	4	18

Tabell II

Vidtagna åtgärder hos patienter (N=18) med hälsoproblemet bensår rangordnade efter vårdbehov.

Åtgärd	1 Antal	2 Antal	3 Antal	Totalt Antal
Lokal behandling	187	27		214
Insulininjektion	58	1		59
Lindning av underben	22	32		54
Hälsö- och sjukvårdsrådgivning	1	10	1	12
Socialmedicinsk åtgärd inkl utskrivn av hjälpmedel och socialmed utredning	1	4	2	7
Uppföljning, eftervård	3	1		4
Personlig omvårdnad	1	3		4
Blodprov		4		4
Rådfrågning läkare	1	2		3
Blodtrycksmätning	1	1		2
Bakterieprovtagning		2		2
Hälsoupplýsning		1	1	2
Undersökning, inspektion	1			1
Övrig injektion	1			1
Stödsamtal		1		1
Administrering av läkemedel		1		1
Totalt	277	90	4	371

Använd tid:

Använd tid för hälso- och sjukvårdsåtgärder hos de 18 patienterna var 6 300 minuter (105 timmar), vilket var 24 procent av totalt använd tid för hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet under en månad. Medeltiden låg på 22 minuter per besök, lika för kvinnor och män.

Vilka åtgärder vidtogs och av vem?

I Tabell II redovisas samtliga åtgärder som vidtogs hos patienter med bensår under den aktuella månaden. Vårdgivaren har haft möjlighet att ange upp till tre olika åtgärder vid varje besök. Åtgärderna är rangordnade efter vårdgivarens bedömning av patientens vårdbehov. Observera att det utöver bensår fanns andra kontaktorsaker som tidigare nämnts.

Av de 279 hembesöken gjordes 74 procent (206) av distriktssköterska och 26 procent (73) av undersköterska.

Diskussion

Andelen av befolkningen som hade distriktssköterskekontakt i hemmet på grund av bensår låg på 1,5 promille och var högst 16 promille i åldern 85 år och äldre. Befolkningens kontakt vid bensår med distriktssköterskan är dock något högre eftersom en del söker distriktssköterskemottagningen för vård. En pilotstudie vid samma vårdcentral visade att 1 av 40 patienter

sökte sådan mottagning för lokal behandling av bensår (6).

Av de patienter som hade hembesök av distriktssköterskevården under en månad hade 6,5 procent bensår. Dessa personer utgjorde en patientgrupp som utnyttjade mycket vård, 25 procent av hembesöken samt 25 procent av totala tiden för hälso- och sjukvård i hemmet. Det bör dock noteras att ingen av dessa patienter erhöll hemsjukvårdsbidrag, vilket vid undersökningens genomförande, utbetalades till patienter som var synnerligen vårdkrävande samt i behov av omfattande tillsyn och hjälp.

Studien väcker frågan varför distriktssköterskan hade använt så mycket tid för sjukvårdsåtgärder vilka hade kunnat utföras av en person med undersköterskekompetens. Orsaken till detta förhållande var i huvudsak organisatorisk. Distriktssköterskevården hade, vid undersökningens genomförande, en begränsad tillgång under förmiddagen till vårdlagets undersköterska, som för övrigt var placerad på läkarmottagningen.

Av de åtgärder som hade vidtagits hos de aktuella patienterna framgår tydligt att distriktssköterskan hade en helhetsbild av sina patienter och deras behov. Utöver behandling och eftervård av bensår hade distriktssköterskan vidtagit åtgärder som har karaktär av hälsovård, socialmedicinsk omvårdnad etc. Av detta kan man dra

den slutsatsen att personer med hälsoproblemet bensår, som får sina vårdbehov tillgodosedda i hemmet, kan förväntas uppvisa ett mer omfattande vårdbehov än lokalbehandling av bensår. De kan därvid ha ett behov av kontinuerlig kontakt med distriktssköterskan. Man kan t o m säga att det vore en fördel om denna patientkategori fick sina vårdbehov tillgodosedda av en vårdgivare med socialmedicinsk kompetens. Detta för att kunna garantera en helhetssyn på patientens behov samt öka kontinuiteten i kontakten mellan vårdgivare och patient.

Referenser

1. Andersson E, Hansson C, Swanbeck G. Leg and Foot Ulcers. An Epidemiological Survey. *Acta Derm Venereol* (Stockholm) 1984;64,227-32.
2. Gummesson A. Uppläggning och genomförande av en studie angående frekvensen bensår i en population. I: Omvårdnadskonferens i Örebro den 24-25 april 1986. Örebro: Örebro läns landsting - Högskolan i Örebro, 1986:91-9. (Rapport 38).
3. Elo S. Samhällsprofil, vårdprofil och social omsorgsprofil för Olaus Petri vårdcentralens betjäningssområde. Örebro: Primärvårdens utvecklingsenhet, Socialmedicinska avdelningen, 1987. (Rapport-Primören 8/87).
4. Almer-Larsson I, Falck G, Holmquist L, Lidén L, Mägi M. Informationshantering inom primärvården i Örebro län. Arbetsgruppens förslag. Örebro, Socialmedicinska avdelningen, 1984. (Stencil).
5. Elo S. Information om R/P-blankettens användning vid Olaus Petri vårdcentral i Örebro. Örebro, Socialmedicinska avdelningen, 1987. (Stencil).
6. Elo S. Befolkningens kontakter med distriktsvården vid Olaus Petri vårdcentral. En pilotstudie. (Abstract). I: Rapport-Primören. Örebro: Primärvårdens utvecklingsenhet, Socialmedicinska avdelningen, 1986:25 (Rapport-Primören 3/86).

Författarpresentation

Sirkka Elo är distriktssköterska/utredningssekreterare vid Primärvårdens utvecklingsenhet, Socialmedicinska avdelningen, Örebro.

Postadress: Storgatan 33, 703 63 Örebro

Att utbilda allmänläkare i lättillgänglighet och kontinuitet

GÖRAN SOMMANSSON

Lättillgänglighet och kontinuitet är två centrala begrepp för primärvården. I FV-utbildningen av allmänläkare bör dessa begrepp få en framskjuten roll. I denna artikel diskuteras ett förslag för att förbättra utbildningen i lättillgänglighet och kontinuitet, där handledningen i allmänmedicin kan få en mer definierad struktur.

Nyckelord: Primärvård, vårdkontinuitet, medicinsk utbildning.

Jag har nu avslutat min FV-utbildning i allmänmedicin. Enligt nuvarande utbildningsordning har det inneburit ett års allmänmedicin i början, tre års sjukhustjänstgöring och nu på slutet sex månaders allmänmedicin. Behov av handledning har ibland förekommit, ibland inte. Formell handledare har ibland funnits, oftast inte. Handledningen har i mitt fall varit vällovligt uppmuntrande och snällt kravlös, mera sällan systematiserad och målinriktad. Detta gäller också inom allmänmedicindelen.

Målet med utbildningen är ju att bli en god allmänläkare. Det innefattar då att ha kunskap om och erfarenhet av skilda delar av medicinen; att känna igen olika medicinska problem, att utreda och behandla dessa. Den rent tekniska sidan av detta inbillar jag mig är skapligt tillgodosedd i min utbildning, även om den ju inte kan vara heltäckande. I konsten att identifiera och behandla sjukdomar är också handledningen bäst utformad.

Krav på primärvården

Nu har ju kraven på den utbyggda primärvården blivit så stora. Allmänläkaren skall inte bara verka som en utlokaliserad sjukhusläkare utan även förebygga sjuklighet, både på individnivå och en samhällslevelig nivå.

Till yttermera visso också verka för en vårdstruktur som befrämjar kontinuitet, lättillgänglighet och god omvårdnad av de sjuka. Det senare understrykes ju också av befolkningens krav på primärvården. I mitt projektarbete under FV-utbildningen, som är ett försök att utvärdera verk-

samheten vid en nyöppnad vårdcentral i en storstad med regionsjukhus, belyses detta delvis.

En postenkät utsändes till ett tio procentigt slumpmässigt urval av befolkningen i vårdcentralens Skogsfrids upptagningsområde i Linköping. Enkäten utsändes i mars 1984, strax före vårdcentralens öppnande. Svarsfrekvensen var i alla åldrar hög, kring 85 procent. Enkäten ville bland annat försöka besvara vilka vårdkontakter befolkningen hade innan man öppnade en vårdcentral med områdesansvar.

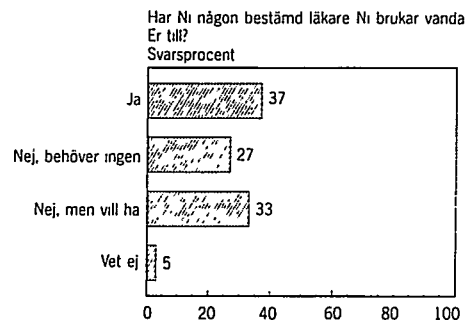
I enkäten framgår, att cirka 1/3 av befolkningen inte har någon fast läkarkontakt men önskar sådan (figur 1).

Enkäten ville också belysa befolkningens önskemål vid läkarbesök och i svarsfördelningen ses att det dominerande (65 procent) är att man prioriterar läkarkontinuitet (figur 2).

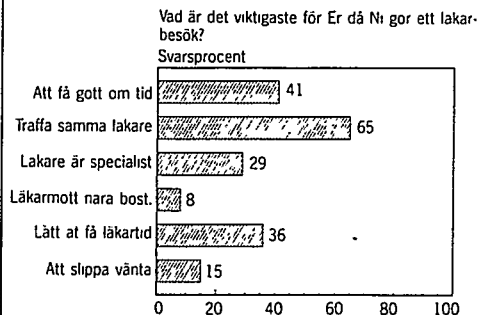
Lättillgänglighet och kontinuitet

Lättillgänglighet och kontinuitet är de dominerande önskemålen och man återkommer i enkätens öppna del med krav på att få träffa läkare när man blir sjuk. Helst en läkare man känner. Detta är rimligt och det bör i hög grad kunna tillgodoses nu när allmänläkartätheten blir allt större.

Min utbildning i allmänmedicin har varit illa utformad när det gäller träningen i att hålla långvarig kontakt med patienter och familjer, att fungera som husläkare för familjen och grupper av patienter med hög kontinuitet och lättillgänglighet. Utbildningen har befrämjat kontinuitetsbrott. Jag har endast lyckats hålla kontakt med enstaka patienter under min odyssey på stora sjukhuset. Till allmän diskussion föreslår jag därför en förändring som hämtat idéer från utbildningsformen vid Family Medicine Residency, Medical University of South Carolina, USA. Här bedrivs sedan 1970, under ledning av Hiram B Curry, utbildning i familjemedicin med en noggrant strukturerad handledning och med tyngdpunkten i kontinuitetsaspekten. Den anpassning av dessa idéer till svenska förhållanden som jag föreslår, ger handledningen i allmänmedicin en mer definierad struktur än vad som är fallet idag.



Figur 1. Svarsfördelning i fråga ur postenkäten som vill belysa fasta läkarkontakter före vårdcentralen Skogsfrids öppnande mars 1984.

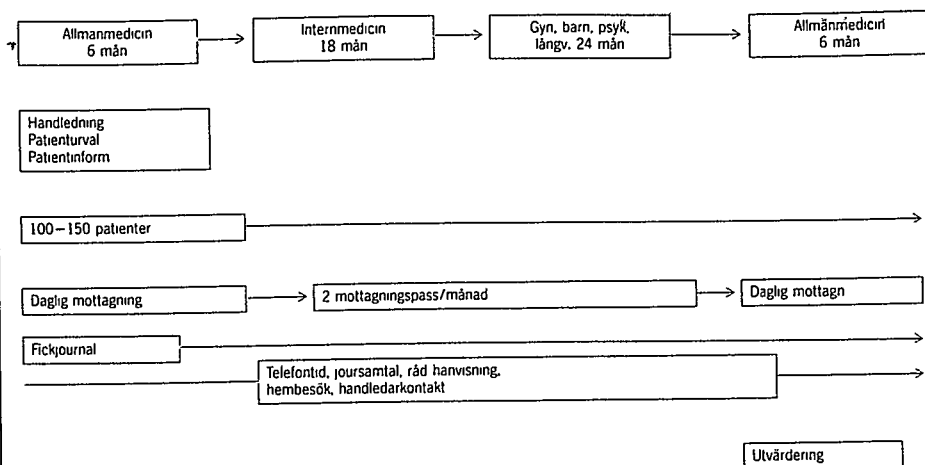


Figur 2. Svarsfördelningen anger vad patienterna prioriterar vid ett läkarbesök. Varje tillfrågad fick ange de två önskemål man prioriterade högst i samband med läkarbesök. (6 procent har endast angivit ett alternativ, varför summan blir 194 procent.)

Utbildningsförslag

I fig 3 ses ett förslag till utbildnings-schema. FV-blocken skulle inledas med 6 månaders allmänmedicin vid den vårdcentral där man är placerad i början och i slutet av utbildningen. Tillsammans med formellt utsedd handledare, som bör vara en ordinarie distriktsläkare, utses 100–150 patienter, gärna inkluderande 20–30 familjer, som alla går igenom inom ramen för gängse mottagningsrutiner. FV-läkaren för dessa separat journalbok. I South Carolina kallas denna för "My Practice in My Pocket" och är speciellt utformad för ändamålet.

Dessa patienter, eller om man så vill familjer, följes sedan av FV-läkaren under hela blocktiden med målsättning om högsta möjliga kontinuitet och lättillgänglighet. Patienterna er-



Figur 3. Förslag till ändrad utbildningsplan för FV-läkare i allmänmedicin. Den totala utbildningstiden på 4½ år har bibehållits oförändrad. Efter patienturvalet under allmänmedicindelen följes patienterna med mottagningspass på den egna vårdcentralen även under sidoplaceringarna på sjukhus.

bjudes således en form av kontrakt med uppmaning om möjlighet att vända sig till FV-läkaren på telefontiden eller mottagningstid då sjukdom uppträder. Under FV-läkarens utbildningstid på sjukhuset blir patienterna informerade om aktuella telefontider på klinikplaceringen. Tiden för klinikplacering är något förlängd, men i gengäld skall en halvdag varannan

vecka avsättas för mottagning på den egna vårdcentralen för dessa patienter. Eventuella insatser utanför ordinarie arbetstid, till exempel hembesök eller telefonrådgivning, ersättes av patienterna till en rimlig taxa, alternativt ersättes enligt gällande jouravtal. Om arbetsbördan skulle bli för stor får handledaren gå in som medhjälpare.

Utvärdering och mål

Under de avslutande 6 månadernas allmänmedicin uppföljes samtliga patienter, journalhandboken redovisas och tillsammans med handledaren utvärderas utbildningsmomentet. Också patienternas attityder och erfarenheter införskaffas.

Målet med denna utbildningsform är flerfaldigt; dels att träna FV-läkaren i enkla mottagningsrutiner med egen tidbok och egen smidig journalrutin, dels också ge FV-läkaren möjlighet att följa upp olika sjukdomstillståndets förlopp och få konfronteras med alldagliga, mindre svåra medicinska problem, som numera handlägges av andra personalkategorier vid vårdcentralerna. Dessutom torde formen med fortlöpande kontakt med sin vårdcentral bidra till att stärka FV-läkaren i sin identitet som blivande allmänläkare.

Författarpresentation:

Göran Sommansson, distriktsläkare, Vårdcentralen Skogsfrid, Linköping.

Postadress: Vårdcentralen Skogsfrid, Westmangatan 18, 582 46 Linköping.

SFAMs Stiftelse för allmänmedicinsk forskning utlyser ett pris för årets FV-rapport

Första pris: 3 000 kronor. Två andra pris à 2 000 kronor.

Rapporten skall redovisa det forsknings- och utvecklingsarbete som genomförts under FV-utbildningen i allmänmedicin. Rapporten skall vara utformad så att den med små redaktionella ändringar kan publiceras i AllmänMedicin (se författaranvisningar till tidskriften).

Stiftelsens styrelse har utsett en priskommitté bestående av Malin André, Anna-Karin Furhoff, Bo Haglund och Göran Sjönell (ordförande).

FV-rapporten skall vara insänd till redaktionen för AllmänMedicin före den 27 februari 1989 och klart ange "FV-rapport 1988".

Priserna kommer att utdelas i anslutning till SFAMs höstmöte 1989.

Adress: AllmänMedicin
172 82 Sundbyberg
Telefon 08-98 94 92

Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ

LB 8813

Läkemedelsinformationscentraler finns i Lund och Huddinge, och liknande enheter byggs nu upp vid landets övriga universitets- sjukhus och vid Regionssjukhuset i Örebro. Läkemedelsinfor- mationscentralen besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuk- sköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive informationscentral. Frågor och svar lagras sedan i databasen Drugline. Du kan själv ringa upp och ställa frågor direkt! Om Du vill så går det också bra att skicka frågor till mig så kan jag sedan förmedla frågor och svar.

För att ge ökad spridning av frågor/svar som behandlats vid läkemedelsinformationscentralen kommer jag att i ALLMÄNME- DICIN publicera några frågor som kan intressera läsekreten. Har Du synpunkter på vilka ämnen som jag skall ta upp i denna spalt skriv till DL Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skär- gårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg tel 0766/385 00.

Fråga:

En äldre kvinna har tidigare reagerat med överkänslighet i form av hudutslag i samband med behandling med sulfametoxazol (ingår i Bactrim och Eusaprim). Hon har nu oavsiktligt behandlats med vagitorier Triple Sulfa (sulfatiazol, sulfabensamid och sulfa- cetamid) utan att reagera. Kan man nu frikänna patienten från sulfallergisstanke och ge henne exempelvis sulfametoxazol- preparat i fortsättningen utan risk? Med andra ord: förekommer korsallergi mellan olika sulfonamider?

Svar:

Vid tidigare överkänslighetsreaktion mot sulfonamid är risken för förnyad reaktion ökad. Avsaknad av reaktion efter en närbesläk- tade sulfonamid utesluter inte att specifik överkänslighet för ex-empelvis sulametoxazol föreligger. Även om reaktionen tidigare varit lindrig torde i de allra flesta fall ett fullgott alterantiv till sulfametoxazolterapi finnas varför förnyad exposition för denna substans avrådes.

Fråga:

En 22-årig kvinna som lider av svåra menstruationssmärter har fått god lindring genom behandling med stolpiller Voltaren (dik- lofenak). Hon tycker själv att perorala NSAID (Non Steroid Anti-Inflammatory Drugs) inte hjälper mot smärtan. För närva- rande har patienten en besvärlig proktit och kan inte använda stolpiller. Finns det något vetenskapligt stöd för uppfattningen att NSAID givet i form av stolpiller är mer effektivt än peroralt givet?

Svar:

Redan 1953 rapporterade dr Fox i ett "Letter to the Editor" i Lancet att fenylobutazon tycktes minska menstruationssmärter hos reumatiker. Under 70-talet utvärderades indometacin och andra NSAID-preparat i detta avseende och de anses ha god

effekt och numera är detta en väletablerad behandling. En finsk grupp har undersökt behandling med naproxen mot dysmenor- ré. Man antog initialt att stolpiller var mer effektiva och att detta kunde förklaras av högre koncentration av prostaglandinhämma- re i bäckenorganen lokalt om preparatet givits i stolpillerform jämfört med peroralt givet. Emellertid gav fortsatta studier mot- satt resultat- den krämplösande effekten var snarast större då preparatet givits peroralt. Vid båda administrationssätten såg man god behandlingseffekt. Sammanfattningsvis har litteraturge- nomgången av detta visat att det saknas dokumentation som skulle tala för att stolpiller skulle vara effektivare än tabletter. Vid behandling av patienter med dysmenorré med NSAID-pre- parat bör därför peroral administration vara förstahandsalterna- tive.

Den sista frågan gäller inte läkemedelsbehandling men är ändå ett exempel på en annan typ av frågor som besvaras vid Läkeme- delsinformationscentralen.

Fråga:

En kvinna röker marijuana tre gånger i veckan. Hon är nu gravid i vecka 28. Är risken för missbildning hos fostret ökad?

Svar:

Hos kvinnor som under graviditeten röker marijuana regelbun- det finns ofta andra samtidiga riskfaktorer: ökad tobaks- och alkoholkonsumtion, sämre socioekonomiska förhållanden etc. Ef- fekterna av marijuanabruk som enskild faktor är därför svår att värdera. Barn till mödrar som rökt marijuana under graviditeten är ofta för tidigt födda, har lägre födelsevikt och inte sällan ser man hos dessa barn postnatal adaptationsstörning. Någon ökad risk för fostermissbildning har man inte säkert statistiskt kunnat påvisa.

Fråga:

En 25-årig kvinna med psykos behandlas sedan en tid med Trila- fon (perfenazin) och Hibernal (klorpromazin). Patienten har nu utvecklat bilirubinstregning med ikterus. Man misstänker att klorpromazin orsakat bilirubinstegringen och önskar rekomen- dation av annat högdosneuroleptikum med mindre risk för denna biverkan.

Svar:

Samtliga registrerade neuroleptika kan ge leverskada som orsa- kas av gallstas. Olika försök har gjorts att skatta risken för leverbiverkan av olika neuroleptika. Resultaten är motsägelseful- la och riskskattningen är därför mycket osäker. Allmänt anses lågdossubstanser som haloperidol och perfenazin vara mindre belastade med denna typ av biverkan jämfört med klorpromazin. Risken för leverbiverkan kan förmodas öka då patienten behand- las med flera neuroleptika samtidigt. Om neuroleptika är nöd- vändigt att använda rekommenderas monoterapi i första hand med lågdospreparat.



Rapport från lokal läkemedelsgrupp i Ale, norra Älvsborgs län

I "Information från Socialstyrelsens läkemedelsavdelning 1985:2" redogörs för en utredning om läkemedelskommittéernas organisation och uppgifter. Bl a konstateras att den dominerande läkemedelsförskrivningen sker för patienter i öppen vård samt att en förbättrad läkemedelsterapi inom primärvården är av stor betydelse.

Vidare anser utredningen det viktigt att stimulera det lokala arbetet kring en rad väsentliga läkemedelsfrågor på primärvårdsområdesnivå, t ex:

- att utarbeta förslag till ändringar av och tillägg i läkemedelsrekommendationerna
- att följa den lokala försäljningen av läkemedel
- att bedöma sjukvårdspersonalens behov av information och fortbildning inom läkemedelsområdet och i dessa frågor samråda med läkemedelskommittén och utbildningsansvariga
- att medverka till samordning av läkemedelsinformation till patienter

För detta ändamål förefaller det enligt utredningen lämpligt att bilda lokala läkemedelsgrupper.

En lokal läkemedelsgrupp kan bestå av t ex en distriktsläkare, en distriktsköterska/mottagningssköterska och en apotekare.

För samordningen bör var och en av de lokala läkemedelsgrupperna ha en representant i den lokala läkemedelskommittén.

Utredningen anger, att organisationen av kommittéarbetet självfallet skall anpassas till lokala förutsättningar och önskemål.

Vi vill ge några exempel på och idéer om hur arbetet i en lokal läkemedelsgrupp kan utformas med utgångspunkt från de i utredningen angivna exemplen på väsentliga läkemedelsfrågor på primärvårdsområdesnivå:

- att utarbeta förslag till ändringar av och tillägg i läkemedelsrekommendationerna

I norra Älvsborg finns sedan 1972 en aktiv läkemedelskommitté. Vart och ett av de fem primärvårdsområdena har hittills haft en eller två distriktsläkare som medlemmar i läkemedelskommittén.

Inom varje primärvårdsområde finns en lokal läkemedelsgrupp, t ex i Ale med fyra vårdcentraler och tre apotek. Samarbetet med läkemedelskommittén är intensivt och regelbundet. Från den lokala läkemedelsgruppen i Ale lämnas en gång per år in förslag till ändringar av läkemedelsrekommendationerna. Sekreteraren i den lokala läkemedelsgruppen samlar efter diskussion in synpunkter på läkemedelsrekommendationerna och sammanställer dessa synpunkter. I diskussionerna bör varje läkare och sköterska samt farmaceut inom primärvårdsområdet aktiveras och uppmanas att komma med synpunkter. Detta kan lämpligen göras vid en gemensam träff inom varje vårdcentral under deltagande av lokala läkemedelsgruppen.

- att följa den lokala försäljningen av läkemedel

Uppgifterna om den lokala försäljningen av läkemedel lämnas i samband med den gemensamma information och fortbildning inom läkemedelsområdet som äger rum i läkemedelskommitténs regi. En dylik fortbildning sker två gånger per år. Sammanställning av läkemedelsförsäljningen görs av farmaceut, som presenterar uppgifterna.

- att bedöma sjukvårdspersonalens behov av information och fortbildning inom läkemedelsområdet och i dessa frågor samråda med läkemedelskommittén och utbildningsansvariga samt
- att medverka till samordning av läkemedelsinformation till patienter

Vi har nämnt den satsning på information och fortbildning inom läkemedelsområdet vilken görs av läkemedelskommittén i norra Älvsborgs län. Vid dessa utbildningstillfällen medverkar lokal distriktsläkare som moderator och som sammanfattare av utbildningen i skriftlig form i samarbete med informationsapotekaren.

Några exempel på information och fortbildning inom läkemedelsområdet i läkemedelskommitténs regi:

- Antibiotika i öppen vård
- Psykofarmaka i primärvården
- Gynekologi i primärvården
- Smärtlindring i livets slutskede
- Mag-tarmsjukdomar i primärvården
- Hudsjukdomar i primärvården

Inom Ale primärvårdsområde är f n tretton läkare verksamma på fyra vårdcentraler. En gång per månad efter ordinarie arbetstid samlas samtliga läkare och apotekschefer från de tre apoteken i Ale under två timmar för gemensam läkemedelsinformation inom ett förberett område. Med hänsyn till ämnesval deltar även sköterska, sjukgymnast eller representant för kommunen. Planeringen av dessa informationsträffar sker i den lokala läkemedelsgruppens regi.

Några exempel på avhandlade ämnesområden:

- Samarbetsformer för vården av våra diabetiker
- Rapport från lokala läkemedelsgrupper i Ale
- Presentation av ett vårdprogram inom Ale för luftburna allergier
- Patient compliance – nytt namn på gammalt problem
- STD-situationen. Klamydiaodling på MVC
- Tetracykliner – kulturhistoria. Jultallrik!
- Finstämda centralnervösa biverkningar vid behandling med betareceptorblockerare
- Hälsoprojektet i Skepplanda
- Behandling av ångest och oro
- Naturmedel och/eller läkemedel
- Ornitologisk exkursion
- Fukt- och mögelproblem i våra bostäder

I samband med lansering av ny upplaga av vårt egenvårdshäfte är naturligtvis en samordning av råd till patienter/kunder mycket viktig. En ny upplaga av egenvårdshäftet utges vart tredje år. Det är naturligt att den lokala läkemedelsgruppen samordnar genomgång av en ny upplaga med apotekspersonal/distriktsläkare/sköterskor.

Vi har i grova drag försökt att beskriva hur verksamheten för vår lokala läkemedelsgrupp utformas. Vi vill betona vikten av att förankra den lokala läkemedelsgruppens arbete i den medicinska omgivningen samt att bedriva en regelbunden aktivitet enligt en grundläggande plan. Med angiven inriktning av verksamheten kan förhoppningsvis den lokala läkemedelsgruppen bidra till att rationell läkemedelsanvändning uppnås.

För den lokala läkemedelsgruppen i Ale

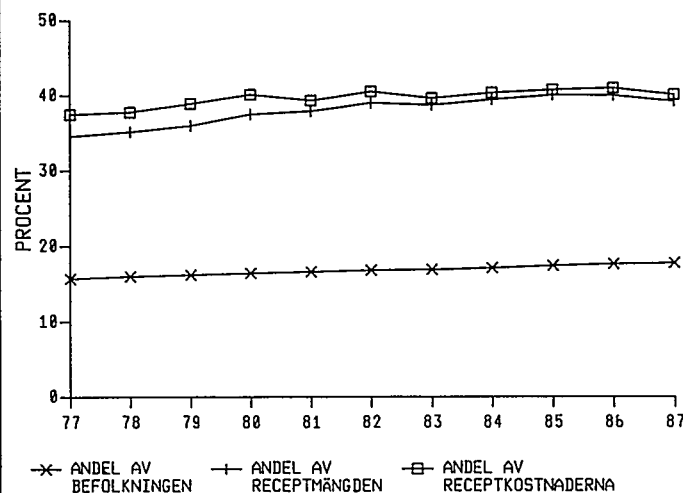
Jerker Seander
ordförande

Kurt Johansson
sekreterare

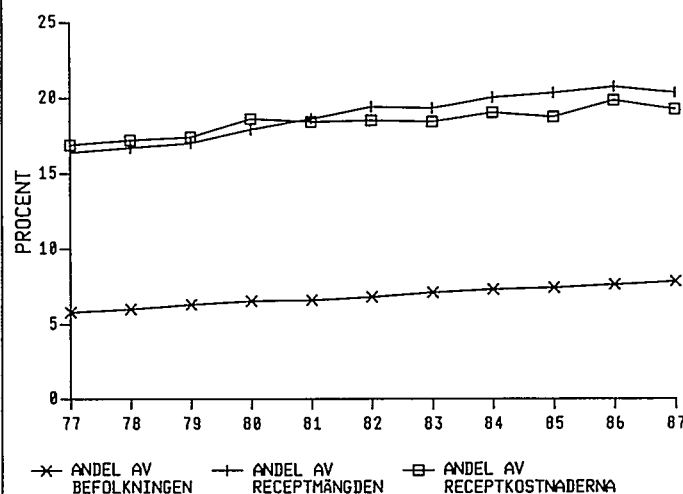
Läkemedelsförskrivning till äldre patienter i öppen vård

Äldres läkemedelsanvändning utgör, liksom äldres vårdkonsumtion över huvud taget en betydande andel av den totala vårdkonsumtionen. En svarar personer som är 65 år eller äldre för 30 procent av totalantalet läkarbesök (Källa Diagnos·Receptundersökningen)

De äldres andel av recept och läkemedelskostnader är ännu större (fig 1 och 2). De 17 procent av befolkningen som är 65 år och äldre får ungefär 40 procent av recepten och svarar för lika stor andel av läkemedelskostnaden. Drygt 7 procent av befolkningen är 75 år eller äldre. Deras andel av recept och läkemedelskostnader är cirka 20 procent.



Figur 1 65 år och äldre



Figur 2 75 år och äldre

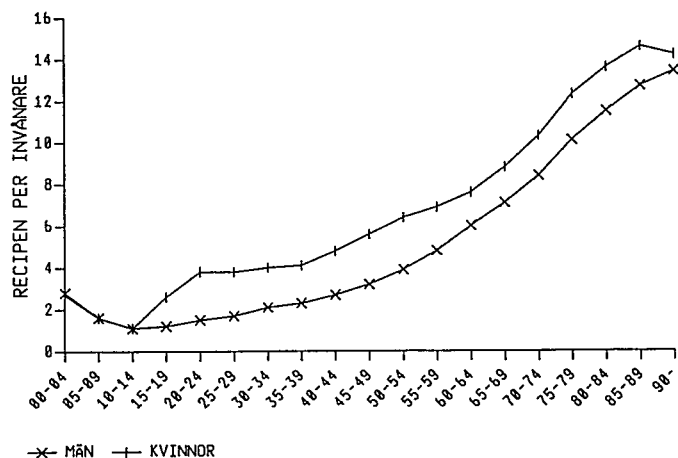
I slutet av 60-talet var andelen över 65 år endast 12 procent. De fick en fjärdedel av recepten.

Det antal recept som expedieras till patienter i olika åldersgrupper framgår av fig 3. I de allra högsta åldersgrupperna är antalet individer som beräkningarna grundas på osäkert, eftersom det inte är känt hur många som är intagna i slutenvård. Bilden har länge varit densamma, dvs antalet recept i olika åldersgrupper förändras inte. De 8-14 recept som expedieras per invånare och år i de högre åldrarna fördelar sig på individnivå från personer som inte får något recept till personer som har 30 receptutköp. Om man antar att ett utköp räcker för 90 dagars användning kan en patient med 30 receptutköp antas ha 7-8 olika läkemedel.

Proportionerna på fig 3 återfinns man för många läkemedelsgrupper; användningen ökar mer eller mindre brant med stigande ålder. Till undantagen hör framförallt antibiotika.

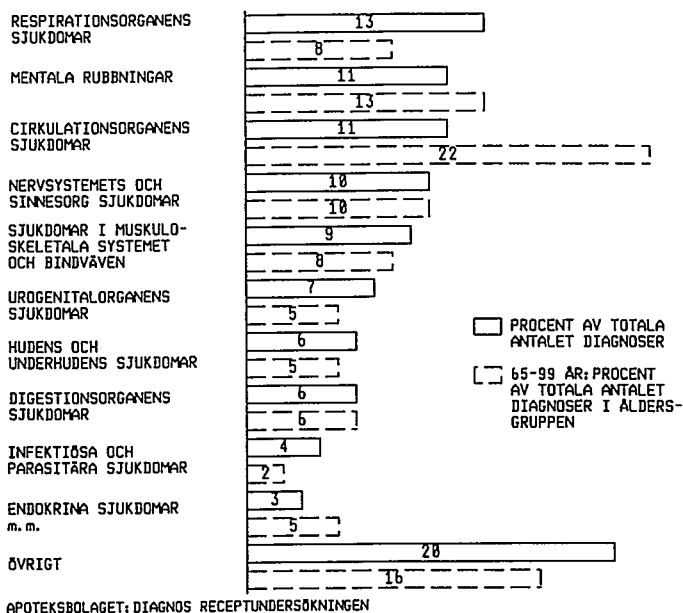
Det som framför allt skiljer användningen hos äldre från användningen i befolkningen som helhet är således i första hand inte valet av läkemedel utan mängden läkemedel.

Det beror i sin tur på att äldre patienter i större utsträckning har kroniska åkommor med kontinuerlig läkemedelsbehandling. Det märks också om man ser på andelen av konsultationerna som är förstagångskonsultationer och upprepade konsultationer. I åldersintervallet 0-64 år är förstagångskonsultationerna 44 procent, för 65 år och äldre endast 23 procent (Diagnos·Receptundersökningen).



Figur 3 Antal recept per invånare och år 1987.

Diagnos·Receptundersökningen ger också den enda rikstäckande redovisningen av diagnoser/symtom i öppen vård. Om man redovisar diagnoser/symtom enligt Internationella sjukdomsklassifikationssystem får man den bild som framgår av fig 4. Man finner då att sjukdomar i cirkulationsorganen är största sjukdomsgrupp hos de äldre, under det att sjukdomar i respirationsorganen är störst i befolkningen som helhet. Övervägande delen av sjukdomar i cirkulationsorganen är av kronisk karaktär (hypertoni, hjärtsvikt, angina) under det att den dominerande gruppen bland respirationsorganens sjukdomar är övre luftvägsinfektioner.



Figur 4 Fördelning av diagnoser per sjukdomskategori – öppen vård.

Ytterligare en konsekvens av den ökade förekomsten av kroniska sjukdomar är att patienten samtidigt har flera olika åkommor, som nedanstående exempel visar.

Diagnos/symtom	Genomsnittligt antal samtidigt förekommande diagnoser/symtom hos patienter 65 år och äldre	Vanligast
Hypertoni	1.1	Sömnsvårigheter Kärlkramp
Hjärtsvikt	1.2	Kärlkramp Sömnsvårigheter Hypertoni
Kärlkramp	1.6	Hjärtsvikt Hypertoni Sömnsvårigheter
Astma	1	Hjärtsvikt Hypertoni Kärlkramp
Bronkit	0.4	Hjärtsvikt Kärlkramp Sömnsvårigheter
Diabetes	1.2	Hypertoni Hjärtsvikt Kärlkramp
UVI	0.5	Sömnsvårigheter Hypertoni Förstoppning
Sömnsvårigheter	1.8	Hypertoni Ospecificerade symtom Nervositet
Förstoppning	1.9	Sömnsvårigheter Hypertoni Nervositet

Kost- och levnadsvanor hos diabetiker i Stockholms län

GUNILLA WAHLSTRÖM · FINN DIDERICHSEN

För att kartlägga diabetikernas kostvanor och livsföring studerades en befintlig enkätundersökning i Stockholms län, varvid diabetiker och icke diabetiker jämfördes. Resultaten visade att diabetikerna oftare var överviktiga än icke diabetiker, trots att de med få undantag åt näringsrikare kost. Vidare motionerade de mindre och hade oftare stillasittande arbete. Färre diabetiker rökte och ingen diabetiker var storrökare. Undersökningen visade att det finns mycket kvar att göra för att få diabetiker att gå ned i vikt, ändra sin kost och öka sin motion.

Nyckelord: Diabetes mellitus, kostvanor, livsstil, intervju/enkätundersökningar, forskning.

Introduktion

Diabetes är en av våra vanligaste sjukdomar och diabetikernas livslängd är avsevärt förkortad. Av alla avlidna i Stockholms län under perioden 1974–83 dog 4,6 procent i diabetes endera som underliggande eller bidragande dödsorsak. Siffran kan tyckas låg, men Stockholm ligger mer än 30 procent under riksgenomsnittet för diabetes som dödsorsak (1). Sjukdomen drabbar främst äldre personer och till 90 procent i form av typ 2 (icke insulinberoende) diabetes (2,3,4). Diabetes är vanligare hos korpulenta, fysiskt inaktiva personer. Förloppet av sjukdomen och dess prognos beror i hög grad på uppkomsten av diabeteskomplikationer. Förbättrad metabolisk kontroll tycks ha preventiv verkan på en del komplikationer, åtminstone förlängsamma deras förlopp. Makroangiopati är en komplikation som leder till degenerativa hjärtsjukdomar såsom angina pectoris, infarkt och kammarinsufficiens. En förlängning av överlevnaden kan förväntas om man minskar diabetikernas exposition för dessa sjukdomars riskfaktorer. Således får rökning ej förekomma och kosten bör anpassas med reducerat fettintag, utbyte av mättade mot omättade fettsyror, ökat energiintag med kolhydrater och ökat intag av fiber (5,6). I Japan där kosten generellt är kolhydratrik och fettfattig, är prevalensen för makroangiopati 1/10 av den i västvärlden. Japaner som

emigrerat till väst förlorar skyddet mot dessa komplikationer (5). Även risken för mikroangiopati som ger retinopati och nefropati minskar med ovanstående kostregim (5), men här är fibrerna av speciellt värde då de förlängsamma absorptionen av andra kolhydrater, och man på så sätt undviker kraftiga blodsockerstegringar i samband med måltid (5,7,8,9).

Behandlingen av diabetes vilar på fyra hörnpelare, förenklat uttryckt som 4M: Mat, Medikamenter, Motion och Medvetenhet. 50 procent av diabetikerna i Sverige idag är tablettbehandlade, trots att många skulle klara sig med kostbehandling (5,10,11). Syftet med undersökningen har varit att utröna om den information som diabetikerna fått angående kost och motion avspeglat sig i deras livsföring. Från enkätundersökning i "Befolkningens hälsa i Stockholms län" har jag undersökt om diabetikerna äter annorlunda kost än icke diabetikerna i samma material. Jag har även undersökt deras vikt i förhållande till icke-diabetikernas, deras motionsvanor på fritiden, grad av kroppsanspänning i arbetet samt deras rökvanor.

Material och metoder

Undersökningen genomfördes på befintligt material från enkätundersökningen i "Befolkningens hälsa i Stockholms län" (12). Detta projekts första etapp påbörjades våren 1984, då en enkät distribuerades till ett urval av invånarna inom fem vårdcentralsområden i Stockholms län. Den skickades till 6300 personer 18 år och äldre och besvarades av 4094 personer (65 procent). Bortfallet var störst i åldersgruppen 18–24 år, men i de övriga åldrarna förelåg inga större variationer mellan svarande respektive bortfall. Kännetecknande för bortfallet var att däri fanns fler ensamstående och utländska medborgare. Slutenvårdsutnyttjandet i bortfallsgruppen var dock endast obetydligt högre, vilket talar för att bortfallet ej markant snedvidat resultaten i denna studie. Enkäten innehöll 73 frågor och för undersökningen valdes frågor som rörde kön, vikt, kost, rökvanor, motion på fritiden och kroppsanspänning på arbetet. För att få fram diabetikerna parades de personer, som i frågor uppgivit att de hade diabetes ihop med de personer som uppgivit att de tog insulin och/eller tabletter mot diabetes. Ur materialet fick man på detta sätt fram 90 stycken diabetiker, vilket

ger en prevalens på 2,2 procent. 60 procent av diabetikerna var kvinnor mot 56 procent av icke-diabetikerna efter direkt åldersstandardisering. På grund av det relativt ringa antalet diabetiker, delades materialet in i enbart två åldersgrupper; 18–64 år och över 64 år. Prevalensen diabetiker i den yngre gruppen var 1,2 procent (38 stycken) och i den äldre gruppen 6,4 procent (52 stycken).

För vikt har BMI (body mass-index) använts:

$$\text{vikt (kg)} \\ \text{längd}^2 (\text{m}^2)$$

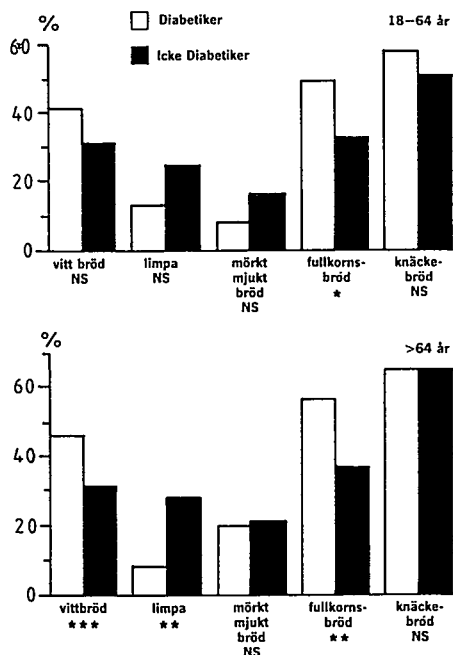
Övervikt har inneburit ett viktindex på minst 30,0. I frågorna om rökvanor motsvarande en cigarett eller ett pipstopp 1 gram medan en cigarr motsvarande 4 gram. Här har endast totalt resultat redovisats eftersom alltför få rökande diabetiker ingår i de olika åldersgrupperna.

Direkt åldersstandardisering utfördes i vissa fall för att i någon mån komma tillrätta med att diabetikerna och icke diabetikerna har olika ålderssammansättning. Ett problem med detta har varit att åldersgrupperna i vissa fall har saknat observationsvärden. Som exempel kan nämnas frågan om grad av kroppsanspänning på arbetet, där mycket få personer svarat från den äldre gruppen, eftersom de flesta då är pensionerade. En jämförelse gjordes därför bara i den yngre åldersgruppen. För beräkning av statistisk signifikans har Chi2-test använts. När statistisk signifikans påvisats har detta redovisats i tabellerna.

Resultat

Som förväntat låg diabetikernas medelvikt högre än icke diabetikernas. 16 procent av diabetikerna var överviktiga mot endast 5 procent av icke diabetikerna. Signifikanta skillnader förelåg i båda åldersgrupperna, i den yngre ($p < 0,001$) och i den äldre ($p < 0,05$). Diabetikerna åt visserligen mer vitt bröd än icke diabetikerna, men samtidigt åt de mer fullkornsbröd och mindre limpa. Både diabetiker och icke diabetiker åt mycket knäckebröd (figur 1).

Över hälften av diabetikerna använde lättmargarin, vilket var glädjande, och klart fler icke diabetiker använde smör. Båda grupperna åt potatis minst 3 gånger i veckan till närmare 80 procent. Man kan dock notera att hela 14 procent av diabetikerna sällan eller aldrig åt potatis. Inte heller vad gällde frukt och grönsaker skiljde sig diabeti-



Figur 1
Andel diabetiker och icke diabetiker som mest äter en eller flera typer av matbröd.
* $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,05$, NS=icke signifikant.

kerna nämnvärt från icke diabetikerna, utan de flesta åt både frukt och grönsaker minst 3 gånger i veckan. Anmärkningsvärt var dock att 7 procent av diabetikerna sällan eller aldrig åt grönsaker och 17 procent endast 1-2 gånger i veckan. De äldre diabetikerna åt mer sällan grönsaker än de yngre. Närmare hälften av de yngre diabetikerna åt nötkött minst 3 gånger i veckan och knappt 30 procent av dem fisk. Bland icke diabetikerna åt man inte lika ofta nötkött och fisk. Vad gäller glass var skillnaderna påtagligt stora. Endast ca 5 procent av diabetikerna åt glass 3 gånger i veckan mot hela 15 procent av icke diabetikerna i den yngre gruppen. Ett nedslående resultat var att hälften av alla diabetiker åt kaffebröd minst 3 gånger i veckan. Här har uppenbarligen inte kostinformationen gått fram. Där emot åt 95 procent av diabetikerna sällan eller aldrig godis och ingen diabetiker åt godis 3 gånger i veckan (tabell I).

Frågorna som rörde rökvanor visade att en fjärdedel av de yngre diabetikerna var rökare. Trots denna höga siffra var andelen rökare mindre hos diabetikerna än icke diabetikerna. Ingen diabetiker rökte mer än 22 g dagligen. Diabetikerna motionerade mindre på fritiden och hade mer stillasittande arbete än icke diabetikerna. Skillnaderna var ej signifikanta. 18 procent av de yngre diabetikerna ägnade sig mestadels åt stillasittande sysselsättning på fritiden och hela 47 procent av de yngre diabetikerna hade övervägande stillasittande arbete.

Ej heller påvisades signifikanta skillnader i frågor var man åt lunch

Tabell I

Andel diabetiker och icke diabetiker som intar olika sorters mat eller dryck minst 3 gånger i veckan.

	18-64 år			64 år		
	Diab. %	Icke D. %	p	Diab. %	Icke D. %	p
Potatis	79	78	NS	78	82	NS
Frukt och bär	70	60	NS	71	58	NS
Grönsaker och rotfrukter	84	78	NS	69	65	NS
Kött från nöt, kalv, lamm, vilt - köttfärs	47	23	**	35	16	**
Fisk	29	14	**	31	19	NS
Ägg	39	27	NS	43	24	**
Gröt eller välling	32	12	**	44	37	NS
Läsk, saft eller idrottsdryck	14	24	**	20	28	**

* $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,05$, NS=icke signifikant. Signifikansen räknad på 3 olika klasser: ≥ 3 ggr/vecka, 1-2 ggr/vecka, sällan/aldrig.

eller middag, men svaren tydde på att diabetikerna aldrig hoppade över lunch och att de yngre i båda grupperna åt lunch till övervägande del hemma eller i matsal/restaurant. De yngre diabetikerna åt lunch i matsal/restaurant 2,5 av veckans 7 dagar. Man kan anta att det är svårare att anpassa sin diet om man tvingas äta ute. De allra flesta diabetiker åt middag varje dag, medan de yngre icke diabetikerna ibland hoppade över middagen. De äldre i båda grupperna åt både lunch och middag till övervägande del hemma.

Diskussion

Prevalensen diabetiker i materialet var 2,2 procent. 20 procent av studiepopulationen var över 64 år, och i denna åldersgrupp var prevalensen 6,4 procent. I den yngre åldersgruppen var prevalensen 1,2 procent. På prevalensberäkningen har ej ålders- och könsstandardisering i förhållande till riket utförts. På vårdcentralen i Tierp har man fört statistik över diagnoser och en diagnosredovisning för läkarbesök år 1979 vid Tierps vårdcentral visade för diabetes 0,3 procent i åldern 15-44 år, 1,7 procent i åldern 45-64 år, 5,3 procent i åldern 65-74 år och 6,4 procent i åldern över 74 år (14). Det är väl känt sedan flera studier att prevalenstalet stiger med åldern (2,3,4). En studie i Tierp 1975 visade en diabetesprevalens på 2,7 procent innan åldersstandardisering efter hela rikets befolkning. Man använde här sk case-finding metodik, varvid man vid läkarbesök på vårdcentralen fyllde i besöksformulär med diagnos samt använde recept expedierade från apoteket i Tierp avseende diabetesläkemedel (4). En senare studie i Tierp årsskiftet 77/78 visade en diabetesprevalens på 2,8 procent före åldersstandardisering. Här hade man förutom metodiken från 1975 med besöksformulär och recept även kontrollerat slutenvårdsregister, register för barn- och ungdomsdiabetiker, centralt register för diabetiker vid ögonklinik samt sånt enkät till privatpraktiserande läkare. I denna undersökning var 17,4

procent över 64 år (2). Prevalensen var lägre i min undersökning och detta kan ha flera orsaker. Man har använt sig av en annan metodik i form av postenkät, vilket gör undersökningarna svåra att jämföra. I Stockholm är dessutom dödligheten i diabetes klart lägre än för övriga riket, varför man kan misstänka att även prevalensen för diabetes är lägre i Stockholm. Slutligen kanske många kostbehandlade diabetiker som mår bra inte anser sig ha någon långvarig sjukdom och därför ej angivit att de har diabetes i enkäten.

Hela 54 procent av diabetikerna i denna undersökning åt fullkornsbröd. Detta kan jämföras med en undersökning av diabetikers kostvanor i London, där endast 35 procent åt fullkornsbröd trots att de fått kostinformation under flera år. I samma Londonundersökning fann man att bara 17 procent visste att kolhydratintaget skall ökas vid diabetes (13). Detta kan vara en kvarleva från den tid då diabetiker uppmanades vara restriktiva med kolhydrater. Sedan gammalt har också potatis ansetts öka vikten.

Av diabetikerna i undersökningen hade 16 procent BMI ≤ 30 . Medelvikten hos diabetikerna låg högre än hos icke diabetikerna. Med få undantag har jag dock funnit relativt goda kostvanor hos diabetikerna. Kan enbart det faktum att diabetikerna motionerar mindre på fritiden och att de har mer stillasittande arbete förklara viktskillnaderna? Kanske visar svaren en medvetenhet och kunskap om önskvärd kosthåll snarare än faktiska kostvanor. Erfarenheter med undervisning av diabetiker har ej visat effekt på kosthåll men dock på medvetenheten om sjukdomen (15). Vid tre av de fem vårdcentraler som ingick i "Befolkningens hälsa" saknades vårdprogram. Patienter vid vårdcentraler med vårdprogram har visat sig vara kunni-gare om olämplig diabeteskost. Man har också på vårdcentraler med vårdprogram funnit fler patienter för vilka enbart kostbehandling varit tillräcklig (3).

Vi vet att det finns ett starkt samband mellan övervikt och diabetes och

denna undersökning har framför allt visat att det finns mycket kvar att göra för att få diabetiker att gå ned i vikt, ändra en del av sina kostvanor samt öka sin motion. Arbetet med undervisning måste fortsätta då det ökar medvetandegraden, och här har primärvården en viktig uppgift.

Referenser

1. Statistiska centralbyråns dödsorsaksregister 1974–83.
2. Stålhammar J, Smedby B. Uppsala universitet. Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst. Förekomst av diabetes mellitus i ett sjukvårdsdistrikt – en prevalensstudie med case findingmetodik. Uppsala: 1984: 1 (Rapport 1984-09-12).
3. Rosenqvist U, Carlsson A. Landstingets undervisningscentrum för diabetes, LUCD Karolinska sjukhuset. Institutionen för socialmedicin Hudinge sjukhus. Organiserad diabetesvård ger effekt. Rapport avseende utvärdering av vårdprogram för diabetes. Stockholms läns landsting: 1984 (Grön serie nr 14).

4. Hallqvist J, Smedby B. Förekomst och medicinskt omhändertagande av diabetes i en definierad population. Läkartidningen 1981;78:3706–10.
5. Luft R. Diabetes, reviderad version. Underlag till vårdprogram för primärvården. Malmö: Utbildningsproduktion, 1982.
6. Sjölin K, Eliasson M, Rosenqvist U. Sötningsmedel och diabetes. Vår Föda 1985;37:468–9.
7. Kabadi UM. Nutritional therapy in diabetes. Rationale och recommendations. Postgraduate Medicine Diabetes Therapy 1986;79:145–56.
8. Mann JJ. What carbohydrate foods should diabetics eat? British Medical Journal 1984;288:1025–6.
9. Hagander B. Fibre and the Diabetic Diet. Dalby: Department of Community Health Sciences, University of Lund, 1987. Akademisk avhandling för avläggande av doktorsexamen i medicinsk vetenskap 1987.
10. William-Olsson L. Diabetikers livsvillkor. Stockholm: Institutionen för pedagogik, Stockholms universitet, 1986. Akademisk avhandling för filosofie doktorsavhandling 1986.

11. Östman J. Kost & Diabetes. Nutrition 1984;1:3–4.
12. Institutionen för Socialmedicin. Befolkningens hälsa i Stockholms län. Sundbyberg: Karolinska Institutet, 1985.
13. Sheard CM. How effective is our advice to diabetics? A preliminary evaluation. Human Nutrition: Applied Nutrition 1984;38A:138–41.
14. Redaktionskommitté Kramfors distriktsläkare. Allmänläkaren 2. Lund: Studentlitteratur, 1983.
15. Elwing B, Gustafsson IB, Falkenberg M, Hellstrand B, Riis U. Kostvanor och effekter av näringsintag hos icke insulinberoende typ II-diabetiker i Kisa efter intervention med deltagarstyrd undervisning. Näringsforskning 1986;30:46–7.

Författarpresentation:

Gunilla Wahlström är distriktsläkare vid Vårdcentralen Kronan.

Finn Diderichsen, docent, distriktsläkare och klinisk lärare i socialmedicin vid Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan.

Postadress: 172 83 Sundbyberg

DIABETES I PRIMÄRVÅRD

19806350

Artrossjukdom vid diabetes mellitus

ANDERS ÖVERBY

Studien visar att diabetespatienter ofta har artros, särskilt i höftlederna. Orsakerna till detta diskuteras. Författaren föreslår att vid kontroll av patient med sockersjuka bör även ledstatus undersökas.

Nyckelord: Diabetes mellitus, leder, artros, klinisk forskning.

Inledning

Denna studie föranleddes av att jag under en och samma vecka hade tre diabetespatienter vilka alla hade höftledsbesvär med coxartros. Jag frågade mig om det fanns något samband eller om det bara var en slumpvis händelse. Jag beslöt därför att göra en studie över hur ofta diabetespatienter har artros och då speciellt i höftlederna.

Patientmaterial och undersökningsmetod

Upptagningsområdet för Skönneruds läkardistrikt är tre församlingar i Västvärmland om sammanlagt cirka 3 400 invånare. Det är en glesbygd dominerad av skog och i viss mån jordbruk. Vid undersökningstillfället var läkarstationens bägge läkartjänster besatta med ordinarie läkare, idag är den ena tjänsten vakant.

De flesta av läkarstationens patienter med sockersjuka sköts av artikel-författaren. Patienterna går på läkarbesök var tredje månad varvid ett om-

fattande somatiskt status göres (inklusive bland annat senreflexer i benen samt vibrationssinne och pulsar i fötterna). Ögonbotten undersökes vidgad en gång per år hos alla diabetiker exklusive dem som har grön starr. Under perioden 1 april–16 juli 1986 registrerades i resultatdelen redovisade parametrar hos diabetespatienterna när de kom på sina planerade läkarbesök hos artikelförfattaren. En symptomgivande artros hade i samtliga fall diagnosticerats röntgenologiskt vid ett tidigare besök.

Patientmaterialet utgörs av 57 patienter varav 29 kvinnor. Medianåldern 73 år (37–89 år). 18 st behandlades med enbart diet, 26 med tabletter och 13 med insulin. Alla tre behandlingsgrupperna hade var för sig en medianålder på mellan 70–75 år. Medianvärdet för sockersjukans duration var 8 år, med extremvärdena 0–37 år.

Definitioner

Neuropati: avsaknad av senreflexer i ben samt kraftig nedsättning av eller helt upphävt vibrationssinne i fötterna undersökt med stämgaaffel.

Perifer angiopati: avsaknad av palpabel fotpuls.

Retinopati: exudat, blödningar. På de med grön starr är uppgiften inskaffad från ögonläkare. På 3 patienter gick undersökningen ej att genomföra.

Artros: en symptomgivande artros-sjukdom. Häri ingår även en symptomgivande spondylossjukdom.

Resultat

I tabell I redovisas en del av resultatet. När man drar generella slutsatser ur tabell I bör det ske med försiktighet på grund av materialets begränsade storlek. Resultatet innebär emellertid att 28 procent av patienterna hade någon form av symptomgivande artros (spondylos)-sjukdom överhuvudtaget. Cox-

Tabell I. Senkomplikationer (i antal) till diabetes med och utan artros. En del patienter har flera komplikationer samtidigt.

	Perifer neuropati i status	Perifer angiopati i status	Retinopati	Proteinuri	Saknar neuro-, angio- o retinopati samt saknar proteinuri
Diabetes plus all artros	16 st	8	5	1	6
Diabetes utan artros	41 st	18	16	6	2

Reflotron®

Svar medan
patienten
väntar



mannheim



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

Marknadsförarna 10/86

artros fanns hos 14 procent, hälften av dessa var opererade. Nästan hälften av samtliga diabetiker hade tecken till neuropati och ungefär en tredjedel tecken till perifer angiopati. För dessa två komplikationer finns dock en viss osäkerhet eftersom dessa förändringar ibland kan finnas hos äldre människor utan sockersjuka. Det bör särskilt nämnas att 3 av de 16 artrospatienterna samtidigt hade astma.

Diskussion

14 procent av de studerade diabetespatienterna hade förändringar i någon av höftlederna. Är detta mer än vad som kan förväntas? Ja! (Med viss reservation för slumpens betydelse i små material). Enligt Danielssons siffror (vilka bedömdes som relevanta vid SPRIS konsensuskonferens om artroplastik 1982) är prevalensen av coxartros kring 70 års ålder cirka 4 procent, vid 80 års ålder cirka 7,5 procent (1).

En litteraturgenomgång har verifierat att det finns en koppling mellan dels coxartros och diabetes (2), dels mellan artrossjukdom överhuvudtaget och diabetes (3). Orsakerna till detta kan vara att brosktillväxten är sämre hos diabetiker. Det bildas också mindre av de proteoglykankomplex som finns i ledbrusk (3,4). Dessa komplex har hydrofila egenskaper som är väsentliga för att ledbrusket skall bevara sin mekaniska integritet.

De neurovaskulära komplikationerna till diabetes har också ansetts kunna medverka till insjuknandet i en ledsjukdom (4). Det har dessutom visats att dåligt sockerläge kan vara associerat med kronisk ökning av tillväxthormon vilket i sin tur kan ge ledsjukdom. (4)

Smärtande axelled och flexortenosynovit i handen är kopplade till sockersjuka (5,6,7). Stelheten och smärtan i axeln har föreslagits kunna bero på att hyperglykemi i sig leder till fler tvärgående ihopkopplingar i kollagenet. Mikroangiopatin med åtföljande ändringar i kollagenmetabolismen kan också vara en förklaring till flexortenosynovit.

Den nu presenterade värmländska studien är för liten för att man skall kunna dra några slutsatser om relationen mellan å ena sidan artros och å andra sidan neuropati, makro/mikroangiopati (tabell I).

En icke-diabetogen orsak till den höga siffran för coxartros i denna studie kan vara att många är sysselsatta i jord- och skogsbruk. En finländsk studie har visat att bönder oftare har coxartros (2). En lantbrukare som tillbringat hela dagen på en traktor kan enligt den svenska lantbrukshälsan drabbas av betydande rörelsesvärigheter i höftleden när han på kvällen lämnar traktorn (8). Det har föreslagits att den vridna kroppsställning som är nödvändig för att kontrollera de dragarna redskapen också påverkar höftlederna.

En av grundstenarna vid behandling av diabetes typ II är motion. En artrossjukdom i höft, knän och rygg som medför rörelseinskränkning utgör då ett problem. Detta bör vägas in i överväganden som görs inför en eventuell artroplastik (hälften av coxartrospatienterna i denna studie är opererade). Ett särskilt problem utgör de tre patienter som samtidigt hade astma och artros parallellt med sockersjukan. Antiflogistika ges ofta till artrospatienter för att lindra smärta och öka rörligheten. Dessa läkemedel är olämpliga vid astma. Förtur till sjukgymnastik för artrosen är motiverad.

Den höga artrosfrekvensen i detta patientmaterial kan delvis bero på att en artros lättare avslöjar sig hos en person som är sysselsatt i jord- eller skogsbruk än hos en kontorsarbetare. Samma betydelse har också de på landsbygden oftare förekommande faktorerna lång postlådeväg samt trappor.

Slutsatser

Den genomförda studien har visat att hos de undersökta sockersjukepatienterna finns en hög frekvens av artros, särskilt i höftleden. Det finns också ett medicinskt underlag för kopplingen artros-diabetes. Vid kontroller av patienter med sockersjuka har man hittills mest varit inriktad på att leta efter

komplikationer från blodkärl, nerver, njurar och ögon. Det finns skäl att utvidga detta till att även undersöka ledstatus.

Om ett gott sockerläge kan minska risken för artros är inte känt (men givetvis möjligt). Däremot gäller det omvända: en artros kan försämra en sockersjuka av typ II på grund av att patienten får minskade möjligheter att röra sig vid exempelvis artros i knä eller höftled.

För flera av de undersökta personerna är kanske inte sockersjukan den viktigaste sjukdomen utan det är i stället knä- eller höftledsbesvären, speciellt om levnadsomständigheterna kräver att man för ett rörligt liv. Särskilt i hög ålder kan sådana faktorer ha större betydelse och kanske skall man i stället beteckna patienten som en "gonartros- eller coxartrospatient" med dessutom förhöjt blodsockervärde.

Referenser

1. Danielsson L. Incidence of osteoarthritis of the hip (coxarthrosis). Clin Orthopaed 1966; 45:67-72.
2. Typpö T. Osteoarthritis of the hip. Radiologic findings and etiology. Ann Chir Gyn 1985; 74:suppl 201.
3. Crisp AJ, Heathcote JG. Connective tissue abnormalities in diabetes mellitus. J Roy Coll Phys 1984; 18:132-41.
4. Johanson NA. Endocrine arthropathies. Clin Rheum Dis 1985; 11:297-323.
5. Lequesne M, Dang N, Bensasson M, Mery C. Increased association of diabetes mellitus with capsulitis of the shoulder and shoulder-hand syndrome. Scand J Rheum 1977; 6:53-6.
6. Morén-Hybinette I, Moritz U, Scherstén B. The painful diabetic shoulder. Acta Med Scand 1986; 219:507-14.
7. Leden I, Scherstén B, Svensson B, Svensson M. Locomotor system disorders in diabetes mellitus. Scand J Rheum 1983; 12:260-2.
8. Höglund S. Bekämpningsmedel och buller drabbar lantarbetarens hälsa hårt. Läkartidningen 1985; 82:3993-9.

Författarpresentation

Anders Överby, distriktsläkare i Sköneruds läkartidningsdistrikt

Postadress: Läkarstationen, 670 41 Koppom.

Rök inte där någon annan får obehag.

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

SOCIALSTYRELSEN

SKRIV OCH BESTÄLL AFFISCHER OM PASSIV RÖKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN DISTRIBUTIONSCENTRALEN 106 30 STOCKHOLM



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 sömnsvårigheter.

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

Distriktsläkare i Europa

Dagbok från tre allmänmedicinare

CONNY SVENSSON

Balintkongressen i Budapest 1986 gav mig möjlighet att träffa kollegor från hela Europa.

För att få en bild av allmänmedicinares vardag bad jag tre olika kolleger skriva en dagbok. Dessa presenteras här utan kommentar.

Nyckelord: Allmänläkare, läkare-patientrelationer, internationellt utbyte.

Bakgrund

Under Balintkongressen 1986 i Budapest möttes doktorer från olika delar av Europa och utbytte erfarenheter. Två intryck är bestående; hur olika ser inte den verklighet ut som vi arbetar i, och hur lika är ändå inte mötet mellan patient och läkare.

Detta gav mig idéen att samla dagböcker från tre olika allmänmedicinare i Europa. Jag bad dem berätta personligt professionellt om en dag. Det finns kanske en viss likhet mellan dagboks författarna, då de alla deltog i Balintkongressen och är influerade av det arbetssättet.

Dagböckerna är från England, Belgien och Östtyskland. Skillnaderna mellan de system, som vi arbetar i ligger förstås också på det kulturella planet. En del har förmiddagsmottagning och kvällsmottagning, andra arbetar som vi, hela dagen i ett svep.

Belgien

Vår belgiska kollega arbetar i Bryssel. Hans situation är möjligen lite speciell. Han har en hel del psykosomatiska psykoterpapatienter på kvällstid och han arbetar endast med tidsbeställd mottagning. Detta är inte vanligt i Bryssel. Han berättar:

"Jag stiger upp vid sjutiden och har då telefontid i hemmet en timme. Tre till tjugo patienter ringer under tiden jag äter frukost och gör min toalett. Under förmiddagen gör jag hembesök till mina patienter. Jag äter lunch vid ettiden. Därefter har jag mottagning några timmar, avbrutet av ytterligare hembesök. Vid halv sextiden börjar kvällspasset som sträcker sig fram till tio. Under detta äter jag min middag vid sju och ser på kvällsnyheterna. När mina barn var små, åkte jag hem och åt med familjen och lekte med barnen. Efter kvällsmålet arbetar jag

vidare och har då mest psykosomatiska samtal."

Dr R påpekar till slut att han inte är helt representativ eftersom han enbart har tidsbeställd mottagning och att han mest arbetar med geriatrik och psykosomatik.

Östtyskland

Vår östtyske kollega arbetar i en mindre stad på landet. Han är förutom vanlig distriktsläkare också ansvarig för viss psykoterapeutisk verksamhet. Han är chef för en "vårdcentral" med två läkare. Uptagningsområdet består av åtta byar (4-5 000 invånare). I varje by arbetar en "distriktssköterska".

Röntgen, fysioterapeut och tandläkare finns på vårdcentralen. Varje läkare ansvarar för ett visst antal byar. I arbetet ingår företagsläkeri, skolläkeri, barn- och mödrahälsovård. Jour delar de två läkarna på. Han har 8-10 000 mottagningsbesök/år, och gör 6-800 hembesök varav ungefär 200 är jourfall.

Här följer hans berättelse om en dag i maj:

"Bilen måste till verkstaden. Jag åker iväg redan 06.30. Klockan 08.00 börjar mottagningen ute i en by. Vi har tidbokning, så det satt endast sex patienter i väntrummet. Jag träffar 19 patienter under mottagningen. Det är flest äldre patienter med hjärt-kärlsjukdomar. Där emellan dyker det upp patienter med sociala problem och alkoholmissbruk. Ofta har de svårt att sköta sitt arbete. Förmiddagen avslutas med "BVC". Jag tittar på sex barn. Alla ammas. Några blir vaccinerade.

Vid tolvtiden åker jag hem och äter lunch tillsammans med min fru. Hon arbetar också vid "vårdcentralen". Jag har två vuxna döttrar som går i skolan på annan ort. De kommer bara hem på helgerna.

Eftermiddagen börjar med att jag tillsammans med distriktssköterskan gör ett hembesök till ett äldre pensionärsspar. Mannen har en tilltagande hjärtinkompensation. Jag ger honom en spruta digoxin.

Senare på eftermiddagen har jag filialmottagning hos distriktssköterskan. I den här byn bor det endast 180 personer. Jag tycker ändå det är bra att åka dit och ha mottagning. Här blir det tid för både sjukvård och samtal

med patienterna om deras livssituation, tex om trädgårdsarbetet och eventuella problem med grannar och ensamhet.

Det dyker upp en patient med en kronisk schizoaftektiv sjukdom. Hon klagar på grannen. Jag funderar på hur jag skall tackla det. Jag vet att grannen nog kan vara rätt störande. Hur ska jag och distriktssköterskan agera? Blir det värre om vi ingriper och säger till grannen?

Dagens huvudmottagning börjar klockan 15.00 och är på vårdcentralen. Det kommer 25 patienter. Vi klämmer in en femminuters kaffepaus under tiden. Mottagningen slutar vid sex. På slutet kommer mest yrkesverksamma patienter. Väntetiden för patienterna är inte mer än 15-20 minuter. Det är bra för mig annars blir jag så stressad.

Sista patienten är en lärare med progredierande ögonsjukdom. Hur ska det gå med hans körkort och hans arbete? Ögonspecialisten vill inte tala med patienten om det, utan det får jag göra istället. Flera av patienterna ser jag igen efter några dagar. Jag träffar dem på skolläkarmottagning eller på deras arbete. Flera patienter har belastningssjukdomar med framför allt ryggbesvär. För några av dessa planerar jag att ta kontakt med arbetsplatsen för att diskutera om möjligheterna för dem att få ett annat arbete.

Efter den långa arbetsdagens slut vid 18-tiden joggar jag en bit, arbetar lite i trädgården och ser till slut på TV (Miami Vice). Dagen avslutas med ett glas vin tillsammans med min hustru".

England

Vår engelska kollega arbetar i Londons utkant och han berättar:

"Jag vaknar 07.45 och tänker inte stiga upp, jag vill sova mer. 08.10 hoppar jag upp och åker till arbetet. Min fru skjutsar barnen till skolan. 09.00 är jag på mottagningen och Janet, receptionisten, överlämnar tretton journaler till mig, min förmiddagsmottagning. Kl 09.00 kommer Janet in och berättar att mr P har kommit upp och är orolig för hustruns ryggvärk. Han gråter nästan. Ingen har sovit hemma hos dem inatt, jag lovar att åka dit på eftermiddagen.

Träffar en 2-årig flicka med ett urticariellt utslag som börjat blekna. Jag bestämmer mig för att avvakta och

inte göra något. Modern blir besviken och säger att det är slöseri med tiden att komma hit. Efter att ha träffat ytterligare några patienter känner jag, att idag verkar jag inte göra mycket nytta. Borde legat kvar i sängen istället.

Andra timmen träffar jag åtta patienter. Intyg, medicinföreskrivning, piller och MVC-kontakter. Min underläkare dyker upp och ber om råd angående en deprimerad patient. Vi diskuterar fallet och bestämmer att han ska träffa henne efter helgen igen. Hoppas vi gör rätt. Vid 11.30 träffar jag min kollega och min underläkare. Vi diskuterar dagens problem och delar upp hembesöken. Idag blir det två var, ibland kan det vara upp till fem besök. Efter hembesöken åker jag hem och äter lunch. Min fru och jag diskuterar födelsedagspresent till vår sons 15-års dag.

Klockan 14.00 åker jag tillbaka till "Health centre". Underläkaren får handledning. Sedan hem igen. Jag vilar en timme innan kvällsmottagningen och åker då tillbaka till mottagningen för tredje gången idag. Mellan 16.30 och 18.50 ska jag träffa 17 patienter, 8 minuter på varje. Det är en blandad mottagning. Jag hittar en tumör i buken på en patient. Hon och jag diskuterar "a growth" istället för cancer. Vi vet nog båda vad vi talar om. Jag skriver remiss till kirurgen som troligtvis ser henne nästa vecka.

Sist kommer Mr B (60 år) för att få gikttabletter. Han hänger sig kvar i rummet och verkar ensam. Vi talar om ingenting och så plötsligt skakar han hand och går. Jag kommer ihåg, att han förlorat sin hustru för tio år sen och att båda döttrarna gift sig. Nästa gång han kommer måste vi tala om väsentligheter. Varför inte idag?

Ibland är det svårt att vara öppen för olycka och ensamhet. Jag klandrar mig själv lite men kände mig ändå uppskattad av patientens varma handslag när han gick.

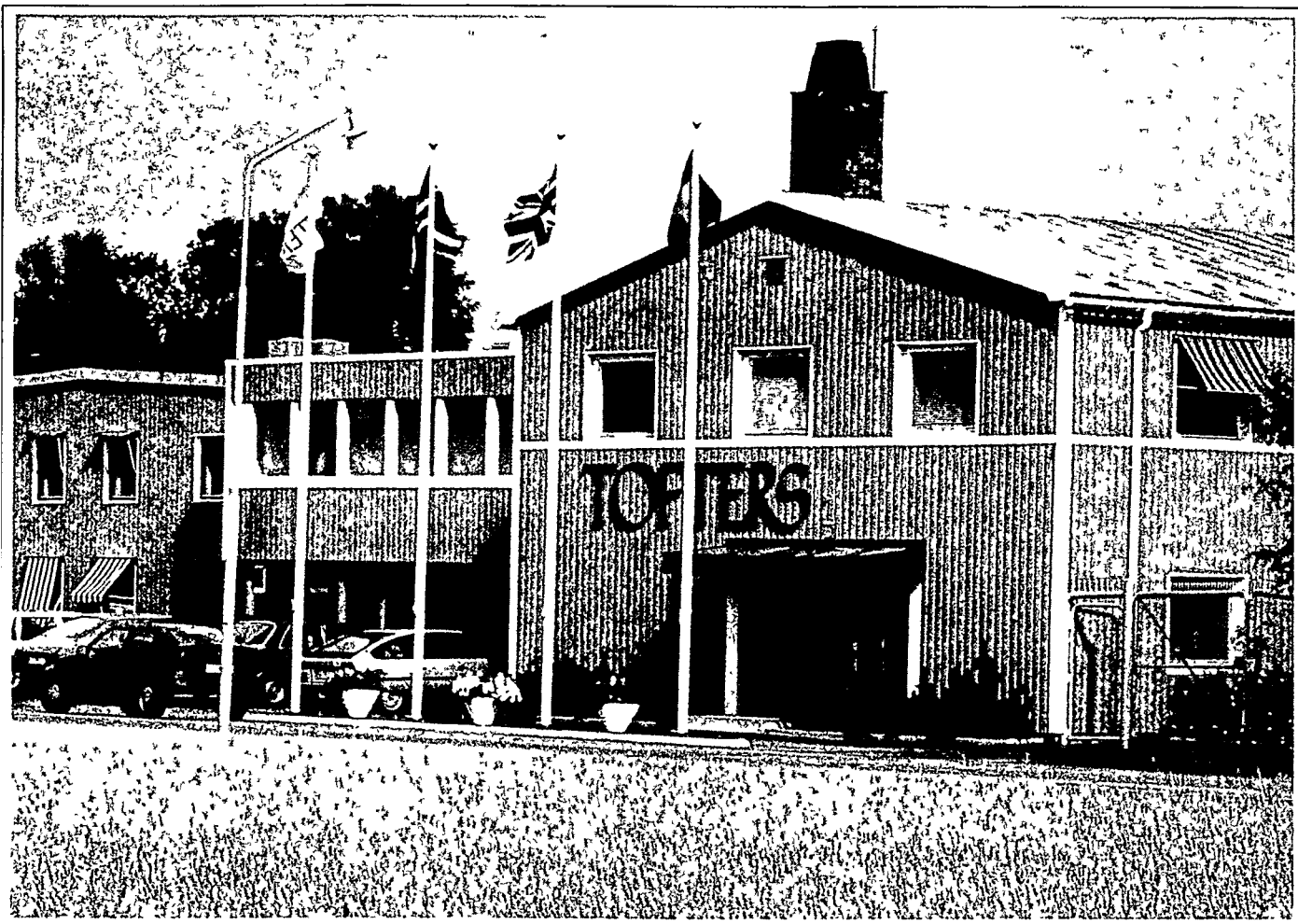
Min kollega och jag tar en kopp kaffe innan vi går hem. Jag har jour till kl 23.00 men telefonen ringer inte och kvällen förblir lugn.

Det här är bara ett kort sammandrag, men det kanske ändå kan väcka en del tankar om hur olika vår verksamhet ser ut på olika platser i Europa, och hur lika vi allmänmedicinare ändå arbetar.

Författarpresentation:

Conny Svensson, distriktsläkare, Boo vårdcentral.

Postadress: Edövägen 2, 13200 Saltsjö-Boo.



TOFTERS

TOFTERS TRYCKERI AB 740 46 ÖSTERVÅLA TELEFON 0292-105 30

Pigga upp din patient med en present för drygt 13 kronor!

Botas penicillin heter Penicillin. Kan det vara enklare? När du skriver Penicillin på receptet, så sparar dina patienter i normalfallet drygt 13 kronor.

Vi har lyckats sänka penicillinpriset med 25 % i förhållande till övriga tillverkare, trots att vi säljer tabletterna styckvis.

Skriv Penicillin på receptet när du skall ha penicillin! Då kan du med gott samvete uppmana din patient att köpa en rejäl

portion glass, ett par läsk eller lite frukt, så att de kan skämma bort sig lite grann under de första sjukdomsdygnen.

Att tycka om sin läkare är god läkekonst!

Fyll i kupongen! Då blir det enklare för dig att i fortsättningen sprida 13-kronorspresenter till dina patienter.

Penicillin 1 g; 20 st tabletter kostar endast 41:40 kr i apoteket.

Med detta receptblock kan Du spara cirka 650 kronor åt Dina patienter.

Undertecknad rekvirerar st
förtryckta receptblock för Penicillin Bota

..... den/.....1988.

Underskrift

Namnförtydligande

Titel

Tel arbete bostad

Postadress

(AM 6/88)

Frankeras EJ.
Mottagaren
betalar portot.

Svenska Bota Läkemedel AB

Svarspost
Kundnummer 64841000
110 02 Stockholm

Bota – när god läkekonst kräver rätt mängd läkemedel,
i lämplig förpackning och till lägsta pris för
patient och samhälle.

Bota

Svenska Bota Läkemedel AB, Skeppsbron 24, 111 30 Stockholm
Telefon 08-24 12 12

TID OCH MAKTKAMP

ANN-MARI SELLERBERG

Montesquieu framhöll att makten behöver sina högst vardagliga tillsatser av ny kraft¹). I de flesta mänskliga relationer kan vi också urskilja inslag av makt-kamp. Parterna utvecklar olika strategier för att behålla ett visst initiativ eller kanske tillskanska sig mer. I vissa sociala sammanhang är det dock känsligt att nämna förekomsten av sådana handlingar. Frågan är om inte det gäller för den miljö som här skall beskrivas? Det handlar om en maktkamp mellan två kollektiv på långvårds-sjukhus. De båda grupperna är personalen och patienterna. – För att återvända till Montesquieu: Vad fanns i den vardagliga miljön på långvårdsavdelningarna som kunde ge kraft i en sådan maktkamp?

Nyckelord: Långvård, institutionalisering, intervju/enkätundersökningar, vårdare- patientrelationer.

De intervjuer och observationer jag gjorde avsåg måltidsordningen. Jag fann därvid att måltidsordningen faktiskt var en "grogrund" ur vilken de båda kollektiven – personal och patienter – kunde hämta ny kraft i sina utspel. Det kunde tex handla om att agera så att man i praktiken blev representant och övervakare av tidsordningen. I denna situation kunde då – exempelvis – motparten svara med att ifrågasätta legitimiteten, ifrågasätta rätten att övervaka.

Måltidsordningen var ett socialt redskap i kampen mellan kollektiven om frihets- och "manöverutrymme".

Metod

Fältarbetet utfördes på två svenska långvårdssjukhus. Författaren tillsammans med en doktorand och sjuksköterska gjorde bandade intervjuer och observationer ute på avdelningarna. På de båda sjukhusen intervjuades 97 patienter och 136 anställda. Detta innebär att cirka en fjärdedel av patienterna och hälften av personalen intervjuades. Nattpersonalen ingick inte i undersökningen.

Vi gick på avdelningarna på dagtid under några veckor. En selektion skedde vid intervjuerna på så sätt att det var de som inte eller endast var lite senila som intervjuades. Observationerna i samband med måltiderna inbe-

grep dock samtliga patienter.

Studiens ursprungliga och formella syfte var att för den administrativa ledningen för sjukhusen presentera patienternas och personalens synpunkter på måltiderna, på maträtter och mattider etc.

Men intervjuerna och observationerna kom också att visa måltidsordningens sociala användning²).

Urverksmiljö

Som de flesta andra sjukhus var de båda långvårdssjukhusen typiska exempel på vad som kallats för urverksmiljöer – clock-work environments. De flesta av de återkommande aktiviteterna följde ett mycket fast schema. Tvättning, läggning av patienterna, de medicinska provtagningarna, utdelandet av medicinerna, måltiderna, ronderna, avdelningskonferenserna, besökstiderna, sjukgymnastiken, badningen, terapin etc – allt hade sina förutbestämda tider.

Intervjuerna som skulle handla om maten i allmänhet visade sig handla om ett särskilt viktigt kugghjul i denna urverksmiljö nämligen måltidsordningen. Dess olika punkter var mycket precist fastställda. Matvagnen skulle komma med maten till avdelningen vid en exakt på minuten fastställd tidpunkt. Efter måltiden skulle de avättna brickorna lämna avdelningen med en matvagn som passerade avdelningen vid en lika precis tidpunkt.

Termen urverksmiljö ter sig emellertid i detta sammanhang som en alltför svag term. Det var nämligen inte bara så att måltidsordningen punkter var mycket preciserade. Påtagligt var den *intensitet* med vilken både personal och patienter diskuterade måltiderna, och alla till synes bagatellartade arrangemang i samband med dessa. Det strikta tidsschemat hade kommit att spela en särskild roll i den kamp om initiativ, kontroll och eget manöverutrymme som pågick mellan patienter och anställda. Men det handlar inte om en mellanpersonlig maktkamp utan om en kamp mellan kollektiven. För just förekomsten av en tidsordning har inom sociologin förbundits med formeringen av grupper. Den leder till sociala kollektiv. En tidsordning förstärker ofta inomgruppskänslor, skriver Eviatar Zerubavel (3). För tidsschemat – genom att vända olika sidor mot de båda grupperna – ledde till kollektiva beteenden och svar. Å ena sidan var ju tidsschemat ett arbets-schema, å den andra ett måltidsschema. Gränsdragningen mellan de båda

kollektiven var i dessa situationer avgörande.

Underordning

Ramen för de båda kollektivens agerande var given; båda grupperna var underordnade en mycket fast måltidsordning. Både personal och patienter var, för att använda Georg Simmels term, underordnade en given princip³) (4). Personalen måste följa den på minuten fastställda måltidsordningen. Yrket utmärks av strängt regelraster – "strong grid" – för att använda Mary Douglas term. (5, 6, 7) – "Och sen har man ju det över sig att vagnen skall tillbaka", som en undersköterska uttryckte sig. Tecken på att de inte hunnit med detta upplevdes enligt intervjuerna som mycket obehagligt. Ett för personalen välkänt sådant tecken var att patienternas brickor inte kommit med på vagnen tillbaka till köket i tid. Det odiskade porslinet och matresterna fick då bli kvar på avdelningen.

I en gruppintervju beskriver några vårdbiträden och undersköterskor hur matningen ibland får pressas in i tidsschemat:

– Jaa, det är som att mata svanungar.

– Det är oanständigt! Det är så man nästan tycker att det skulle vara hemskt om det stod någon och hörde på.

– Det är nästan grisigt vid måltiderna. Man tänker, att hade nån stoppat i mej på det sättet. Så får man stå och göra sånt som man inte tycker känns bra. Vi har Svea, Elna och Anna. Det är patienter som man absolut inte kan skynda och jakta.

De kritiserade visserligen men följde trots allt tidsordningen.

Noter

1) "Those who govern have a power which, in some measure, has need of fresh vigour every day" (1).

2) På långvårdsavdelningarna användes den fastställda ordningen regelbundet av de båda grupperna. Dessa vardagliga maktaktiker ter sig mindre dramatiska och är kanske också svårare att urskilja än de mer tydligt riktade maktstrategier som Roth redogör för (2).

3) Simmel skiljer på tre olika typer av underordning. Den första är underordning under en enda individ, den andra är underordning under ett flertal och den tredje underordning under en princip, en regel, ett schema (4).

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 prostacyklinsyntesen. 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 hämmande prostaglandinsyntesen leda till akut njurinsufficiens, vätskeretention 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 samtidigt 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-desmetilnaproxen, 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. Osteoartror. 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 vatskeretention och församrad njurfunktion beaktas.

Graviditet: Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt [C] i FASS. **Antiflogistika** med hämmande effekt på prostaglandinsyntesen, givna under senare delen av draktigheten, ger djurexperimentellt upphov till intrauterin slutning av ductus arteriosus. Givna i fullgången tid kan de förlänga värbet och fördröja förlösningen. Då data finns för att detta ager 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 prostaglandinsynteshämmande effekt undvikas.

Amning: Naproxen passerar över i modersmjölk, 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. Hämming av trombocyttaggregationen och förlängning av blodningstiden. Förhöjda leverfunktionsvärden har i vissa fall rapporterats för icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel. Toxisk, i sällsynta fall fatal, hepatit eller nefropati. Öronsusning och hörsellförsämring 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 högggradigt 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 [M] M01A. Icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel, NO2B Lätta 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 tills vidare 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 innebar, 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.



Patienterna var visserligen underordnade samma fasta tidsordning som personalen. Deras relation till den överordnade principen var dock anorlunda. Då jag frågade dem om deras synpunkter på måltidsordningen – om den var "lagom" för deras del – tyckte patienterna ofta, i motsats till personalen, att det hade varit orätt av dem att komma med sådana. De anförde att de inte hade några arbetsuppgifter som kunde kollidera med en eventuellt felaktig tidsordning. Att komma med synpunkter hade tett sig pretentiöst. Ur denna aspekt var patienterna "avväpnade". Om – händelsevis – någon enstaka patient hade synpunkter på tiderna kommenterades detta kritiskt av andra patienter med kommentaren som "Vi har väl inget annat att göra än att vänta på måltiderna". – I denna mening var patienterna mer underordnade ordningen än personalen.

Patienternas kontroll och bevakning – som ifrågasätts

Men som Simmel så starkt betonade är varje relation mellan över- och underordnad ett exempel på interaktion (4). På de långvårdsavdelningar jag besökte kunde det konkreta maktspelet bestå i att en part tänjde på reglerna och så tillförsäkrade sig ett eget manöverutrymme. Den andra parten övervakade så att de givna reglerna efterlevdes och inte tänjdes. I andra situationer var rollerna ombytta.

Många patienter körde ut med rullstolarna i mycket god tid och satt och väntade på maten. "Dom företar sig inte något precis. Så det blir att dom kör ut här när klockan närmar sig halv ett", sade en undersköterska. De satt på plats och skulle se att allt löpte som det skulle. Genom att bevaka tidsordningens olika punkter och deras efterlevnad kunde patienterna – i en visserligen avgränsad situation – placera sig själva i en överordnad position i relation till personalkollektivet. Personalen menade att även patienter, som enligt deras bedömning var ganska "snurriga", ofta försökte att bevaka måltidsordningen.

Personalen svarade på denna övervakning genom att ifrågasätta dess legitimitet. De kritiserade ofta patienternas intresse för måltiderna. "Jag tror att det är hållpunkterna för dan, alltså. Nu äter vi frukost. Jaha, sen rullar vi tummarna till middag. Dom flesta patienterna så har dom det ... Nu är det snart frukost, nu är det snart middag. Hela tiden har dom det att se fram emot. Allting är inrutad till max alltså". De gjorde ju inget nyttigt mellan målen, de var ju inte ens fysiskt hungriga, men trots detta intresserade av maten och måltiden, menade personalen.

De ifrågasatte så patienternas intresse för och därmed närmanden till den gällande ordningen. I sin bevak-

ning bröt patienterna mot skilda moraler.

Den första av dessa kunde kallas den ekonomiska tidsmoralen. Patienterna använde ju inte sin tid mellan målen till något "nyttigt". I en gruppintervju säger en av undersköterskorna: "Överhuvudtaget maten. Det är det som allting kretsar kring". Härvid instämmer de andra i gruppen. "Det är 'snart är det middag', 'snart är det kaffe' och 'jag har inte fått kaffe' och 'nu måste jag köra ner till hörnan så att jag får en plats vid bordet innan jag ska äta middag'. Det är det enda dom har, alltså".

Den andra matmoralen handlade om att måltiderna sades ha mist ett väsentligt innehåll för patienterna – eller snarare borde de ha gjort så. I och med att patienterna enligt personalen inte ens hann bli hungriga mellan målen ifrågasattes det intensiva intresset för måltiderna – "De rör sig ju inte", "Många sitter ner och rör sig knappast".

Förenklat synes de båda kollektiven – underordnade en preciserad tidsordning – agera så att det ena kollektivet försöker försätta sig i en tillfällig och "teknisk" överordning. Svaret i denna interaktion blir då från den andra parten ofta att moraliskt ifrågasätta detta "överordningsagerande".

Personalen: Måltidsordningen är en arbetsordning

På skilda sätt kan den andra partens perspektiv problematiseras. Patienternas bevakning är i och för sig psykologiskt förstället enligt personalen, men egentligen ingenting att bry sig om. På skilda sätt kunde de markera att "detta är ett arbete".

Samma tidsordning vände ju olika sidor mot "sina" båda kollektiv. För personalens arbetsschema var ju ett måltidsschema för patienterna. Konsekvenserna av denna olikhet kommer tydligare fram från ett "figure-ground"-perspektiv. Vad på schemat utgör bakgrunden? Vad avtecknar sig i relief som mönster? (8) Normen är att måltider och raster i arbetslivet inom och utom institutionsvärlden skall vara "mellanstick". I tiden mellan dessa antas de viktiga aktiviteterna ske. Måltider och raster antas utgöra en – visserligen livsuppehållande – bakgrund. Gentemot denna bakgrund avtecknar sig mönstret – dvs det viktiga skeendet, vår involvering i det nyttiga och skapande.

Om däremot schemats mellanstick – måltider och raster – blir det primära, då byter mönster och bakgrund plats på samma sätt som perspektiven i en fixeringsbild kan växla. Att då övervaka tidpunkterna, att öppet vänta på "mellansticken", ses från detta perspektiv som ett alltför stort intresse för bakgrunden. För personalen betonar perspektivet att det handlar om ett arbetsschema.

Personalen gjorde i intervjuerna

ständigt kvantitativa överslagsberäkningar. De måste hinna med ett visst kvantum patienter under en viss avgränsad tid. De framhöll i intervjuerna att de måste hinna mata ett visst kvantum patienter på en bestämd tidsrymd. De räknade och jämförde med varandra med hänsyn till hur många matningar man hade, hur många "tillsyn" vid maten etc" ... dom hade en matning, men så fick dom stort patientombyte. Nu har dom fyra matningar. Pang, bom, alltså!"

En undersköterska sade:

– Men det är ju tokigt att man bara ska vara två på fem-sex matningar. Det är ju korvstoppling. Det får ju bli där efter. Det är ju inte så att man hinner sitta och låta dom avvakta. Nej, småprat blir det inte tal om. Utan bara 'gapa nu', 'gapa nu' ...

Buckholdt & Gubrium beskriver vårdpersonalen som kreativ, då de i sina egna arbetsbeskrivningar väljer ut och betonar vissa aspekter. De identifierar de egenskaper i arbetet som är socialt betydelsefulla (9). Men genom dessa kvantitativa beskrivningar betonar personalen att det handlar om en arbetsordning. De blir därmed tidsordningens representanter.

Fallet: Överraskningskaffet

Personalen försökte på olika sätt "skydda" ett visst informellt rörelseutrymme inom måltidsordningen. Detta visas bl a av diskussionerna om "överraskningskaffet". Personalen på några avdelningar hade börjat med att ibland servera ett överraskningskaffe vid 11-tiden på förmiddagen. Initiativet var vid starten helt och fullt personalens eget. Tanken var att när de själva hade tid skulle de överraska patienterna med detta extrakaffe. Själva begreppet överraskning innebär ju just inbyggd variation, icke-rutin! Och det är den överraskande som har initiativet.

Personal från olika avdelningar varnade emellertid varandra för patienternas svar på detta initiativ. För rollen som initiativtagare var egentligen skör. Nu förväntade patienterna sitt överraskningskaffe. Överraskningskaffet hade övergått till att bli bevakningsbar rutin. Personalens informella initiativ med kaffet hade fått ett omedelbart svar. En undersköterska klagar:

– Och 11-kaffet. Det som skulle vara trivselkaffe. Det har vi fått till ritual nu.

En annan undersköterska säger:

– Förmiddagskaffet skulle bara vara för dom som var uppe och här omkring. Bara dom härute skulle ha. Men det är mycket viktigt. Nu kommer dom körande ner med sina rullstolar. Dom kommer från sjukgymnastiken och dom kommer från arbetsterapi för att dom ska hinna med kaffet.

Nu kunde personalen inte längre förvänta tacksamhet från patienterna. I stället blir resultatet förargelse om förväntan inte uppfylls:

– Och då var dom ju så sura så det liknade ingenting ... 'Blir det inget 11-kaffe?'

Personalen ansåg att tendensen var generell. Patienterna försökte på olika sätt göra varje tillfälligt inslag och informell turordning till fast och överblickbar. Personalen sade att det tog "max tre veckor ... sen går det inte att rubba det".

En undersköterska menade att det var bäst att låta bli sådana fria initiativ:

– *Så det är bättre att låta bli sånt. För det är man själv som får det sen. Då tycker man att dom är tjatiga. Och dom tycker att vi är jobbiga som inte ger dom kaffe när man ska ...*

Personalen framhöll således detta som en allmän strävan från patientens sida. De försökte i de flesta sammanhang att införliva allt fler punkter i den fasta ordningen. Det gällde således alls inte bara överraskningskaffet.

– *Allt blir en vana här! Kvickt som attan, alltså. En eller två veckor tar det innan dom kommer in i det.*

Personalen å sin sida försökte naturligt nog att motverka att de miste detta informella frihetsutrymme. De använde därvid olika strategier. En sådan bestod i att endast vissa kategorier av patienter – av personalen utvalda – fick något överraskningskaffe.

– *Många patienter sitter ju inne på avdelningen. Dit går man ju inte in och frågar. Utan det blir dom som sitter där ute.*

På en annan avdelning gav man inte överraskningskaffe till "matpatienterna", dvs patienter som måste matas. Personalen var noga med att understryka att det var de själva som gjorde urvalet.

– *Det löverraskningskaffet/ är bara till dom som sitter i dagrummet och några inne på rummen. Det är bara kanske en 'matning' ... Och han sitter ju i dagrummet.*

Det var en kamp om att å ena sidan behålla det informella initiativet och å andra sidan göra det infomella till fasta punkter och om att kanske sedan igen återta initiativet.

Personalen delade tex ut maten i en viss turordning. Patienterna ville se denna som den fasta formella ordningen. De protesterade då personalen började vid "slutbordet" eller matköns slutända.

Personalen å sin sida försökte också i detta sammanhang att motverka att det informella skulle "sätta sig". På en avdelning tillämpade man ett varanandagssystem, som ytterligare vari-

erades ibland. Från personalen hänvisade man i dessa sammanhang till att turordningen ständigt måste ändras av rättviseskäl:

– *I morse gjorde vi tvärtom. Vi brukar börja vid den första dörren. Så sa vi att nu för en gång skull ska vi börja från höger sida då.*

Men patienterna blev mycket irriterade:

– *Det går ju an för den som ska dela maten. Men den som ska gå in med brickorna. Hon får ta emot allt. 'Va fan ... har du glömt mej?' och sånt sitter dom och skriker på mej.*

Trots ilskan från en del patienter stod man på sig. Det fanns ju ingestans på prängt att det informella skulle gälla, framhöll en undersköterska:

– *Så sa jag, att jag börjar tvärtom idag. Det står ju ingestans att dom ska ha först, ju!*

Diskussion

Zerubavels idéer om tidsstruktureringens betydelse kombineras med Simmels tankar om underordning. Zerubavel har beskrivit hur en viss tidsordning ofta "gynnar" uppkomsten av kollektiv och av gruppreaktioner. Georg Simmel beskriver hur vi agerar aktivt, också i underordnade positioner – och även då vi är underordnade en fast princip, som tids schemat i detta fall utgör. Resultatet av kombinationen blir en bild av underordnade grupper som agerar aktivt.

Jag beskriver ett kollektivt interaktionsmönster i vilket måltidsordningen – långvårdsavdelningarnas viktiga kalender – används. Knappast är det så att patienter och personal explicit och medvetet spelar och utnyttjar. I stället handlar det om naturliga svar i en kollektiv interaktion. Ramen är fastsälld – man träter om manöverutrymmet, och om initiativet inom denna ram. Och man använder själva ramen – måltidsordningens fasthet – gentemot varandra.

Beskrivningen ovan går i viss mån emot två andra traditioner inom sjukhusforskningen. – Dels går den emot den som ganska entydigt talar om att patienterna "hospitaliseras" och att detta är liktydigt med passivitet. Jag menar också att beskrivningen är skild från de sjukhussociologers som utgår från ett förhandlingsperspektiv. Studier med denna inriktning utgår ofta från ett klassiskt arbete i denna genre, nämligen det i vilket Strauss och hans kollegor beskriver ordningen mellan patienter och personal som "negotiated", dvs skapad genom förhandling-

ar⁴). (10) Frågan är dock om inte dessa analytiker överbetonat flexibiliteten och rörligheten hos själva systemet, hos den givna ramen?

För tids schemat är fast och föga förhandlingsbart. Det kan däremot användas i en högst vardaglig och – som jag ser det – trots allt livgivande kamp mellan kollektiven.

4) Relationerna mellan personal och patienter har vanligen beskrivits i form av förhandlingar mellan parter i olika maktpositioner (11–14). Roth har också beskrivit en kamp från båda parter sida för att upprätthålla sina förhandlingspositioner (2).

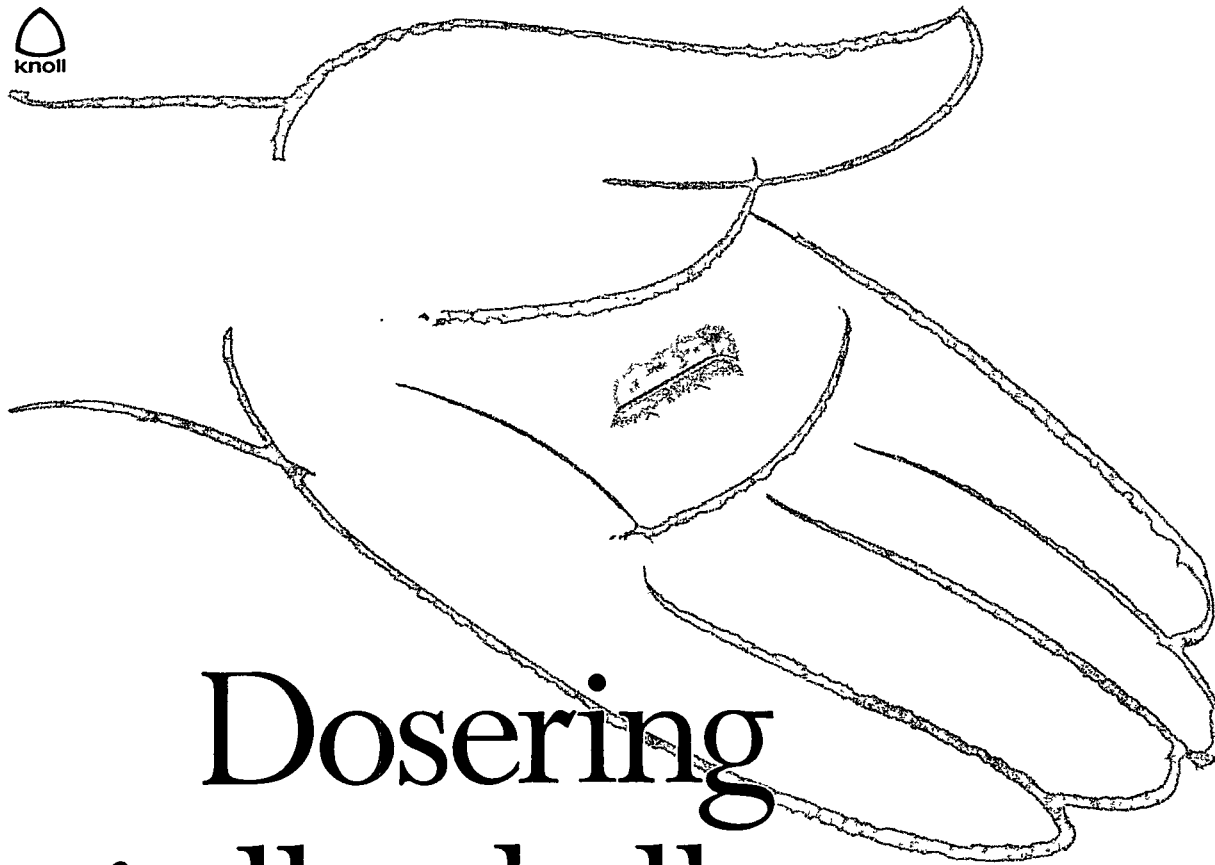
Referenser

1. de Secondat Charles Louis Baron de Montesquieu. The Spirit of the Laws. New York: Haffner, 1949; 1:313.
2. Roth JA. Staff-inmate Bargaining Tactics in Long-term Treatment Institutions. Sociology of Health and Illness 1984; 6:111–31.
3. Zerubavel E. Hidden Rhythms. Schedules and Calendars in Social Life. The University of Chicago Press, 1981.
4. Simmel G. Sociology of Georg Simmel. A Free Press Paperback, 1964; 250ff.
5. Douglas P, Spencer-Hall DA. The Social Conditions of the Negotiated Order. Urban Life 1982; 11:328–49.
6. Douglas M. Cultural bias. London: Royal Anthropological Institute, 1978.
7. Mars G. Cheats at Work. An Anthropology of Workplace Crime. Counterpoint, Unwin Paperbacks, 1982.
8. Koffka K. Principles of Gestalt Psychology. New York, Harcourt, Brace, 1935.
9. Buckholdt DR, Gubrium JF. Practicing Accountability in Human-Service Institutions. Urban Life 1983; 12:249–68.
10. Strauss A. Negotiations. San Francisco: Jossey Bass, 1978.
11. Surgue NM. Emotions as Property and Context for Negotiations. Urban Life 1982; 11:280–92.
12. Levy JA. The Staging of Negotiations between Hospice and Medical Institutions. Urban Life, 1982; 11:293–311.
13. Kleinman S. Actor's Conflicting Theories of Negotiation. Urban Life 1983; 11:312–27.
14. Hall P, Spencer-Hall DA. The Social Conditions of the Negotiated Order. Urban Life 1982; 11:328–49.

Författarpresentation:

Ann-Mari Sellerberg är docent vid Sociologiska institutionen i Lund.

Postadress: Box 114, 221 00 Lund.



Dosering i all enkelhet



Isoptin® retard

Isoptin® retard 240 mg depottabletter är den senaste utvecklingen av originalläkemedlet Isoptin – den mest använda kalciumantagonisten i Sverige.

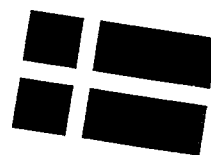
Den aktiva substansen i Isoptin® retard frisätts kontinuerligt och ger en jämnare plasmakoncentration under hela dygnet.



Individuell dosering

Tidigare har man behövt ge Isoptin-tabletter flera gånger per dag. Nu blir de flesta hypertoner välkontrollerade av 1 tablett Isoptin® retard om dagen. För att uppnå en skraddarsydd dosering för de patienter som kräver 360 mg per dag, är depottabletten försedd med mittskåra. Med Isoptin® retard kan man alltså titrera fram rätt dos hos respektive patient – utan att byta tablettstyrka.

Ytterligare en fördel med Isoptin® retard!



Äntligen
i Sverige!

Isoptin®
retard

Effektiv skonsam monoterapi.

Isoptin®
retard



Rökslutarstöd i primärvården:

Vad anser deltagarna?

GUNNAR HYLLIENMARK · JAN FAGERSTRÖM

När man inför nya arbetsuppgifter är det särskilt viktigt att veta hur det nya arbetet fungerar. För att få kunskap om hur rökslutarhjälpens inom primärvården bör inriktas gjordes inom Bollnäs sjukvårdsdistrikt en uppföljande enkät bland deltagarna. De som slutat röka ansåg att den viktigaste hjälpen man fått var uppmuntran och chans att prata om sina svårigheter. De som slutat röka ändrade oftare andra vanor än de som fortfarande rökte.

Nyckelord: Rökavvänjning, intervju/enkätundersökningar, attityder, livsstil, prevention, terapi.

Minskning av rökandet har i HS 90-rapporter och Cancerkommitténs betänkande utpekats som den viktigaste enskilda åtgärden för att minska förekomsten av hjärt- och kärlsjukdom och cancer. Att finna bra metoder för rökslutarstöd inom hälso- och sjukvården är därför en viktig uppgift.

Hjälp till rökare som vill sluta var för en uppgift för några få specialmottagningar men har nu spridits framför allt till allmänmedicinen. Bäckström m fl (1) har redovisat en intressant utprövning av en behandlingsuppläggning för allmänläkarmottagningar. Från primärvården i Värmland har uppmuntrande behandlingsresultat redovisats (2).

När man inom primärvården i Bollnäs började arbeta med rökslutarstöd ville vi få en bild av vad som hände med deltagarna.

Material och metoder

Ett frågeformulär konstruerades. Det upptog frågor om hur man kommit i kontakt med rökslutarhjälpens, om man deltagit i grupp eller fått enskild hjälp, om man numera röker och för de som slutat eller hållit upp hur pass svårt det var. Vidare om man ändrat på andra vardagsvanor, om man tänkte mera på sin hälsa än förr, om man ansåg sig ha haft nytta av rökslutarhjälpens och om man rekommenderat den till någon annan. De som slutat röka tillfrågades om risken att de skulle börja igen och för de som ännu rökte om de skulle kunna använda sin erfarenhet vid ett nytt försök.

Enkäten sändes ut till 112 personer som deltagit i rökslutargrupp eller som

Tabell I. Svarsgruppens fördelning över kön och ålder.

	Ålder -29	30-39	40-49	50-59	60-	Totalt
Män	2	3	9	4	4	22
Kvinnor	13	16	13	6	3	51
Totalt	15	19	22	10	7	73

Svar saknas för två personer.

fått individuell hjälp vid hälsocentrerna inom Bollnäs sjukvårdsdistrikt. Detta skedde ungefär ett halvår efter behandlingen. Formulären besvarades anonymt.

Efter en påminnelse hade 75 svar erhållits, vilket innebär en svarsfrekvens på 67 procent. Bortfallet som är ganska normalt vid den här typen av enkäter kan ge en missvisande bild av behandlingseffekterna. Man kan ju förmoda att flertalet som ej svarat fortfarande är rökare. Men för övriga resultat torde bortfallet inte ha någon större betydelse inom svarsgruppen.

Köns- och åldersfördelning framgår av Tabell I.

Hälften av de som svarat hade fått individuell hjälp medan den andra hälften hade deltagit i grupp. 17 personer hade hänvisats till rökslutarhjälpens av läkare och 7 av distriktssköterska. 20 hade läst om verksamheten i lokaltidningen och 14 hade fått kontakten via någon bekant.

Resultat

Förändringarna av rökvanor framgår av Tabell II.

Tabell II. Rökvana ett halvt år efter behandling enligt enkätsvar. N = 75

Röker inte alls	31
Röker mindre	20
Röker som förut	22
Svar saknas	2

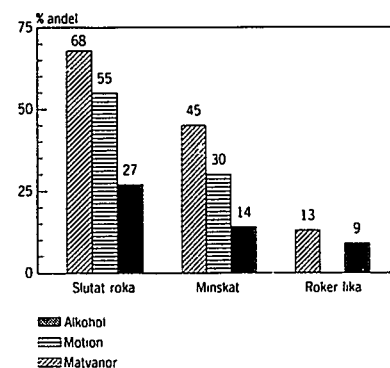
Räknat i andel av de som svarat är det 41 procent som slutat röka. Om vi tänker oss att alla som ej svarat fortfarande röker så skulle det innebära att 28 procent av de behandlade slutat. Om vi undersöker behandlingseffekten efter hur deltagarna rekryterats eller efter behandlingsform så blir undergrupperna så små att det knappt är meningsfullt att tolka skillnader.

De som slutat röka och de som hållit upp en tid men sedan återfallit fick svara på hur svårt de ansåg det var att avhålla sig från rökandet. Svaren framgår av Tabell III.

Tabell III. Fördelning av svaren på frågan: Hur svårt var det att inte röka?

Mycket svårt	11
Svårt	16
Ganska svårt	17
Inte särskilt svårt	14
Totalt	58

Många hade förändrat sina vanor i fråga om mat, motion och alkohol. Dessa vaneförändringar visar ett tydligt samband med förändringar i rökvanan vilket framgår av Figur 1.



Figur 1. Procentandel av nya rökvanegrunder som ändrat olika levnadsvanor.

En närliggande tolkning av resultaten är att förändring av en vana underlättar förändring av en annan. Vid rökslutande uppmanas i regel de som skall sluta att äta kalorisnålt för att motverka viktökning och att röra på sig mera. De som lyckats bryta sin rökvana tycks i större utsträckning ha följt dessa råd än de som hade rökvanan oförändrad.

På frågan "Tänker du nu mera på din hälsa?" visar svaren också en samvariation med förändringarna av rökvanor som framgår av Figur 2.

De som förändrat sin rökning har som synes en mera positiv inställning till hälsan och oroar sig betydligt mindre än de som rökte oförändrad.

På frågan om man ansåg att man haft nytta av rökslutarhjälpens kunde

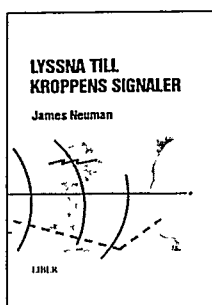
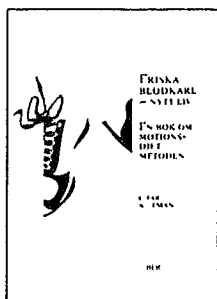


GÅ MED I BÄTTRE HÄLSA

BOKKLUBBEN OM DIN OCH ANDRAS HÄLSA

Libers bokklubb håller dig informerad om vad som händer inom hälsoområdet.

Att vara med i bokklubben är ett bra sätt att fyra gånger om året få information om böcker, som tar upp aktuella hälsofrågor.



Kommer i bokklubben under 1989

Böckerna presenteras i medlemsbladet och du väljer själv vilka du vill köpa. Det finns inget köptvång eller krav att du måste köpa ett visst antal böcker per år.

Medlemsrabatten är minst 30% på ord ca-pris.

Första medlemserbudandet kommer i januari 1989.

KUPONGEN SKICKAS TILL: MARIA OLIN, LIBER, Box 3071, 103 61 STOCKHOLM.

- ☐ JAG ANMÄLER MIG TILL BOKKLUBBEN BÄTTRE HÄLSA
☐ JAG VILL VETA MER INNAN JAG BESTÄMMER MIG FÖR ATT GÅ MED

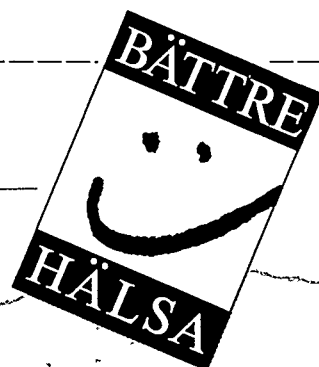
NAMN

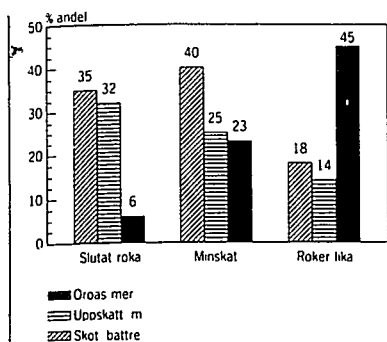
ADRESS

POSTNR

POSTADRESS

LIBER





Figur 2.
Procentandel av nya rökvanegrupper som sköter hälsan bättre, uppskattar den mera eller oroar sig mera för den.

man markera ett eller flera av sju svarsalternativ. Alla utom en av de 75 hade svarat på den frågan. Svaren är samlade i Tabell IV.

Tabell IV. Fördelning av svar på frågan "Hade du någon nytta av rökslutarhjälpen?" över de olika svarsalternativen. N = 74.

Fick uppmuntran	44 svar
Fick möjlighet att prata om svårigheterna	40 svar
Lärde mig hur kroppen reagerar vid rökstopp	39 svar
Lärde mig hur rökningen påverkar kroppen	33 svar
Lärde mig tekniker att motstå röksuget	19 svar
Blev en broms mot återfall	17 svar
Nej, ingen nytta	0 svar

Som synes har många markerat mer än ett svar men inget svar är negativt. Fyra alternativ har markerats av ungefär halva gruppen medan två alternativ hamnar lägre. Om vi delar upp svaren efter om man slutat röka, minskat eller röker oförändrat framkommer ett intressant mönster som syns i Tabell V.

Som synes är några siffror jämnt fördelade mellan grupperna medan andra skiljer sig avsevärt. De båda kunskapsvariablerna som står nederst

visar måttligt höga frekvenser i alla tre grupperna. Uppmuntran och möjlighet att prata om svårigheter visar överlag höga värden men klart högst för de som slutat röka. Tekniken att motstå röksug och broms mot återfall ligger även högst bland de som slutat men på en genomgående lägre nivå.

Detta bör innebära att dessa senare variabler där rökslutarna ligger högst bör vara särskilt viktiga moment i rökslutarhjälpen. De som kan utnyttja dessa inslag tycks ha lättare att verkligen bryta sin rökvana. Kunskapsinslagen är uppenbarligen värdefulla och uppskattade men ger i sig inte tillräcklig hjälp för att verkligen påverka rökandet.

Enkäten tog även upp ett par frågor om rökandet i framtiden. Av de 31 som slutat röka trodde 26 att det var "ingen" eller "liten" risk att de skulle börja röka igen. Av de 42 som fortfarande rökte trodde 16 att de "absolut" skulle ha större chans att lyckas vid ett nytt försök att sluta och 26 trodde att chansen "kanske" skulle vara större.

47 av de som svarat på enkäten har rekommenderat rökslutarhjälp till någon annan person. 16 personer hävdar att åtminstone någon annan i deras omgivning har slutat röka som en följd av det aktuella rökslutarförsöket. Arbetet med rökslutarhjälp tycks alltså ge en klar spridningseffekt.

Diskussion

Tobaksrökningen styrs av en hel rad faktorer i kombination vilket gör att man behöver använda flera påverkansmetoder för att rökslutarhjälp ska bli effektiv. Rönnberg (3) har gjort en översikt av dessa problem. Effekten av olika behandlingsinslag kan även skifta beroende på vilka grupper man riktar sig till och i vilket sammanhang behandlingen sker. En översikt av erfarenheter från allmänmedicinska mottagningar har gjorts av Hyllienmark (4).

Att enbart kunskapsökning inte medför förändring av beteendet är en vanlig erfarenhet som stöds av resultaten här. Stärkt självtillit, ökad personlig säkerhet och möjlighet till socialt stöd har i flera undersökningar visat sig medföra större rökslutande (5, 6).

Att få diskutera sina svårigheter och därvid få uppmuntran för sina strävanden innebär ju ett socialt stöd som mycket väl kan stärka självtilliten.

Tillgång till tekniker att motstå impulser att börja röka igen har visat sig verksamma (7, 8). Våra resultat visar att en stor del av de som verkligen slutat också anser sig ha lärt sig sådana tekniker och det passar väl ihop med dessa erfarenheter.

Den redovisade studien omfattar visserligen endast en liten grupp men eftersom resultaten stämmer med dem från andra undersökningar kan de betraktas som pålitliga. Det använda frågeformuläret tycks alltså vara användbart för att fånga upp väsentliga aspekter på rökslutarhjälp i primärvård.

Både för verksamheten och för dem som är engagerade i den är det givetvis viktigt att få belägg för att man arbetar på ett meningsfullt sätt.

En punkt i våra resultat som är av vikt för det praktiska arbetet med rökslutarhjälp är att de rökare som ej lyckas påverka sin tobaksvana kan få en ökad oro för sin hälsa. Denna "biverkning" bör man givetvis försöka göra något åt. Att tona ner rökandets hälsorisker är knappast möjlig. Där emot kan man se oron som en anledning att senare försöka med ett nytt stopp för rökandet. Man kan då hävda att rökaren genom de erfarenheter han vunnit har större möjligheter att bryta sitt rökande, så som många av rökarna i enkäten trodde. Flera undersökningar har också visat att vägen till permanent rökfrihet ofta går via flera kortare eller längre rökstopp.

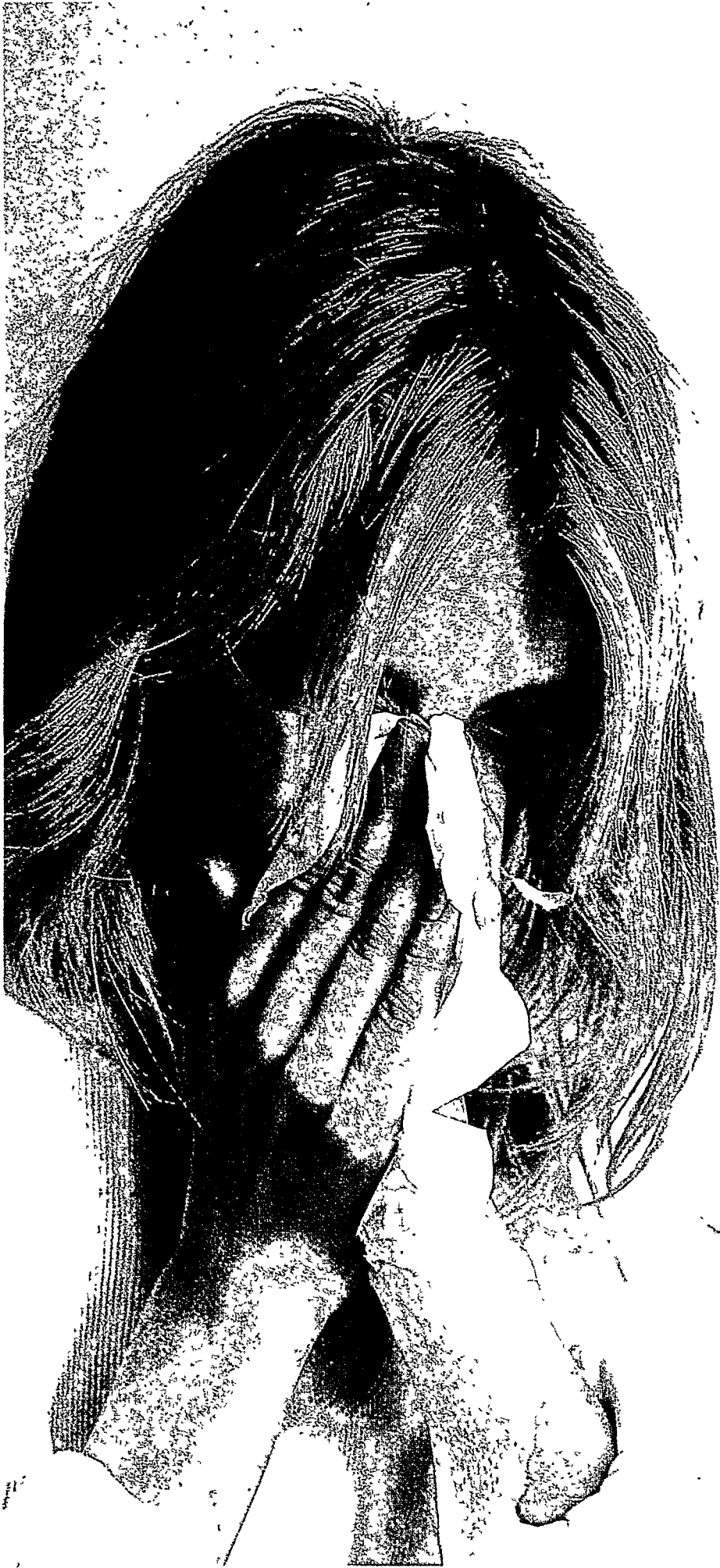
Uppföljning av en verksamhet kan ge behandlaren en överblick av vad som skett – en överblick som vardagsarbetet knappast tillåter. Då det gäller rökslutarstöd har en amerikansk studie (9) visat att en systematisk återföring av behandlingsresultat kan motverka att den planerade behandlingen gradvis tunnas ut. Då man inför nya arbetsuppgifter i en etablerad verksamhet måste man räkna med att aktörerna till en början känner osäkerhet om huruvida metoderna är effektiva och värda insatserna. För att kunna bedöma den saken realistiskt kan en fortlöpande återföring av resultaten vara en bra metod. Och då kan enkla uppföljningsenkäter vara mycket användbara.

Referenser

1. Bäckström I, Bergman S, Edman B, et al. Nikotintuggummi effektivare än endast rådgivning för att bryta rökarens tobaksbeteende. Läkartidningen 1985; 82:1967–70.
2. Berg B, Hansson B. Rökavvänjning inom Värmlands primärvård. Allmänmedicin 1986; 7:277–9.
3. Rönnberg S. Centrala problem i den beteendevetenskapliga forskningen om tobaksbruk. I: Beteendevetenskaplig forskning om tobak. Stockholm: Socialstyrelsen 1981 (h-rapport 16).
4. Hyllienmark G. Insatser mot tobaksrökning vid medicinska öppenvårds-

Tabell V. Procentandel av dem som slutat röka, minskat eller röker oförändrat som markerat de olika alternativen om nyttan med rökslutarhjälpen. N = 74.

	Slutat (%)	Minskat (%)	Röker lika (%)
Fick uppmuntran	87	45	36
Fick möjlighet att prata om svårigheterna	90	55	50
Lärde mig tekniker att motstå röksuget	42	25	9
Blev en broms mot återfall	32	15	14
Lärde mig hur kroppen reagerar vid rökstopp	51	55	50
Lärde mig hur rökningen påverkar kroppen	39	55	45



Allergi eller inte?

Phadiatop[®] ger svaret.

Mer än 20 % av alla människor har allergiska besvär. När du möter symptom som rinit, astma och konjunktivit bör du alltid överväga allergi. Med Phadiatop[®] får du snabbt svar om misstanken är befogad. Genom ett enkelt venprov, som du skickar till laboratoriet, får du ett "Ja" eller "Nej"-svar, som ger dig ett säkert stöd för den fortsatta behandlingen.

Har du hittat alla dina allergiska patienter? Phadiatop[®] ger dig svaret du behöver.

Ring eller skriv så skickar vi gärna mer information.

Phadiatop[®]



Pharmacia

Pharmacia Diagnostika Norden AB,
751 82 Uppsala, Tel 018-16 59 25

mottagningar. Gävle: Landstinget Gävleborg (Rapport från hälsosektionen 1987:1).

5. Ockene JK, Benfari RC, Nuttall RL, Hurwitz I, Ockene IS. Relationship of psychosocial factors to smoking behavior change in an intervention program. *Prev Med* 1982; 11:13-28.
6. Yates AJ, Thain J. Self-efficacy as a predictor of relapse following voluntary cessation of smoking. *Addict Behav* 1985; 10:291-8.
7. Carmody TP, Brischetto CS, Pierce DK, Matarozzo JD, Connor WE. A prospective five-year follow-up of smokers who quit on their own. *Health Education Research* 1986; 1:101-9.
8. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav* 1982; 7:133-42.
9. Ewart CK, Li VC, Coates TJ. Increasing physicians' antismoking influence by applying an inexpensive feedback technique. *J Med Educ* 1983; 58:468-73.

Författarpresentation:

Gunnar Hyllienmark*, psykolog, samhällsmedicinska avdelningen, Gävle sjukhus.

Hälsoplanerare Jan Fagerström, Bollnäs sjukvårdsdistrikt.

*Postadress: 801 17 Gävle.

Recensioner

Kunnskap er makt – og bør deles med andre

Fugelli P, Nylenna M. (red)

Oslo – Bergen – Stavanger – Tromsø: Universitetsforlaget, 1987.

(176 sid., 175 kr, ISBN 82-00-43271-8)

Ole K Harlem, vem är det? Ja, själv visste jag det inte förrän jag läst boken "Kunnskap er makt – og bør deles med andre". Det rör sig om en hyllningsskrift tillägnad förre redaktören för "Tidsskrift for Den norske lægeforening" på hans 70-årsdag. Ole K Harlem arbetade efter examen först under 7 år som allmänpraktiker i Oslo och utbildade sig därefter till barnläkare. Under åren 1962-87 var han redaktör för "Tidsskriftet". Han ledde den kommitté, som lade fast planerna för den nya medicinarutbildningen i Tromsø, och han var under flera år med i Vancouver-gruppen, där man drog upp riktlinjerna för hur en vetenskaplig artikel bör se ut.

Boken är följdriktigt indelad i två huvudavsnitt: Ett om medicinsk kommunikation i allmänhet och läkarutbildning i synnerhet, och ett om den medicinska tidskriften och dess betydelse för kunskapsförmedlingen. Det första avsnittet består av 8 artiklar

skrivna av såväl inhemska som utländska auktoriteter på utbildning/kommunikation. I det andra medverkar bland annat redaktörerna för "New England Journal of Medicine" och "British Medical Journal". Vi får på danska läsa om den vetenskapliga originalartikeln och på norska presenteras såväl översiktsartikeln som debattartikeln.

I slutet på boken blickar Ole K Harlem in i framtiden: "Primärlegens oppgave blir stadig viktigere, vanskeligere og mer krevende. Diagnostiske og terapeutiske muligheter er i dag nærmest legio, men da må vi ha en nøkkelperson i helsetjenesten som kan samle trådene og spille på det svære registret som finnes. Ingen er bedre egnet til det enn en god og velutdannet primærlege." Man hoppas att dessa kloka ord når ut också i Sverige. Vad beträffar läkarutbildningen förordas en grundutbildning enligt modell från Tromsø, samt ökad satsning på en vidare- och efterutbildning anpassad till den enskilde läkarens behov. I Sverige representerar Hälsouniversitetet i Linköping den moderna pedagogiken.

Avslutningsvis kan jag rekommendera boken till läsning. Den innehåller mycket som är internationellt och litet som är specifikt norskt.

Anders Håkansson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö.

Integrerad grafisk produktion



För IBM i Sverige, Norge, Danmark och Finland producerar vi en broschyrserie där bildmaterialet till stor del är gemensamt. Språken och siddispositionerna varierar dock från land till land.

Bilderna är scannade, editrade och optiskt lagrade i vårt bildsystem. Texten kommer på diskett och konverteras.

Utifrån IBM:s layout skapas sidorna i vårt "Satellit"-system, där text och bild interaktivt byggs samman. Sidorna plottas på vår laserplotter med utsättning på neg. eller pos. film.

TOFTERS

TOFTERS TRYCKERI AB 740 46 ÖSTERVÅLA TELEFON 0292-105 30

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

*Allmänläkarnas specialistförening är SFAM.
Svensk Förening för Allmänmedicin.*

SFAM har nu cirka 1 800 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom vidare- och efterutbildning, utvecklingsarbete, forskning, avgränsning mot andra specialiteter, internationella kontakter.

Föreningen utger AllmänMedicin – en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

Fortfarande finns det emellertid allmänläkare eller blivande allmänläkare som inte är medlemmar i SFAM. Självklart skulle även de ha nytta och glädje av att vara medlemmar i föreningen.

För att nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare som ännu inte är medlemmar i SFAM, vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att viddala sina kolleger och ge information om föreningen.

Anmälan om medlemskap kan insändas på nedanstående talong. Om fler vill anmäla sig samtidigt, kan listor insändas till samma adress. Årsavgift 270 kronor.

Vi vill särskilt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar *blivande allmänläkare* för SFAM.

Obs! Alla medlemmar i SFAM erhåller för 1988/89 automatiskt tidskrifterna AllmänMedicin och Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Anmälan om medlemskap i SFAM

Namn:

Adress:

Postnr: Ort:

Tel:

Medlem i Sveriges Läkarförbund ☐ Ja ☐ Nej

FRANKERAS

Allmän Medicin
Margareta Lindborg
172 83 Sundbyberg

Hoechst satsar mer än 9 miljoner kr per dag i läkemedelsforskning.



Internationell draghjälp

Hoechst och Hässle (Astra) har inlett ett internationellt samarbete för att alltid ligga i täten när det gäller hypertoni behandling. Hässle har utvecklat substansen felodipin som tillhör gruppen kalciumflödeshämmare.

I första etappen får Hoechst internationellt tillgång till denna substans och marknadsför den i Sverige under namnet Hydac.

I andra etappen får Hässle på motsvarande sätt tillgång till ramipril, en ny ACE-hämmare och originalsubstans som Hoechst har utvecklat.

Resultatet blir en ömsesidig fördjupad kunskap om behandling av kardiovaskulära sjukdomar.

**HYDAC[®]**
felodipin

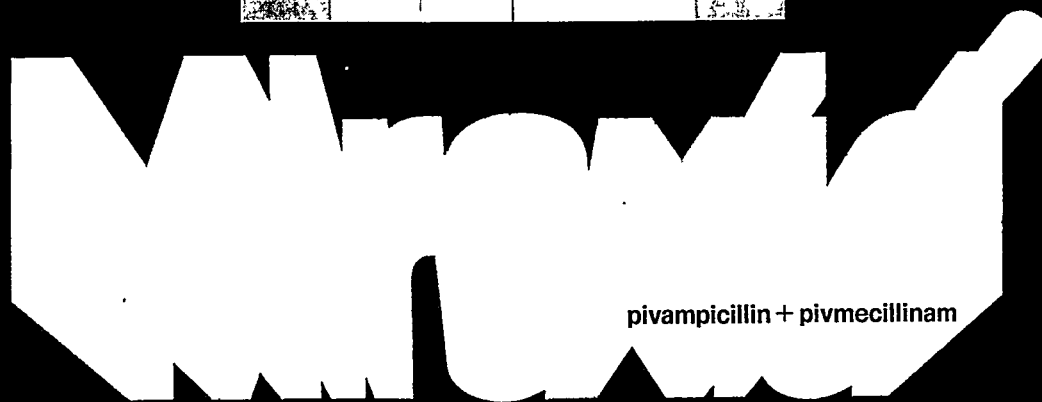
Ditt val för att stärka framgångsrik internationell forskning.

Hoechst 

Svenska Hoechst AB, Läkemedelsdivisionen
Box 42026, 126 12 Stockholm, Tel: 08 190060

PIVAMPICILLIN

PIVMECILLINAM



Penicillinkombinationen med synergistisk effekt

- ☐ Hög antibakteriell aktivitet på de flesta grampositiva och gramnegativa bakterier.
- ☐ Snabbare baktericid effekt än med enkelkomponenterna var för sig.
- ☐ Den ringa påverkan på tarmens normalflora innebär mindre risk för super- och reinfektioner.
- ☐ God tolerans jämfört med andra bredspektrumantibiotika.

Miraxid® — när effekt och tolerans får avgöra preparatvalet.

Miraxid: pivampicillin + pivmecillinam

Grupp 7B 4020

Tabletter. En tablett Miraxid innehåller 200 mg pivmecillinam + 250 mg pivampicillin. En tablett Miraxid mite innehåller 100 mg pivmecillinam + 125 mg pivampicillin.

Indikationer: Infektioner orsakade av mikroor-

ganismer känsliga för Miraxid, tex övre urin-
vägsinfektioner och komplicerade nedre urin-
vägsinfektioner.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot peni-
cilliner och cefalosporiner.

Förpackningar: Miraxid, Miraxid mite 30, 100 st.

