

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



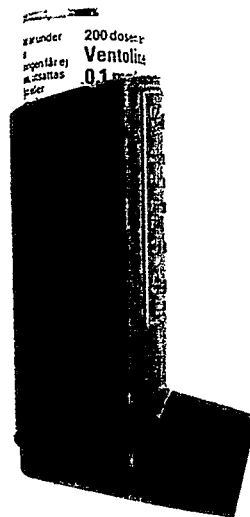
TEMA

1
1989

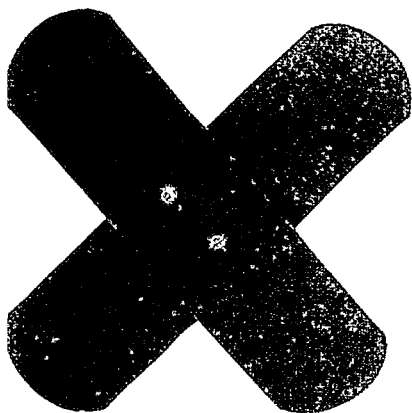
HÖGT
BLODTRYCK

Är dina förväntningar vid analgetikabehandling enbart smärtlindring?

Guttmag & Co



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



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



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

DISTALGESIC ΔR

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

Manus-stopp!

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

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1989.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
2/89	23/ 1-89	14
3/89	28/ 3-89	22
4/89	12/ 6-89	37
5/89	1/ 9-89	44
6/89	29/ 9-89	48

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmän Medicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

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

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

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

Annonser:
YH Annonserförmedling,
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, 1989

ISSN 0281-3513

Ledare:

Vad menar vi med kvalitet i sjukvården?
Gustav Haglund

4

Nytt från SFAM

5

Kalendarium

6

Debatt:

Behöver tidskriften AllmänMedicin en sektion för originalarbeten?
Göran Westman

7

Fortsatt diskussion om allmänmedicinens kärna
Bengt Mattsson

7

Allmänmedicinen och ledningsfunktionen
Ingemar Hermansson

8

Handelsresande i allmänmedicin?
Kenneth Widäng

8

Tema Högt Blodtryck:

Högt blodtryck och alkohol – litteraturöversikt
Göran Dahl

12

Hypertoniregistrering – ett nödvändigt hjälpmedel vid blodtrycksbehandling?
Mats Gustavsson, Hans-Åke Söderberg, Kurt Boman

15

Högt blodtryck hos gamla. – Är det farligt?
– Lönar det sig att behandla?
Hans Lindholm, Per Wirup

18

Rapport från forskarutbildningskurs – hypertoni ur tvärvetenskaplig belysning
Bengt Mattsson, Niels Lynöe

21

Apoteksbolaget

23

Primärvård i storstad:

Öppen mottagning i Malmö
Stefan Henningsson, Tomas Lindblad

27

Olycksfallsregistrering:

Skadepanoramat sett från vårdcentralens horisont
Anders Håkansson, Marianne Lannsjö

32

Katastrofberedskap:

Kraschen – ett samarbetsprojekt med många bottnar
Urban Brunell

34

Forskning och utvecklingsarbete:

FoU i primärvården i Kristianstads läns landsting
Ingemar Andersson, Agard Håkansson, Göran Ejertsson

36

Recensioner

Bergenudd G. Mental stimulering av äldre
Sven-Olof Johansson

37

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Bertil S Hansson – Sociala nätverk, socialt stöd – viktiga resurser för hälsa hos äldre män
Per-Olof Östergren

41

Bjarne Jansson – Olycksfallsregistrering i den svenska akutvården i avsikt att förebygga olycksfall. Epidemiologisk studie av jordbruksolycksfall.
Gunilla Bjärås

43

Författarregister 1988

45

Vad menar vi med kvalitet i sjukvården?

Det har blivit allt vanligare att tala om kvalitet och kvalitetssäkring. Men vad är det vi skall säkra, eller kanske bättre försäkra oss om?

Har något hänt som oroar oss med en känsla att det inte alltid är så väl ställt med kvaliteten?

Har konturlösa föreställningar om vad sjukdom är, medfört okontrollerbara och orationella krav på sjukvård?

Sedan de stora medicinska landvinningarna efter kriget numera införlivats med den kliniska verksamhetens vardag har våra kunskapers begränsning kanske börjat förmörka sikten. HIV ställer oss lika hjälplösa som gamla tiders tbc och syfilis.

Hjärt-kärlsjukdomarna är inte mycket mer åtkomliga än förr, och de maligna sjukdomarna är vad de alltid har varit. Omvårdnaden lämnar alltjämt en hel del övrigt att önska.

En ofullgången teknologi ger inte sällan osäkerhet om kvaliteten i vår hantering. Kvalitet och etik är oskiljaktiga.

Den svåraste delen av kvalitetssäkringen är inte att mäta utan att värdera. Vi talar mycket om det som kan mätas: organisation, utrustning och dess rationella utnyttjande i en vetenskapligt prövad process. Och för den mätningen finns sedan gammalt metoder. Men oöverlagt bortser vi från processens helhet för att kunna tala om effektivitet. Vem avgör kvalitet och hur skall den säkras?

Resultat är ett bedrägligt bevis. Det beror på vem som bedömer och när det sker. Femårsöverlevnad är bättre än ett år. Men inte särskilt bra för patienten som ville leva ännu längre. Det är en metodmätning, inte ett helhetsresultat. Vad är kvalitet för den patienten, och är inte det i grund och botten det avgörande? Det är där vi måste söka vår kvalitetssäkring.

Är det kanske detta som känns hotfullt, att höga kostnader, korta vårdtider, "kostnadseffektivitet", avskärmar vår uppmärksamhet från det som sker i det som synes ske?

Men patienten är också en osäker och opålitlig värdemätare. En vänlig och omtänksam doktor kan uppnå ett gott resultat och vinna patienters uppskattning trots uruselt genomförda yrkesprestationer. Men i längden går inte den sortens fusk. Om vi släpper kunskapens krav och precision och lever på empati, så blir följden så småningom katastrofalt för patienten, för sjukvården och för doktorn. Därför behövs kvalitetsbedömning och kvalitetssäkring.

I allmänmedicinen handlar det om att finna en metod att i den kliniska verksamheten systematiskt säkra såväl behandlingens genomförande lege artis som patientens egen informerade medverkan i resultatet. Där ligger också grunden för klinisk forskning i allmän medicin.

I sådana termer bör begreppet helhetssyn förstås och tillämpas. Ett begrepp som annars hotar att liksom "kvalitet" blir ännu en färgrann balong.

Allmänmedicinen har ansvar i dessa stycken. Den specialiserade utvecklingen – en nödvändighet – måste kompletteras med generalisten för dialog och rapport av oförutsedda komplikationer och sena biverkningar, men också av framgångsrik metodutveckling. Vad skall vi annars med kontinuitet till?

Men också patientens oförklarade problem och kvardröjande oro, missförstådd information och besvikelse (dålig information). Vad skall vi annars med närhet till? Kvalitetssäkringen i primärvård är vårdcentralens viktigaste uppgift. En helhet i problemformulering och resultatvärdering kan inte uppnås av läkaren ensam. Vårdlaget vidgar perspektiven, kompenserar för ensidighet, ger röst och ord åt patientens upplevelse och värdering. Vi kommer emellertid inte heller att kunna försvara en uppnådd kvalitet om vi inte har klart för oss vad vi menar och vad som krävs för att bibehålla den. Revisionens och sparsam-

hetens snålvind kan vara nyttig, när den tvingar till medvetenhet om innebörden av vårt arbete. Åtskilliga slentrianrutiner är inte bara dyrbara utan skadar också kvaliteten. För att kunna hävda allmänmedicinsk tillämpning av kunskap och teknik i den dagliga mottagningen och försvara den duger inte suddighet och oklarhet om vad vi menar och patienten menar.

Vi har på många håll i primärvården bra journaler och lägger ner mycket arbete på dem. Eller sekreterarna gör det. Felet med journalerna är att vi inte läser dem. Inte mer än det nödvändiga för dagens beslut och receptets förnyelse. Det är nedslående att se hur mycket dubbelarbete som görs, undersökningar som upprepas, slutsatser som blir osammanhängande, därför att vi inte läser journalen. Och vad skall patienten tycka? Delvis beror det kanske på journalens ordrika schablon. Kanske kan ADB strama upp den rutinen, och försök pågå i den riktningen. Men framförallt förlorar vi även journalens (det kliniska protokollets) möjlighet till fortlöpande kvalitetsbedömning. Där kunde vi dokumentera och säkra kvaliteten.

Våra kurser i allmänmedicin i vidareutbildningen borde ägna mer tid åt dessa frågor, problemformulering och kliniskt utvecklingsarbete i primärvården. Det är ett viktigt fält för forskning och undervisning och våra institutioner borde bidra med metodutveckling. Då kan vi få den plattform vi behöver för att verkningsfullt bidra till sjukvårdens helhet och sammanhang.

Gustav Haglund

Nytt från SFAM

Den nya styrelsen i SFAM har haft två sammanträden och kan därmed sägas ha kommit igång.

Styrelsen har ambitionen att bredda engagemanget i allmänmedicinska frågor bland medlemmarna. I det syftet har vissa ansvarsområden identifierats och styrelseledamöter fått områdesansvar. Kring sig har de möjlighet att skapa en "trust", som är att uppfatta som ett resonemangs- och rådhamningsforum, och samtidigt en informationskanal. Vi ser det viktigt att informera om vilka i styrelsen som fått sig tilldelade olika bevakningsområden, för att ge enskilda SFAM-medlemmar möjlighet att kontakta och agera i olika frågor in mot styrelsen. Här följer en kort en uppräknings.

Styrelsegrupper

Undertecknad ordförande svarar tillsammans med kassören Anna Källkvist för att ett lokalombuds nät byggs upp. Syftet är att ha ett språkrör och en informationskanal ut till varje landstingsområde till att börja med. Via denna kanal är det meningen att rekryteringen till SFAM även skall stimuleras. Här är programskriften "Allmänmedicinen inför år 2000" ett viktigt redskap.

Kring grund- och vidareutbildningsfrågor bygger vi en grupp med fackliga sekreteraren Christina Nerbrand som huvudansvarig. Genom sitt arbete i Ämnesexpertgruppen och sin knytning till institutionen i Uppsala är hon väl insatt och har ett brett kontaktnät. Hon kompletteras inom styrelsen med Dag Domeij och Elisabeth Jaenson. Efterutbildningsfrågorna är oerhört viktiga, och tankar finns om att söka bredda och fördjupa det typiskt allmänmedicinska kunskapsutbudet i första hand. Ansvarig är vice ordföranden, Kenneth Widäng. Vetenskaplige sekreteraren Calle Bengtsson får huvudansvaret för forsknings- och utvecklingsarbetsfrågor, dit bland annat Riksstämman hör. Lars Berg inom styrelsen ingår i denna grupp. Det femte bevaknings- och arbetsområdet är vår tidskrift. Här får styrelse- och redaktionsmedlemmen Cecilia Björkelund huvudansvaret och är kontaktperson. Ordföranden har att samordna arbetet i styrelsen och ansvara för remissverksamheten.

Samarbete

Det samarbetsorgan som Distriktsläkarföreningen, Ämnesexpertgruppen och SFAM har sedan tidigare, DÅS,

sammanträdde i början av december i Göteborg, och det blev ett bra tillfälle att bekanta oss med varandra och diskutera viktiga gemensamma frågor. Det finns ett uttalat önskemål inom DÅS att arbeta nära ihop för att ge ökad tyngd åt allmänmedicinska frågor. För att ytterligare stärka fronten och samhörigheten kommer de allmänmedicinska institutionerna att inbjudas delta i gruppen, som då kan expandera till DÅSI.

Av speciellt intresse är att Distriktsläkarföreningen tillsatt vissa grupper för att arbeta vidare med FRAMÅT-rapportens förslag. Några områden sammanfaller med dem som SFAM tillsatt, och personunion kommer att etableras för att undvika dubbelarbete och för att effektivisera insatserna.

Årsmöte 1989

På årsmötet i Gävle beslöts att årsmötet 1989 skall avhållas i samband med Riksstämman. Detta strider mot stadgarna, som anger att årsmötet skall hållas inom tidsperioden augusti-september. Styrelsen har beslutat följa årsmötesbeslutet, dels enär inlett stadgeändringsarbete avser förlänga tillåten tid, dels enär det enda alternativet till mötestillfälle är det Nordiska mötet i Aarhus och vi finner det olämpligt att lägga mötet utanför landets gränser, med ty åtföljande ekonomisk begränsning av medlemmarnas möjlighet att delta. Om styrelsens ställningstagande uppfattas som felaktigt emotser vi reaktioner.

Internationellt

Beträffande det internationella engagemanget fick styrelsen i uppdrag att välvilligt pröva möjligheterna att höja det ekonomiska beståndet till delegater i Leuwenhorstgruppen och EGPRW. Så har skett, men det svängrum i penningväg som erbjuds styrelsen är mycket knappt. Engagemang i WONCA och SIMG, där SFAM är enda utanförstående landsorganisation, kräver likaså större penningresurser. Styrelsen avser att vid kommande årsmöte initiera en diskussion kring internationella kontakter. Som ett led i detta har vår danska systerförening DSAM gästats av Elisabeth Jaenson i november 1988.

Programskriften

Slutligen önskar vi påminna om möjligheten att använda programskriften "Allmänmedicinen inför år 2000" i utbildningssammanhang. Det vore värdefullt om studierektorer, institutioner och andra utbildningsansvariga till styrelsen meddelade avsikter och önskemål om antal exemplar inför den nytryckning som planeras. Styrelsen räknar med ett pris av 30 kronor per exemplar, vilket måste betraktas som väl använda pengar. Att rekrytera innebär bland annat att informera, som bekant. Lars Berg är kontaktperson inom styrelsen.

För att underlätta för SFAM-medlemmarna att kontakta styrelsen följer till sist en lista med namn och arbetsplatsadresser. Använd den!

Mats Ribacke, ordf SFAM

"Allmänmedicin inför år 2000" kan beställas via Margareta Lindborg, AllmänMedicin, 172 83 Sundbyberg.

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR ALLMÄNMEDICIN STYRELSE 1988-1989

ordförande

Mats Ribacke
Sätra Hälsocentral
Sicksackvägen 34
803 33 GÄVLE
026-17 70 40

vice ordförande

Kenneth Widäng
Björknäs Vårdcentral
Box 511
961 48 BODEN
0921-510 70

facklig sekr

Christina Nerbrand
Vårdcentralen Gripen
Box 547
651 12 KARLSTAD
054-10 66 14
054-19 41 04

skattmästare

Anna Källkvist
Vårdcentralen Kronan
172 83 SUNDBYBERG
08-98 91 00

vetenskapl sekr

Calle Bengtsson
Allmänmed institutionen
Redbergsvägen 6
416 65 GÖTEBORG
031-84 01 70

Elisabeth Jaenson

Vårdcentralen Granen
Grangatan 11
212 14 MALMÖ
040-33 54 20

Dag Domeij

Primärvårdsledningen
581 85 LINKÖPING
013-19 26 69
19 26 61 sekr

Lars Berg

Vårdcentralen Kronan
172 83 SUNDBYBERG
08-98 91 00

Cecilia Björkelund

Studenthälsovårdsmott
Suttings gränd 3
753 23 UPPSALA
018-15 50 50

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.

□ **14-15 mars.** Svensk Förening för Sterilisering och Sjukhushygien: Årliga studiedagar, Hotell Selma Lagerlöf, Sunne, Värmland.

Tema: Sjukhusvården samt desinfektion och sterilisering. Dessutom diskuteras hantering av tandtekniska arbeten med tanke på risken för blodsmitta samt beredskapslagring av fabrikssteriliserat material.

Fullständigt program och övrig information erhålles från Kongresshuset AB, Östra Hamngatan 45, 411 10 Göteborg, tel 031-10 1580. Sista anmälningssdag 10 febr 1989.

□ **14-17 mars.** Handledarkurs - kommunikation/konsultation (Wretmankurs) på Läns- och konferenshotell vid Höör.

Information: Elisabeth Jaenson, Vårdcentralen Granen, Grangatan 11, 212 14 Malmö. Tel 040-33 54 22.

APRIL

□ **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.

□ **2-21 april.** Alcoholism and drug dependence: a multidisciplinary international seminar. London, England.

Information: The British Council i respektive land.

□ **7 april.** Sydsvenska Allmänläkarklubben (Obs! Nytt datum). Vårdcentralen Södertull, Lund.

Information: Birgitta Hovelius. Tel 0413-21600.

□ **20-21 april.** SFAM:s och Distriktsläkarföreningens Vårnöte. Hotell Selma Lagerlöf, Sunne.

Information: Christina Nerbrand VC Gripen, Box 547, 651 09 Karlstad. Tel 054-10 50 00 eller Stig Andersson, Säfte. Tel 0533-810 00.

MAJ

□ **23-24 maj.** 1:a kongressen i samhällsmedicin i Kristianstad. Motto: Praktisk samhällsmedicin.

Information: Kristianstads läns landsting, Box 522, 291 25 Kristianstad.

□ **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

□ **1-4 juni.** Den 12. Nordiske medisinskhis-toriske 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, Byrå for helseopplysning, 106 30 Stockholm. Tel 08-783 30 00.

□ **5-16 juni.** Residential course: Epidemiology and field research methodology, UMEÅ, Sverige.

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.

Information: Maria Emmelin, Dept of Epidemiology and Health Care Research, University of Umeå. Tel 090-10 27 69.

□ **6-8 juni.** Second International conference on Education and training in occupational health, HANAHOLMEN, Finland.

Information: Ms Suvi Lehtinen, Inst of occupational health, Topeliusgata 41 A, SF-00250 Helsingfors.

□ **11-24 juni.** Course: Healthy cities: the new public health, LIVERPOOL, Storbritannien.

Information: The British Council i respektive land.

□ **12-14 juni.** X Nordiske kongres i socialmedicin, SVENDBORG, Danmark.

Information: Svend Sabroe, Socialmedicinsk Institut, Aarhus Universitet, Høegh-Guldbergsgade 8, DK-8000 Århus C. Tel 6/13 88 22.

□ **18-30 juni.** Course: Child development problems: diagnosis and treatment, LONDON, England.

Information: The British Council i respektive land.

JULI

□ **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.

□ **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

□ **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 allmen medicin, ÅRHUS, Danmark.

Information: Århus Turistforenings Kongresbureau, Rådhuset, DK-800 Århus C.

SEPTEMBER

□ **11-16 september.** 40th International Congress on General Practice, organized by the Societas internationalis medicinae generalis, (SIMG), Klagenfurt, Austria.

Information: General practice in a changing world: The patient/doctor relationship: General practice today; Research - the achievements of today as the

SFAM:s och Distriktsläkarföreningens Vårnöte 1989

Vi vill hälsa er sagolikt välkomna till vårmötet i Sunne, 20-21 april.

TEMA 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.

basis of tomorrow's care: Teaching - the state of the art of today to educate the general practitioner of tomorrow: General practice tomorrow. The challenge to the profession in a Europe of the 1990s.

Information and registration: Secretariat of the SIMG, Mrs Sigrid Taupe, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Austria.

□ **13-15 september.** Tredje internationella kongressen om medicinsk etik i Stockholm. Huvudtema är Priorities in health care: Clinical freedom; Ethical problems in epidemiological research; Integrity and autonomy: Ethical aspects on HIV.

Information: Professor Bengt Jansson, Psykiatriska kliniken, Huddinge sjukhus, 141 86 Huddinge.

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

Information: Gunilla Bjärås, Inst för socialmedicin, Karolinska Institutet, 172 83 Sundbyberg. Tel 08-98 94 61.

NOVEMBER

□ **16-17 november.** 5th Symposium health and economics, ANTWERPEN, Belgien.

Information: Mrs Suzanne Wouters, Secretary, 5th Symposium Health and Economics, Universitaire Instelling Antwerpen, Universiteitsplein 1, B-2610 Antwerpen (Wilrijk).

**Glöm inte
FV-rapporten 1988
Sista inlämningsdag 89-02-27**

180 635 6

Behöver tidskriften AllmänMedicin en sektion för originalarbeten?

GÖRAN WESTMAN

Tidskriften AllmänMedicin och dess föregångare SFAM-nytt har nu några år på nacken. I den redovisade läsvärdesundersökningen (AllmänMedicin 3/88) visas på en god spridning och en läsekrets som följer såväl mer faktainriktade arbeten som allmänmedicinsk debatt. Den utökade redaktionen med ny ansvarsfördelning ger också förutsättningar för en snabbare handläggning av insänt material.

Även om mycket således är bra finns det ändå anledning att fundera över förändringar av tidskriften i en framtid. Allt fler allmänläkare behöver ett forum för originalarbeten med referentbedömningar i en nationell tidskrift. Denna möjlighet är i dag mycket begränsad och jag vill därför komma med ett förslag till en ny sektion i tidskriften.

Förslag

Några sidor i tidskriften reserveras för originalarbeten som också bedöms av referenter. Redaktionen måste vara fri att själv välja lämpliga referenter utifrån arbetets art. Ett väsentligt bidrag borde emellertid kunna göras av den vetenskapliga sekreteraren i SFAM och de allmänmedicinska institutionerna i Sverige.

Kommentarer

– Allmänläkare kommer i en ökad utsträckning att deltaga i olika utvecklingsprojekt men också allmänmedicinsk forskning på mer basal nivå. Redaktionen för tidskriften AllmänMedicin kan inte på egen hand klara en referentfunktion av alla arbeten som kommer in. En speciell sektion i tidskriften borde därför reserveras för den typen av artiklar.

– I dag är det bara Läkartidningen och Socialmedicinsk Tidskrift som ger allmänläkare en möjlighet att mer ämnesspecifikt granska arbeten med referentsystem på svenska. Referenterna har som uppgift att bland annat värdera artikelns intresse för hela läsekretsen och inte bara allmänläkare. Det finns således risk för att artiklar med stort nyhetsvärde och med stor utvecklingspotential kan uppfattas hotande och "flummiga" av mer traditionellt rekryterade referenter. En referentbedömning av vetenskapligt meriterade allmänläkare skulle säkert vara

ett nyttigare bollplank för sådana arbeten så att för ämnet viktiga arbeten får den finslipning de behöver i stället för att falla i glömska.

– Många specialiteter har i dag specialtidskrifter för det egna ämnesområdet nationellt och internationellt. Det kan vara svårt att få accept för arbeten utförda inom en allmänmedicinsk referensram i sådana tidskrifter. Det vore olyckligt för ämnets utveckling om allmänläkare skulle känna sig tvingade att pressa in sina arbeten i en form och ett regelsystem som inte känns adekvat. Risken är också stor att nya tankar och idéer går förlorade på grund av mottagarens (referentens) oförmåga att se det ur ämnets synpunkt värdefulla i det som primärt kanske uttrycks lite oklart och dunkelt.

– Det finns i dag allmänmedicinska institutioner vid samtliga universitet. Det borde ligga i institutionernas intresse att medverka i uppbyggandet av en sådan sektion i tidskriften även om det inte är en förutsättning. På några universitetsorter värderas redan i dag institutionernas verksamhet utifrån sin vetenskapliga produktion vilket får effekter för bland annat anslagstilldelning. Det borde därför vara i institutionernas intresse att bidra med arbeten och att ställa upp med referenter till insända arbeten.

Jag tror att behovet av en sektion i tidskriften AllmänMedicin för originalarbeten har framtiden för sig och att den möjligheten är värd att diskuteras bland SFAMs medlemmar och i redaktionen. Det skulle på sikt öka allmänläkares möjligheter att nå ut med vetenskapliga arbeten på nationell nivå men också öka tidskriften AllmänMedicins läsvärde och anseende.

Författarpresentation

Göran Westman, tf klinisk lärare,

Postadress: Institutionen för allmänmedicin, Regionsjukhuset, Byggnad 9 A 2 tr, 901 85 Umeå

180 635 7

Fortsatt diskussion om allmänmedicinens kärna!

BENGT MATTSSON

I programskriften "Allmänmedicinen inför år 2000" gav sig SFAM's styrelse på uppgiften att försöka beskriva det typiska och specifika för vårt yrke – ämnets sk kärna. Resultatet blev en summation, det anvisades en plats där olika synsätt möts och inget unikt eller specifikt angavs. Skriftens formuleringar tillförde inget nytt till tidigare definitioner. Det blev som Carl Edward Rudebeck uttryckte det vid det nyligen avhållna höstmötet i Gävle, endast "en geometrisk definition av ämnet" (formuleringen syftar på den teckning som pryder skriftens framsida med kärnan i centrum av en pyramidformad konstruktion). Vi har en kärna enligt författarna till skriften men den låter sig (ännu) icke definieras, den får tills vidare ligga där obeskriven och oformulerad.

Vid Gävlemötet blev det vid flera tillfällen diskussioner om värdet av att definiera och formulera allmänmedicinens kärna. Flera föreningsmedlemmar, bl a några från våra universitetsinstitutioner, framhöll det relativt ointressanta och onödiga i att sträva efter en teoretisk fördjupning. Pragmatiskt arbete är bättre än teoretiska spekulationer framhölls det. I en del av professorsintervjuerna i Läkartidningen nyligen har också det perspektivet presenterats, teorin och de grundläggande begreppen är mindre betydelsefulla.

Men om man inte vet eller inte har intresse för att veta vad som ryms i ämnets mitt, blir man inte då som allmänläkare ett ständigt offer för de personer och de impulser som rycker och sliter i ämnet och dess företrädare?

Representanter från landstingen, med sina önskemål om samhällsmedvetenhet och förebyggande arbete uppfattar ofta allmänmedicinen anorlunda än sjukhuskollegorna som gärna vill se rent medicinskt arbete utföras på vårdcentralerna. Universitetens företrädare talar självklart om vad medicinskt forskningsarbete innebär och vad allmänmedicin har att finna sig i för att bli accepterade i akademiska sammanhang. I kraftfältet mellan yttre starka, etablerade verksamheter blir det livsnödvändigt att ställa sig själv frågan: "Men vad är det vi själva vill? Vad är vår fasta grund och vår teori?"

Det är nödvändigt i all identitetsutveckling att man skapar ett eget centrum, en inre tyngdpunkt som är ett stöd när det blåser och frestar på. Det gäller för både personer och organisationer att ha en mittpunkt att lita till och att utgå ifrån. Det är nödvändigt för ämnets fortsättning att söka efter detta nav. Det går inte med pragmatism och att hänvisa till "litet av varje" när äktheten, viljeinriktningen och sanningen avkräves.

Kärnan är också den självklara utgångspunkten för såväl forskning som organisation. Utan ett centrum som en ledande fyr blir det utrymme för tillfälligheter och godtycke i val av forskningsområde, forskningsmetoder och arbetssätt. Om tex konsultationen framhålls som ett sådant centralt begrepp (vilket bla Gösta Tibblin talade om i Gävle), då måste vår forskning få en tyngdpunkt kring det begreppet och kvalitativa forskningsmetoder premieras. Läkemedelsstudier, olika typer av registreringar och annan kvantitativ forskning blir mindre viktigt.

Organisationen skall då också sätta läkar/patient relationen i centrum och åtgärder som fördjupar en personlig kontakt skall premieras. Om å andra sidan ett samhällsmedicinskt perspektiv sätts i centrum så får den individinriktade synen tonas ner och forskning och organisation får en annan karaktär.

För närvarande utgörs alltså den officiella versionen av denna kärna av en sammanslagning av olika "delar". Hur olyckligt är inte detta fragmenterade inne i det mest centrala. Jag vill inte acceptera en formulering som lämnar öppet för oklarheter och avgränsningsproblem och som gör att alla kan inbjudas men att ingen känner sig riktigt hemma. Ämnet behöver förtydligas för både vår egen och för omgivande verksamheters skull.

De skilda uppfattningar som för närvarande finns inom kåren borde kunna utnyttjas konstruktivt, tid för samförstånd och förståelse kan komma senare när olikheterna mer tydligt presenteras. Det nämndes av någon i Gävle att ämnet nu behöver konsolidera sig, visa prov på samling och enad kraft. Det kan vara så i vissa officiella sammanhang, men inom kåren måste diskussionen om teori och begrepp hallas vital. Flera på talarlistan i den avslutande debatten fick strykas pga tidsbrist. Låt dessa få komma fram i andra sammanhang och låt frågan om allmänmedicinens kärna bli ett centralt tema för framtiden inom styrelsen.

Författarpresentation

Bengt Mattsson, docent och allmänläkare

Postadress: Trastvägen 6 C, 902 37 Umeå

Allmänmedicinen och ledningsfunktionen

INGEMAR HERMANSSON

I AllmänMedicin nr 5/88 bemöter några kollegor till mig min framställning av tillsättningsförfarandet av basenhetschef vid sjukstugan i Vilhelmina och påstår sedan att jag ändrat uppfattning. Det känns egendomligt. Sanningen är den jag framställt i min artikel i AllmänMedicin nr 1/88. Diskussionerna om detta fördes 1982-84. "Vilhelminamodellen", som utformades då, har jag mer i detalj framfört också i Läkartidningen nr 7/88, med ett tillägg, tillförande av en tredje person i ledningsgruppen. Sanningen är alltså att det endast är jag, som står fast vid denna demokratiska ledningsfunktion. I de fall den modellen inte godtas, måste läkaren vara chef, eftersom det ingår övervägande medicinska faktorer i arbetet på vårdcentraler. Jag har aldrig någonsin tillfrågats om att bli basenhetschef. Det skulle jag ha accepterat, även om jag förespråkar en mer demokratisk ledningsfunktion än Västerbottens Läns Landstings "det skall vara en som bestämmer". 1983 eller 1984 diskuterade jag också denna fråga med styrelsen i Västerbottens Läns Läkarförening eftersom risken fanns att läkarens kunskap, kompetens och utbildning skulle "spolas" från ledningsfunktionen, vilket enligt min mening tyder på förakt för utbildning och kunskap.

Läkare måste alltså delta på ansvarig och beslutande nivå i primärvårdens kliniker. Varje blivande allmänläkare måste vara beredd att påta sig detta ansvar, likaväl som jag varit det, eftersom jag med min långa både nationella och internationella erfarenhet anser mig ha ganska mycket att tillföra. Det är en skyldighet mot våra befolkningar, att vi påtar oss detta ansvar: de behöver våra kunskaper, likaväl som de behöver annan vårdpersonal och skickliga administratörer. Den stora risken idag är att allmänmedicinens läkare inte tillmätts samma betydelse på beslutsnivå som andra specialister. Det kommer att undergräva rekryteringsmöjligheterna, att få skickliga och entusiastiska läkare till allmänmedicinen och primärvården. Att Västerbottens Läns Landsting inte håller med mig om detta, vet jag genom utförliga diskussioner med landstingsråd, direktionsordförande, sjukhusdirektör m.fl. Förloppet på andra ställen i Västerbotten har tyvärr visat att jag har rätt. Därför måste vi allmänläkare tillsammans arbeta för att vårt i svensk befolkning så viktiga arbete får full respekt som en helt oundgänglig part i beslutsstrukturen.

Det är alltså med största beklagande jag ser att mina kollegor inte tror, att jag talar sanning och inte helhjärtat stödjer mig i min kamp för en slagkraftig primärvård. Till andra kollegor måste jag tyvärr fortfarande säga: tag noga reda på ätt er kunskap, utbildning och erfarenhet tas i anspråk på beslutande nivå, helst i fulltonigt samarbete med andra personalgrupper, som jag nämnt ovan, innan ni söker tjänst i Västerbottens Län. Det är nödvändigt för vårt för människorna så viktiga arbete.

Författarpresentation

Ingemar Hermansson, distriktsläkare

Postadress: Sjukstugan, 912 00 Vilhelmina

LBO 7187

Handelsresande i allmänmedicin?

KENNETH WIDÄNG

Norrbottnens läns landsting och förmodligen flera norrlandslandsting har erbjudits verksamhet under arbetsnamnet "Riksdoktorn". Erbjudandet går ut på att allmänläkare, i huvudsak från mälardalen, drar ner på sin arbetstid där och tjänstgör i tvåveckorsperioder på obesatta vårdcentraler i Norrland. Detta innebär enligt erbjudandet "att läkarfattiga områden tillförs viss läkararbetskraft medan en motsvarande relativt sett mindre avtappning av läkararbetskraft från läkarrika områden kommer att äga rum".

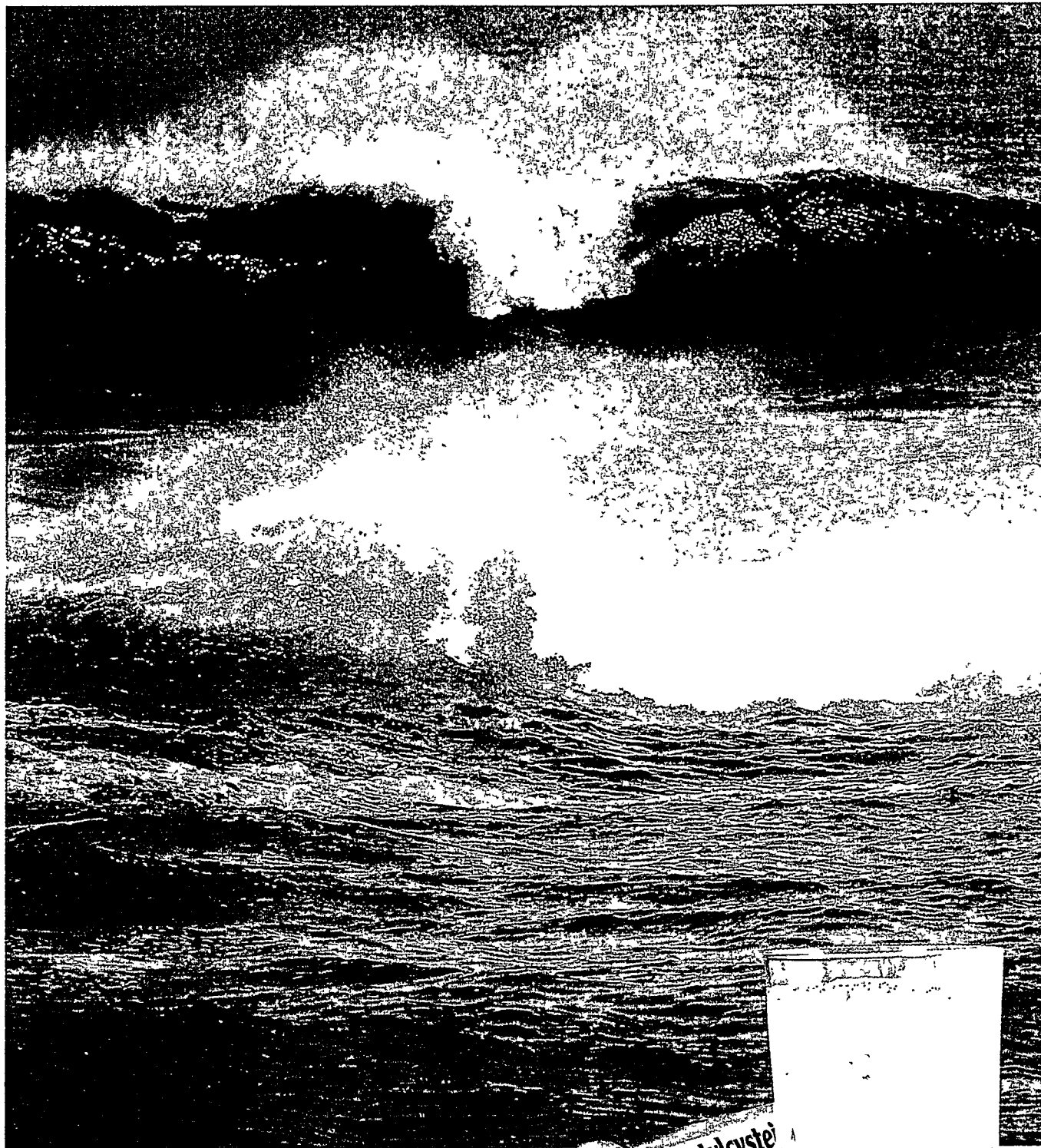
Även om ovanstående erbjudande kan te sig tilltalande i extrema krissituationer finns ändå två väsentliga invändningar. Att köpa erbjudandet innebär att läkarsvaga norrlandslandsting i praktiken skapar utrymme för fler läkare att försörja sig från bosättningsorter i mellansverige vilket i sin tur försvårar rekryteringen till glesbygdskommun. Förslaget innebär också försvagning av specialiteten allmänmedicin då en allmänläkare oberoende av grundutbildning kan fungera först sedan han/hon fått ett fast distrikt med långsiktigt ansvar och återkommande kontakter med samma befolkning. Detta förslag försämrar den funktionen i såväl mellansverige som Norrland.

Detta skall inte ses som ett inlägg i diskussionen om privat eller offentlig, utan enbart som ett konstaterande av att verksamheten i en avgränsad befolkning är ett livsvillkor för att verksamheten skall kunna kallas allmänmedicinsk.

Författarpresentation

Kenneth Widäng är distriktsläkare vid Björknäs vårdcentral

Postadress: Box 511, 961 28 Boden



Your Medical Information



Foto Karl Gabor

Brusande frisk

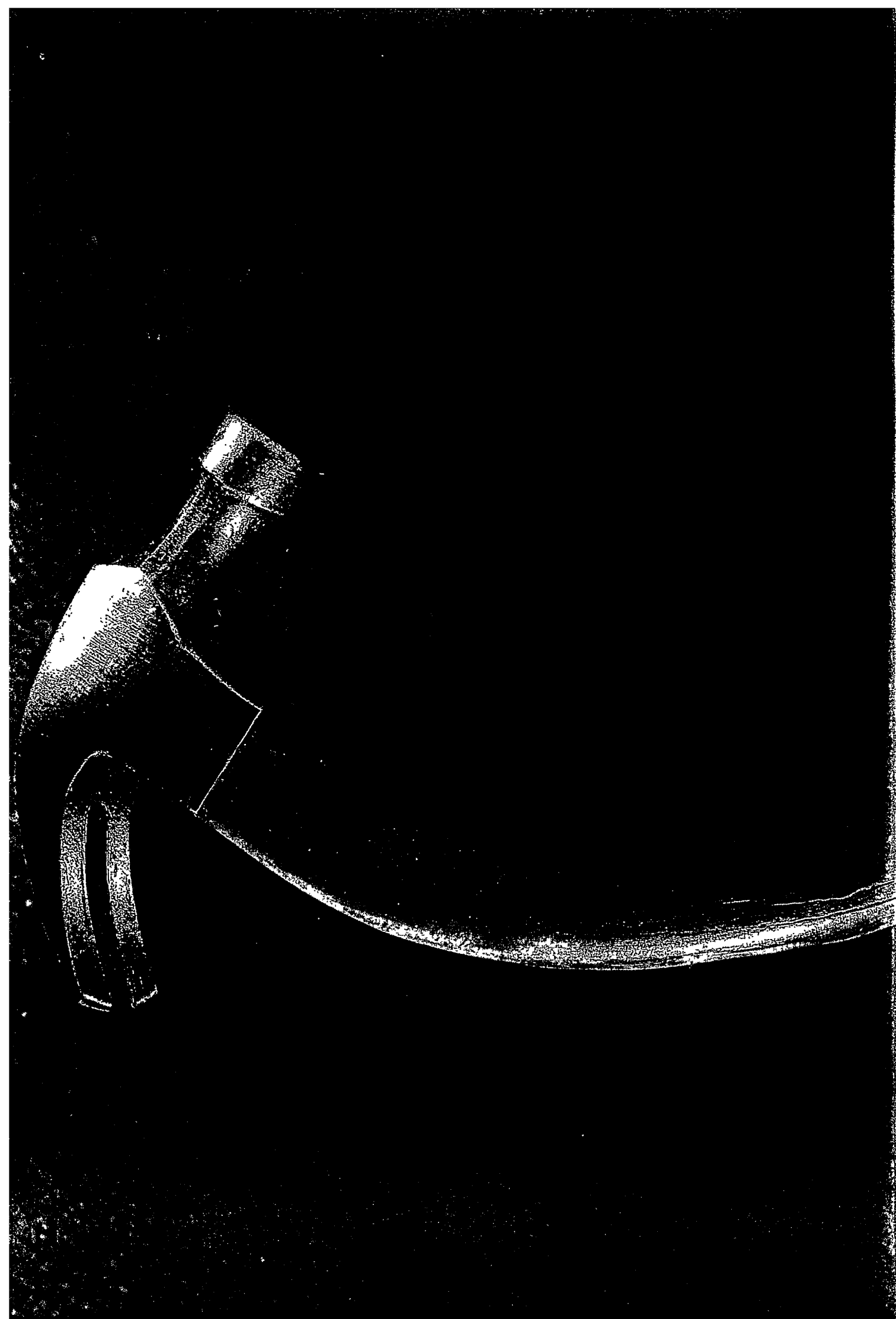
En tablett Acetylcystein i ett glas vatten ger en sockerfri, brusande dryck med frisk smak (hallon). Ett effektivt mukolytikum till ett fördelaktigt pris.

Acetylcystein för behandling av kronisk bronkit:

Brustablett 200 mg 25 st och 100 st, inhalationsvätska 200 mg/ml 10 ml. För ytterligare information se Fass.

Acetylcystein är acetylcystein från Kabi Pharma

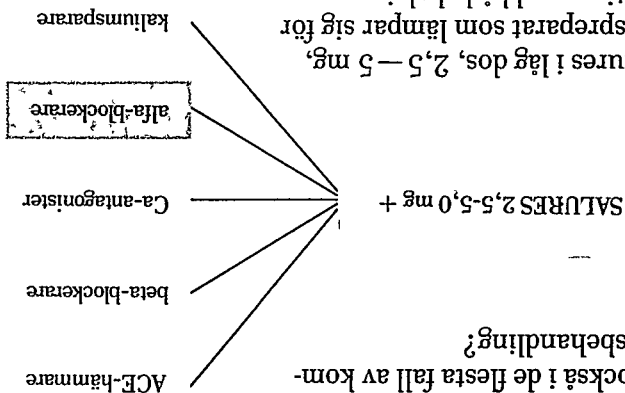
KABI
Pharma



Använder du rätt verktyg?

Tiazid-diuretika är fortfarande de mest och bäst dokumenterade preparaten när det gäller att förebygga hypertensiva komplikationer, framför allt stroke.

I många fall av måttlig hypertoni är Salures i lagdos ett förstahandsval. Varför inte använda en lagdos av Salures också i de flesta fall av kombinationsbehandling?



Salures i lagdos, 2,5—5 mg, är det baspreparat som lämpar sig för kombination med både kalcium-antagonister, ACE-hämmare, beta-blockerare, alfablockerare och kaliumparare.

*Tiazid-diuretika i långtidsstudier visar ingen lipidförändring.**

* Drugs 30: 469—474 1985. How Dangerous are Diuretics? Edward D. Freis and Vasiliou Papademetriou. Veterans Administration Medical Center, Washington.
Journal of Hypertension 1987; 5: 561—572. Beta-blockers vs Diuretics in Hypertensive Men: Main result from the HAPPY Trial. Lars Wilhelmsen et al.



FERRROSAN
HJÄRTA/KÄRL
TEL. 040-38 30 00

Högt blodtryck och alkohol – en litteraturöversikt

GÖRAN DAHL

Alkohol är en vanlig orsak till blodtrycksförhöjning. Även en måttligt hög konsumtion tycks därvid kunna ha betydelse. Utifrån epidemiologiska och kliniska studier kan uppskattas att cirka 10–30% av manliga patienter med hypertoni kan ha alkohol som enda eller bidragande orsak. Stor uppmärksamhet på detta samband är angeläget i hypertoniens utredning och behandling. Studier talar också för att blodtrycket framgångsrikt kan användas som feedback för att motivera storkonsumenter till långsiktig reduktion av alkoholvanor.

Nyckelord: Hypertoni, alkoholism, epidemiologi, forskning

På senare tid har relationen mellan högt blodtryck och hög alkoholkonsumtion rönt ett ökat intresse. Då alkoholkonsumtionens betydelse vid hypertoni troligen är undervärderad i klinisk praxis ska här göras en liten litteraturöversikt. Uppgifterna om alkoholkonsumtion anges nedan i gram ren alkohol. En folköl (45 cl) motsvarar 15 gram, en helflaska lättvin 60 gram och 75 cl starksprit 230 gram.

Epidemiologiska studier

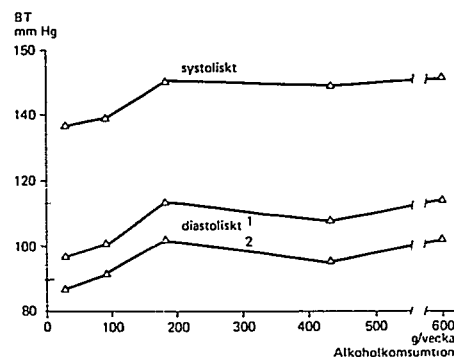
De epidemiologiska studierna har karaktären av blodtrycksmätningar i befolkningar där man samtidigt i enkäter eller vid standardiserade intervjuer frågat om bl a alkoholvanor.

Några studier finner blodtrycksstegring från ett tröskelvärde på 30–50 mm Hg vid 10–25 gram ren alkohol per dag (1–3). Andra finner en mer linjär blodtryckspåverkan redan från låg konsumtion (4–7). Bland nämnda studier har den sk Kaiser Permanente-studien det största materialet, drygt 80 000 personer (2). Man fann där en ökning av systoliskt blodtryck på cirka fem millimeter vid "tre–fem drinkar/dag" (vita män) och ingen påverkan vid lägre konsumtion. Tre drinkar motsvarar cirka 45 gram ren alkohol. I ett par mindre studier finner man en signifikant ökning av systoliskt blodtryck på cirka fyra millimeter eller mer redan vid 10–25 gram/dag (5, 7).

I ytterligare en studie gav en alkoholkonsumtion av denna storleksordning ("1–125 gram/vecka") en mindre

men signifikant ökning av systoliskt blodtryck (6). I de epidemiologiska studierna har sambandet varit oberoende av ålder, vikt och rökning. I en studie har man även grovt kontrollerat för saltkonsumtion (7).

Enligt flera studier skulle således redan en alkoholkonsumtion motsvarande en–två helflaskor lättvin/vecka eller en halv–en 37:a starksprit per vecka kunna ha en blodtryckshöjande effekt. På hypertoniundersökningen i Malmö anser man att denna alkoholkonsumtion som kritisk nivå stämmer med klinisk erfarenhet (8).



Korrelationen mellan uppgiven veckokonsumtion av alkohol (gram/vecka) och blodtrycket mätt av två undersökare (7)

Prevalens hypertoni hos alkoholister

Hypertoni är cirka två gånger vanligare hos alkoholister jämfört med hos en normal befolkning (3). Den tycks som regel reversibel vid abstinens (9).

Hypertoni och biokemiska markörer för alkoholism

För förhöjt S-GT anses krävas regelbunden konsumtion motsvarande minst cirka 75 cl starksprit per vecka (10). Bland manliga hypertoniker i medelåldern fann Henningsen förhöjt S-GT i 38% av fallen. Detta var dubbelt så hög frekvens som i allmänna befolkningen (11). Denna andel ska ses mot bakgrund av att förhöjt S-GT hos manliga patienter i somatisk öppenvård i cirka hälften av fallen har alkoholsamband (12). Hos alkoholpatienter i somatisk öppenvård är S-GT bara förhöjt i cirka 40% av fallen (13). Enkla beräkningar utifrån dessa siffror (prediktivt värde respektive sensitivitet) ger att andelen storkonsumenter bland medelålders hypertensiva män bör vara betydande. Även andra leverenzymvärden har i gruppstudier befunnits högre hos hypertoniker (14). Det är väl känt att riskfaktorer

som höga blodfetter, högt blodsocker, högt urinsyra och övervikt är överrepresenterade bland hypertoniker. Alkohol påverkar dessa riskfaktorer och kan tänkas vara en del av förklaringen till deras ansamling hos människor med högt blodtryck (8).

Experimentella studier

Malhotra et al. visade i en kontrollerad studie på inläggande patienter att blodtrycket steg signifikant hos hypertoniker som fick dricka 60 gram alkohol/dag. Stegningen i medelblodtryck var 8 mm. Saltkonsumtionen hölls konstant under studien (15).

En studie fann ingen effekt av alkohol på normotoniker (15), vilket man däremot fann i två andra (16, 17). Hos normotoniker som reducerade sin alkoholkonsumtion från 40 till 7 gram per dag erhöles en sänkning av systoliskt blodtryck på fyra millimeter. Vid återgång till tidigare konsumtion steg blodtrycket (16).

I England undersökte man 16 hypertensiva män med "moderata" alkoholvanor (innebar här upp till 80 gram/dag) (18). Alla fick dricka 60 gram alkohol/dag i två veckor före inläggning på sjukhus. Hälften fick initialt fortsätta med samma alkoholkonsumtion på sjukhuset och hälften hölls abstinenta. Systoliskt och diastoliskt blodtryck hos dem som fortsatte dricka höll sig oförändrat men sjönk signifikant sedan man på fjärde dagen började med abstinens. Blodtryckssänkningen inträffade först från andra abstinensdagen. De som hölls abstinenta från inläggningen fick från fjärde dagen återuppta sin konsumtion på 60 gram/dag. Systoliskt och diastoliskt blodtryck steg då gradvis till en signifikant högre nivå. Skillnaden i systoliskt blodtryck mellan alkohol och abstinensfas var i båda fallen i storleksordningen tio millimeter. Blodtrycken anges ha tagits "åtminstone åtta timmar efter senaste alkoholintag". Någon signifikant skillnad i puls erhöles inte, vilket talar emot att blodtryckseffekten enbart var uttryck för en subklinisk abstinens.

Mekanism

En del studier har gjorts för att se om sambandet mellan högt blodtryck och alkohol kan förklaras utifrån förändringar i hormonnivåer och saltbalans.

Hos alkoholister som dricker alkohol på intoxikationsnivåer har man funnit såväl förhöjt kortisol, förhöjda

katekolaminer som ökning av intracellulärt natrium tillsammans med sänkning av total kroppskalium. Dessa fynd kan via skilda mekanismer teoretiskt tänkas förklara blodtryckshöjningen (8, 19–21).

Att intracellulärt natrium kan öka vid stor alkoholkonsumtion är särskilt intressant eftersom en ökning av detta är just vad som återfinns vid etablerad essentiell hypertoni. Högt intracellulärt natrium ökar fritt calcium, vilket i sin tur kan påverka tonus i kärlens glatta muskulatur och därmed förorsaka ett ökat perifert kärlmotstånd (8). Vid större alkoholmängder är det rimligt att det hyperadrenerga stadiet i samband med abstinens svarar för åtminstone en stor del av blodtrycksförhöjningen (19). Som antytts ovan talar dock en hel del mot att det sistnämnda är den enda förklaringen till sambandet mellan blodtryck och alkohol (15, 18, 19).

Diskussion

De epidemiologiska studiernas fynd av ett samband mellan blodtryck och alkohol, som är oberoende av andra riskfaktorer, finner stöd i experimentella studier. Även om den fysiologiska bakgrunden inte är helt klarlagd, har alkoholorsakad blodtrycksförhöjning uppenbarligen en avsevärd klinisk betydelse, särskilt som den tycks förekomma redan vid ganska måttlig konsumtion.

Om redan 60–180 gram/vecka kan ge en blodtrycksförhöjning (5–7) tanteras den svenska genomsnittskonsumtionen, som ligger på cirka 70 gram/vecka. Saunders skriver i en nyligen gjord översikt "alkohol är en viktig riskfaktor för högt blodtryck och i 10–30 procent av fallen kan det vara den huvudsakliga eller enda orsaken" (22). Utifrån Kaiser Permanente-studien har Friedman antagit att 1/3 av alla hypertonifall bland de som dricker mer än 45 gram alkohol/dag är alkoholrelaterade (23). De epidemiologiska studiernas blodtrycksförhöjning vid låga alkoholmängder kan givetvid vara ett uttryck för systematisk underrapportering av alkoholkonsumtion.

Den påtagliga förhöjning man finner i experimentella försök redan vid 40–60 gram/dag talar dock för att även en lägre konsumtion kan ha betydelse.

Vid hypertoniomottagningen i Malmö har man intrycket att detta gäller särskilt vid var till varannandagskonsumtion, varvid man menar att redan ett par flaskor vin per vecka eller motsvarande kan ha påtagliga effekter (8).

Man måste försiktigtvis framhålla att det inte kan anses klarlagt att alkohol kan ge en verklig hypertoni som orsakar för sjukdomen typiska kärlförändringar. Det finns dock enligt flera studier en relation mellan alkohol och den komplikation som är mest

förknippad med hypertoni, slaganfall (24), även om andra alkoholeffekter härvid kan ha betydelse (25).

När det gäller hjärtinfarkt finns divergerande resultat (26, 27) och man har till och med diskuterat att alkohol skulle ha en skyddande effekt mot kranskärslssjukdom (28). Redan det faktum att enbart "en cocktail" ger en mätbar försämring av hjärtats kontraktilitet hos hjärtpatienter (29) gör dock att denna "dirty drug" inte kan rekommenderas som profylaxmedicin. Detta bör gälla särskilt vid hypertoni som kan ge hjärtsvikt av andra skäl.

Man kan konkludera att alkoholanamnes bör ingå i utredningen vid förhöjt blodtryck, i synnerhet hos manliga patienter och vid terapivikt. Denna bör göras med en saklig och accepterande attityd, fri från moralism, och efter en förklaring av motivet till penetration av levnadsvanorna vid den sjukdom patienten söker för. Sandahl et al har visat att en god tillförlitlighet kan erhållas om detta är uppfyllt och om man går igenom alkoholmängden dag för dag under exempelvis en vecka bakåt i tiden (30).

Förutom som led i hypertonibehandlingen är alkoholanamnesen värdefull för att tidigt upptäcka ofta väl behandlingsbara fall av skadlig alkoholkonsumtion. Intresset av detta framgår av att dödligheten hos manliga hypertoniker, som har hög alkoholkonsumtion eller högt S-GT, är tre till fyra gånger större än för övriga hypertoniker (8).

Malmömodellen

På hypertoniomottagningen i Malmö har man som regel att rekommendera alla patienter med en alkoholkonsumtion på 60–180 gram/vecka eller mer försök med alkoholkarens i två–fyra veckor, eventuellt under kontroll av S-GT, för att se effekten på blodtrycket. Ofta erhålles därvid en blodtrycks-sänkning, som i många fall motiverar patienten till fortsatta, mer måttliga vanor (8). I en intressant studie på hypertoniker med förhöjt S-GT har man visat att man kunde normalisera GT-värdet hos flertalet med enbart råd och uppföljning med S-GT och blodtryck som feed back efter en tid av två år. En förbättring av GT-värdet erhöles hos hela 90 procent. Av de som efter två år inte hade ett väl kontrollerat blodtryck hade de flesta antingen ett förhöjt S-GT eller en känd stor alkoholkonsumtion (11). Förhållningssättet vid hypertoniomottagningen i Malmö torde vara en bra modell för primärvården.

Ett undervärderat problem

Mot bakgrund av ovanstående är det anmärkningsvärt att man i SPRI:s "Vårdprogram vid hypertoni" (nr 138, 1983) inte omnämner alkohol med ett enda ord, inte ens i schemat över rutinanamnes. På det patientkort för

registrering av blodtryck som används i vårt landsting finns inte heller råd om alkoholvanor med bland de levnadsråd som finns angivna på första sidan.

Referenser

1. Harburg E, Ozgoren F, Hawthorne V, Schork A. Community norms of alcohol usage and blood pressure: Tecumseh, Michigan. *Am J Public Health* 1980;70:813–20.
2. Klatsky AL, Friedman GD, Siegel AB, Gérard MJ. Alcohol consumption and blood pressure. Kaiser-Permanente multiphasic health examination data. *N Engl J Med* 1977;296:1194–1200.
3. Wallace RB, Lynch CF, Pomrehn PR, Criqui MH, Heiss G. Alcohol and hypertension: Epidemiologic and experimental considerations. The Lipid Research Clinics program. *Circulation* 1981;64 (suppl III):41–7.
4. Dyer AR, Stamler J, Paul O et al. Alcohol consumption, cardiovascular risk factors and mortality in two Chicago epidemiologic studies. *Circulation* 1977;56:1067–74.
5. Barboviak PN, Anderson AJ, Hoffman RG, Barboviak JJ. Blood pressure and alcohol intake in heart patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1982;6:234–8.
6. Arkwright PD, Beilin LJ, Rouse I, Armstrong BK, Phil D, Vandongen R. Effects of alcohol use and other aspects of lifestyle on blood pressure levels and prevalence of hypertension in a working population. *Circulation* 1982;66:60–6.
7. Mitchell PI, Morgan MJ, Boadle DJ et al. Role of alcohol in the aetiology of hypertension. *Med J Aust* 1980;2:198–200.
8. Henningsen NC. Hypertoniom behandling av medelålders män. Alkoholkonsumtionens betydelse för terapi, resultat och svikt samt komplikationer. I: Berglund red. *Hypertoni* -81. Mölndal: AB Hässle, 1982:200–9.
9. Saunders JB, Beevers DG, Paton A. Alcoholinduced hypertension. *Lancet* 1981;2:653–6.
10. Holt S, Skinner H A, Israel Y. Early identification of alcohol abuse: 2: Clinical and laboratory indicators. *CMA Journal* 1981;124:1279–99.
11. Henningsen NC, Ohlsson O, Mattiasson I, Trell E, Kristenson H, Hood B. Hypertension, levels of serum gamma glutamyl transpeptidase and degree of blood pressure control in middle aged males. *Acta Med Scand* 1980;207:245–51.
12. Persson J, Magnusson PH. Causes of elevated serum gamma-glutamyl transferase in patients attending outpatient somatic clinics and district health centres. *Scand J Prim Health Care* 1987;5:13–23.
13. Persson J, Magnusson P-H. Comparison between different methods of detecting patients with excessive consumption of alcohol. *Acta Med Scand* 1988;223:101–9.
14. Beevers DG. Alcohol and hypertension. *Lancet* 1977;2:114–5.
15. Malhotra H, Mathur D, Mehta SR, Khandelwal PD. Pressor effects of alcohol in normotensive and hypertensive subjects. *Lancet* 1985;2:584–6.

Naproxen Astra

– ett bra erbjudande



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. Tabletter 250 mg, 500 mg, mixtur 25 mg/ml, suppositorier 500 mg.



16. Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R, Rouse IL, Rogers P. Evidence for a direct effect of alcohol in normotensive men: a randomised controlled trial. *Hypertension* 1985;7:707-13.
17. Howes LG, Reid JL. Decreased vascular responsiveness to normadrenalin following regular ethanol consumption. *Br J Clin Pharmacol* 1985;20:669-74.
18. Potter JF, Beevers DG. Pressor effects of alcohol in hypertension. *Lancet* 1984;1:19-22.
19. Henningsen NC, Kristenson H, Larne P, Pettersson B, Trell E. Hypertoni och gammaglutamyltransferas (SGT) hos medelålders män. Hälsö information 1980; nr 2:10-30.
20. Potter JF, Bannan LT, Beevers DG. Alcohol and hypertension. *Br J Addict* 1984;79:365-72.
21. Arkwright PD, Beilin LJ, Vandongen R, Rouse IA, Lalor C. The pressor effect of moderate alcohol consumption in man: a search for mechanisms. *Circulation* 1982;66:515-9.
22. Saunders JB. Alcohol: an important cause of hypertension. *Br Med J* 1987;294:1045-6.
23. Friedman GD, Klatsky AL, Siegelaub AB. Alcohol intake in hypertension. *Ann Int Med* 1983;98:846-9.
24. Hillbom ME, Kaste M. Alcohol intoxication: a risk factor for ischemic brain infarction. *Stroke* 1983;14:693-9.
25. Hillbom ME, Kangasaho M, Löwbeer C, Kaste M, Muuronen A, Numminen H. Effects of ethanol on platelet function. *Alcohol* 1985;2:429-32.
26. Gordon T, Kagan A, Garcia-Palmieri M, Kannel WB, Zukel WJ, Tillotson J, Sorlie P, Hjortland M. Diet and its relation to coronary heart disease and death in three populations. *Circulation* 1981;63:500-15.
27. Wilhelmsen L, Wedel H, Tibblin G. Multivariate analysis of risk factors for coronary heart disease. *Circulation* 1973;48:950-8.
28. Trell E, Henningsen NC, Pettersson B, Westin L, Hood B. Alcohol and the vascular system. *Acta Med Scand* 1985; Suppl. 703:281-90.
29. Gould L, Zahir M, Demartino A et al. Cardiac effects of a cocktail. *JAMA* 1971;218:1799-1802.
30. Sandahl C, Rönnerberg S, Albrechtsson C. Detecting early signs of alcohol problems: a clinical application of an interview method. *Int J Rehab Res* 1985;8:435-42.

Författarpresentation

Göran Dahl är distriktsläkare vid Älvtoma vårdcentral.

Postadress: Älvtomtagatan 34, 703 42 Örebro.

Hypertoniregistrering – ett nödvändigt hjälpmedel vid blodtrycksbehandling?

MATS GUSTAVSSON · HANS-ÅKE SÖDERBERG · KURT BOMAN

I denna studie presenteras hur en registrering av hypertoniker i ett vårdcentralsområde använts för att utvärdera och förbättra hypertonibehandlingen. Behandlingsmålet, diastoliskt blodtryck ≤ 95 mm Hg, uppfylldes hos 69% av samtliga hypertoniker, men endast hos 39% av männen under 50 år. Ett år senare hade 64% av de sistnämnda ett diastoliskt blodtryck ≤ 95 mm utan att nämnvärda förändringar gjorts i deras mediciner. Hypertoniregistrering kan därför vara ett värdefullt hjälpmedel i vården av patienter med högt blodtryck.

Nyckelord: Hypertoni, registerstudier, epidemiologi, Skelleftehamn

Inledning

Högt blodtryck är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärtkärlsjukdom. Flera studier har dokumenterat att kardiovaskulär sjuklighet och dödlighet kan minskas genom effektiv blodtrycksbehandling (1). I Västerbotten är dödligheten i hjärtkärlsjukdomar cirka 20% högre än riksgenomsnittets (2), samtidigt som högt blodtryck också är vanligare, då 8,4% av länets befolkning mellan 16-74 år anger blodtrycksbehandling jämfört med riksgenomsnittets 6,5% (2).

Inom primärvården är hypertoni en vanlig sjukdom och utgör cirka 5% av antalet diagnoser (3). Behandlingsresultatet av hypertoniker har hittills varit otillfredsställande (4). I Skaraborgsstudien hade 40% av behandlade hypertoniker normalt blodtryck, 25% gränsvärdesblodtryck och 35% för högt blodtryck. Mot denna bakgrund är det viktigt att utvärdera effektiviteten i blodtrycksbehandlingen.

Syftet med denna studie var att få en uppfattning om antalet hypertoniker i vårdcentralens upptagningsområde, och om behandlingsresultatet för att sedan kunna förbättra behandlingen. Målsättningen var också att försöka bedöma det meningsfulla i en kontinuerlig hypertoniregistrering.

Material och metod

Skelleftehamns vårdcentral i Skellefteå sjukvårdsdistrikt betjänar 8300 personer. Befolkningen är relativt ung och cirka 14% är över 65 år. De flesta arbetar inom verkstadsindustrin. Vid vårdcentralen finns tre distriktsläkartjänster och en "hypertonisköterska", som i genomsnitt ägnar fyra timmar per vecka åt hypertonipatienter.

Sedan några år pågår i Västerbotten en hypertoniregistrering enligt utarbetat vårdprogram (5). Enligt detta definieras hypertoni som ett diastoliskt tryck ≥ 95 mm Hg uppmätt vid minst två olika tillfällen. Vid årliga läkarbesök ifylls en speciell blankett som innehåller uppgift om blodtryck, längd, vikt, rökning, diabetes och aktuell mediciner.

Studien omfattade alla patienter

med hypertonidebut före 70 års ålder registrerade vid Skelleftehamns vårdcentral år 1986. Särskilt granskades män under 50 år. Dessa utgjorde 31 personer; 29 journaler undersöktes särskilt noggrant, medan 2 ej kunde återfinnas.

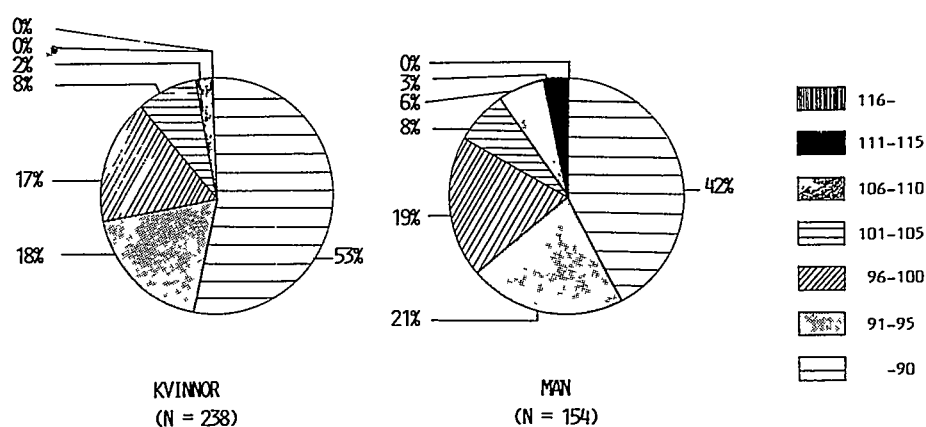
Resultat

Totalt registrerades 392 patienter med högt blodtryck, motsvarande 6,3% av befolkningen över 16 år. Hypertoni var vanligare bland kvinnor än män, 7,8% jämfört med 4,8%. Av hypertonierna hade 69% ett diastoliskt tryck ≤ 95 mm Hg och 87% hade ≤ 100 mm Hg. Fem procent hade ett diastoliskt tryck ≤ 106 mm Hg. Männen föreföll ha något högre blodtryck än kvinnorna (Figur 1).

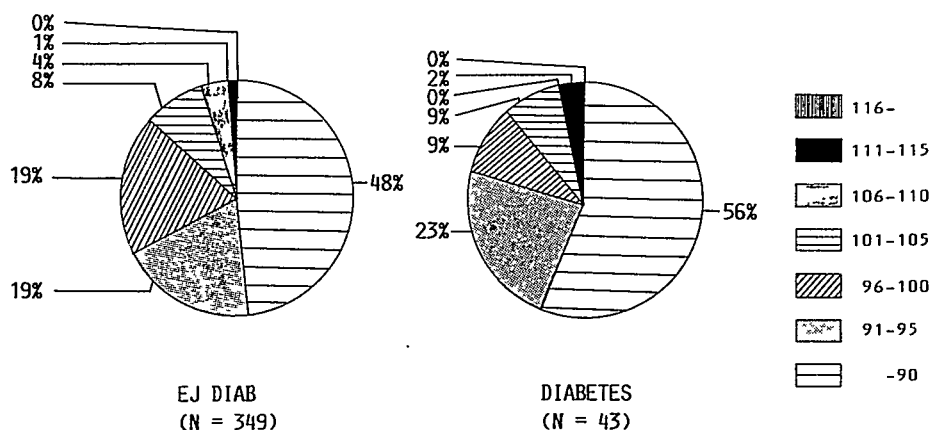
Rökning förekom hos 20% av alla hypertonierna och var allra vanligast (33%) i gruppen under 50 år. Det förelåg ingen skillnad i blodtryck mellan rökare respektive icke-rökare.

Diabetes fanns hos 11% av de registrerade och 79% av dessa hade ett diastoliskt blodtryck ≤ 95 mm Hg jämfört med 67% av icke-diabetikerna (Figur 2), en icke signifikant skillnad (χ^2 -kvadrat = 0,8; $p > 0,05$).

Blodtrycket var sämre reglerat i gruppen under 50 år jämfört med samtliga hypertoniker och endast 60% hade ett diastoliskt blodtryck ≤ 95 mm Hg. Män under 50 år uppvisade särskilt höga blodtryck och endast 39% hade ett diastoliskt blodtryck ≤ 95 mm Hg, jämfört med 86% av kvinnorna under 50 år (χ^2 -kvadrat = 19,6; $p < 0,001$).



Figur 1. Procentuell fördelning av diastoliskt blodtryck, 154 män och 238 kvinnor registrerade vid Skelleftehamns vårdcentral 1986



Figur 2. Procentuell fördelning av diastoliskt blodtryck, diabetiker och icke diabetiker registrerade vid Skelleftehamns vårdcentral 1986

Av 17 män under 50 år med otillfredsställande behandlingsresultat hade 13 (76%) hereditet för hypertoni jämfört med 4 (33%) i gruppen med diastoliskt blodtryck ≤ 95 mm Hg. I denna senare grupp hade hälften tunga industriarbeten jämfört med 73% av de med diastoliskt blodtryck > 95 mm Hg. Vid uppföljningen 1987 hade 11 av de 17 (64%) hypertensiva männen ett diastoliskt tryck ≤ 95 mm Hg. Två kunde ej följas upp. Förbättring av blodtrycket uppnåddes med oförändrad medicinerings hos åtta personer, medan tre hade fått tilläggsmedicinerings.

Diskussion

Hypertonifrekvensen i Skelleftehamns vårdcentral sområde låg på riksgenomsnittets nivå. Den registrerade hypertoni-prevalensen var sannolikt för låg, då det kan ha förelegat brister i registreringen under första året. En annan faktor av betydelse kan vara den relativt unga befolkningen i upptagningsområdet. Personer med hypertoni debut efter 70 års ålder registrerades ej, med hänsyn till förväntad hög bortfallsfrekvens och då nyttan med att behandla hypertoni hos dessa personer fortfarande är omdiskuterad.

Det kan vara svårt att jämföra vårt behandlingsresultat med andras med hänsyn till olika hypertoni-definitioner och skilda åldersgrupper. Andelen med otillfredsställande blodtrycksnivå

motsvarade i stort den man fann i Skaraborgsstudien (4). Det mest anmärkningsvärda och samtidigt nedslående var att män under 50 år uppvisade det sämsta behandlingsresultatet och den högsta andelen rökare. Det är svårt att bedöma betydelsen av funna skillnader i sysselsättning och hereditet för hypertoni i relation till behandlingsresultatet hos män under 50 år med hänsyn till patientmaterialets ringa storlek. Den förbättring som inträffade hos de hypertensiva männen vid ettårsuppföljningen var anmärkningsvärd, särskilt med tanke på endast tre personer fått medicinerings ändrad. Sannolikt har den regelbundna kontakten och läkarkontinuiteten spelat en viss roll. Under 1986 besattes nämligen två vakanta läkartjänster med ordinarie innehavare. Dessutom har intresset för hypertoni-behandling ökat under studiens gång vilket kan ha resulterat i ett förbättrat omhändertagande.

Glädjande var också den förhållandevis höga andelen väl kontrollerade diabetiker, vilket kan bero på en aktivare behandling av dessa i enlighet med rekommendationer i vårdprogram för diabetiker (6).

Konklusionen blir att registreringen av hypertoner medfört en bättre uppfattning om hypertoni-prevalensen i upptagningsområdet liksom utfallet av hypertoni-behandlingen. Genom registreringen blev vi uppmärksammade

på situationen hos män under 50 år och kunde vidta åtgärder med ett klart förbättrat behandlingsresultat redan följande år. Sammantaget bedöms registreringen vara ett värdefullt hjälpmedel i hypertoni-vården och fortsatt kontinuerlig uppföljning och utvärdering planeras därför på grundval av vunna erfarenheter av hypertoni-registreringen.

Referenser

- 1 Veterans administration cooperative study group on antihypertensive agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 115 through 129 mm Hg. JAMA 1967; 202:116-22.
- 2 Nyström L, Rosén M, Wall S. Why are diabetes, stomach cancer more common in Northern Sweden? Scand J Prim Health Care 1986; 4:5-12.
- 3 Håkansson A. Basdata - till vad nytta? Redovisning av ett treårsmaterial från vårdcentralen Teleborg. AllmänMedicin 1987; 4:154-7.
- 4 Råstam L, Haglund B, Isacson S-O. Blodtryck. Stockholm; Spri, 1984 (Sprirapport 84).
- 5 Vårdprogram hypertoni. Västerbottens län, 1984.
- 6 Landstingets hälsovård VÅRDPROGRAM. Diabetes-Behandlingsprogram för vuxna diabetiker. Västerbottens län, 1985.

Författarpresentation:

Mats Gustavsson*, distriktsläkare, vårdcentralen, Skelleftehamn.

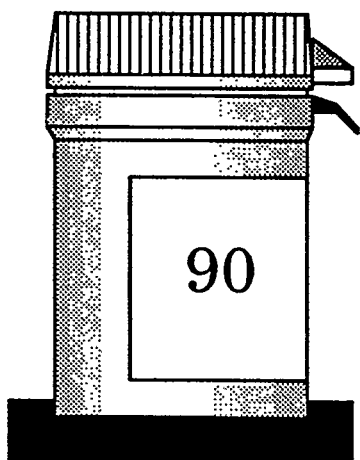
Hans-Åke Söderberg, distriktsläkare, vårdcentralen, Skelleftehamn.

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

*Postadress: Ursviksgatan 167, 932 00 Skelleftehamn.

Bota introducerar Spironolakton tabletter till 40 % lägre pris än Aldactone[®] och upp till 15 % lägre pris än tidigare billigaste synonym (Spirix[®])

Ännu en gång är Bota billigast !



Spironolakton tabletter
25, 50 och 100 mg Bota,
finns i plastburkar inne-
hållande 90 tabletter
(anpassade till receptför-
skrivningsreglerna).

Du spar pengar åt både patienten
och samhället när du förskriver Botas
preparat !

PS Visste du att din patient nu sparar ytterligare 1.70 kr
dvs **sammanlagt ca 15 kr** då du skriver ut 20
tabletter **Penicillin 1 g Bota** istället för motsvarande
mängd av konkurrenternas preparat. Astra och Leo
höjde sina priser 88-12-01, men Botas priser ökade inte !

Högt blodtryck hos gamla

– Är det farligt?

– Lönar det sig att behandla?

HANS LINDHOLM · PER WIRUP

LB06361

Som ett led i den prekliniska läkarutbildningen vid Lunds universitet har med stud Hans Lindholm och Per Wirup genomfört ett fördjupningsarbete med titeln Högt blodtryck hos gamla – Är det farligt? Lönar det sig att behandla? Arbetet har utförts under terminerna 2–4 och har haft flera delmoment. Det inleddes med en kombinerad teoretisk och praktisk undervisning om blodtryck, hur det mäts och vad värdena betyder. Härefter följde undervisning om det höga blodtryckets patofysiologi samt en litteratursökning på Medline om högt blodtryck hos gamla. Hans och Per gjorde därefter studiebesök på en vårdcentral, där de träffade gamla hypertoniker, mätte blodtrycket på dem och samtalade om patienternas situation. Redovisningen, som omfattade dels en teoretisk del och dels tre fallbeskrivningar, genomfördes i seminarieform i Malmö med professor S-O Isacson som moderator och med två kurskamrater som "opponenter". Den teoretiska delen av fördjupningsarbetet redovisas här i nerbantat skick. Författarna är att gratulera till ett väl utfört fördjupningsarbete.

Lars Lindholm
handledare

Högt blodtryck hos gamla människor är mycket vanligt. I ett fördjupningsarbete inom den prekliniska grundutbildningen i Lund har vi genom litteraturstudier sökt finna svar på frågorna om hypertoni är en riskindikator för insjuknande i hjärtkärtsjukdom och om man i så fall kan minska sjukligheten genom behandling med antihipertensiva läkemedel. Handle-dare har varit docent Lars Lindholm, Dalby. Sammanfattningsvis kan sägas att högt blodtryck utgör en riskindikator för personer i åldern 65–74 år. Den vetenskapliga dokumentationen är dock bristfällig för personer 75 år och äldre. Resultat från genomförda studier talar för att behandling medför vinster för patienter <75 år. Dokumentationen är även här mycket ofullständig hos dem som är 75 år och äldre.

Nyckelord: Hypertoni, äldre, riskfaktorer, forskning, medicinsk utbildning

Introduktion

Högt blodtryck hos äldre personer är mycket vanligt. Hur vanligt det är beror på definitionen. WHO (1) har definierat hypertoni som blodtryck $\geq 160/95$ mm Hg utan hänsyn till patienternas ålder. Med denna definition får en mycket stor andel av befolkningen över 70 år diagnosen hypertoni. Definitionsproblemet har av andra lösts genom att man använt åldersrelaterade blodtrycksgränser (2). Den höga förekomsten av hypertoni under-

stryks av att upp till 50% av gamla (>70 år) behandlas med blodtrycks-sänkande läkemedel (3).

För medelålders manliga hypertoniker har man kunnat visa stora behandlingsvinster vid blodtryckssänkning (4, 5). Det är emellertid viktigt att hålla i minnet att de äldres fysiologi skiljer sig från de yngres. Detta innebär bl a att man inte direkt kan överföra resultaten från behandling av medelålders hypertoniker på den äldre befolkningen. Detta lämnar utrymme för tre intressanta frågor om högt blodtryck hos äldre:

1. Hur farligt är det höga blodtrycket?
2. Kan man erhålla behandlingsvinster tex i form av minskat insjuknande i hjärtkärtsjukdom genom att behandla och sänka blodtrycket?
3. Hur ska blodtrycket i så fall behandlas?

Mot bakgrund av problemets betydande omfattning, och med hänsyn tagen till den utbildningsnivå vi befinner oss på, har vi valt att studera och försöka att finna svar på de två första frågorna.

Litteraturgenomgång

Under en period på 20 år diagnostiserade John Fry (6) 704 fall med hypertoni (≥ 100 mm Hg diastoliskt) på sin allmänläkarmottagning i en förtört till London, vilket motsvarar 162 fall per 1 000 personer över 30 år. Blodtryckssänkande läkemedel förskrevs endast i undantagsfall, vilket innebär att studien kan anses representera det höga blodtryckets naturliga förlopp. Vid undersökningen visades, att kvoten observerad/förväntad dödlighet var in-

verst relaterad till åldern, dvs att kvoten sjönk med stigande ålder. Detta gällde även inom åldersgruppen 60 år och äldre. Sålunda var kvoten 1,15 hos patienter 60–69 år gamla i jämförelse med 0,87 hos dem som var 70 år och äldre.

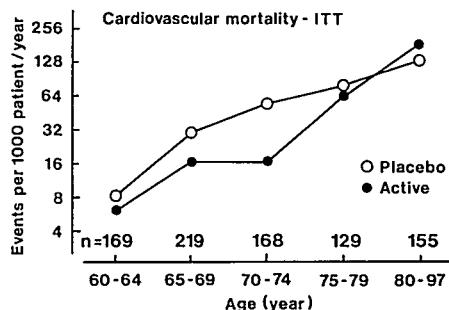
Framingham-studien (7) startade 1949 för att undersöka de kardiovaskulära sjukdomarnas epidemiologi. De 5 209 deltagarna var mellan 30 och 62 år vid undersökningens start. Uppföljningen sträcker sig idag över mer än 35 år. Högt blodtryck ($\geq 160/95$ mm Hg) anses vara den största riskfaktorn för insjuknande i kardiovaskulär sjukdom såväl bland yngre som bland äldre (65–74 år) patienter. Andelen hypertoniker som behandlas sjunker med ökande ålder, troligen på grund av att läkarna varit mindre motiverade att behandla äldre än yngre patienter med högt blodtryck. Inom Framingham-studien anser man att detta är olyckligt, då hypertension förefaller vara den mest potenta och vanligaste orsaken till kardiovaskulära sjukdomar hos äldre.

Under vintern 1963–64 genomfördes i Bergen (8) en lungröntgenscreening; 41 488 män och 50 618 kvinnor födda 1948 eller tidigare inbjöds att delta. På initiativ av stadens universitet inkluderades även en blodtrycksmätning i studien. Blodtrycket mättes på 76,7% av de 92 106 personer som inbjudits till röntgenundersökningen. Målet var att undersöka hur dödligheten påverkas av blodtrycket för olika kön och åldrar. Bortfallet var störst inom åldersgrupperna 20–29 år och ≥ 70 år. Mortaliteten i sin helhet påverkades inte av blodtrycket hos äldre män (70–89 år), medan den hos kvinnor i motsvarande ålder ökade något med stigande tryck. Dödligheten i stroke och hjärtinfarkt ökade med ökande blodtryck både hos män och kvinnor, oavsett ålder.

I en 10-års longitudinell studie i Glostrup (9) undersöktes 450 män och kvinnor som var 70 år vid studiens början. Hos både män och kvinnor saknade diastoliskt blodtryck prediktivt värde för såväl dödlighet som insjuknande i hjärt-kärtsjukdomar. Systoliskt blodtryck saknade prediktivt värde för män medan det för kvinnor predicerade såväl insjuknande som död i hjärt-kärtsjukdom. En annan viktig iakttagelse var, att de personer som sänkte sitt förhöjda blodtryck till en normotensiv nivå visade en högre prevalens av kardiovaskulär sjuklighet vid 80 års ålder än de personer som förblev hypertensiva. Detta pekar på att en spontan blodtrycksreduktion kan vara ett tecken på att myocardiet degenererat.

EWPHE (European Working Party in High Blood Pressure in the Elderly) (10) är en prospektiv, dubbelblind, randomiserad och placebokontrollerad undersökning. Målet har varit att finna svar på frågan om farmakologisk

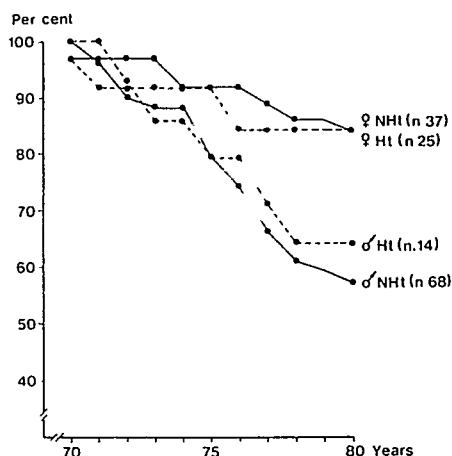
behandling av hypertoni minskar risken för hjärt-kärlsjukdomar hos äldre. Åttahundrafyrtio patienter över 60 år (medelålder 72 år), med blodtryck inom intervallet 160-239/90-119 mm Hg, randomiserades till aktiv behandling (tiazid i kombination med kaliumsparande läkemedel) eller placebo. Studien startade 1972 och slutfördes 1984. När aktiv behandling jämfördes med placebo (Figur 1) framkom inte



Figur 1. Jämförelse av kardiovaskulär dödlighet mellan placebobehandling och aktiv behandling av hypertoni hos gamla (EWPHE studien, ref 14).

någon signifikant sänkning av totalmortaliteten (-9%, $p=0.41$); däremot sänktes risken för kardiovaskulär död (-27%, $p=0.037$). Denna minskning förklarades dels av en minskning i hjärtdöd (-38%, $p=0.036$) och dels av en minskning av cerebrovaskulär mortalitet (-32%, $p=0.16$). Till den icke signifikanta sänkningen av totalmortaliteten bidrar en ökning av "icke-kardiovaskulär, icke-renal död" (+14%, $p=0.48$).

I en 10-årig prospektiv studie i Dalby (11) påvisades inte någon skillnad i dödlighet mellan hypertensiva och normotensiva äldre (Figur 2). Undersökningen omfattade Dalbys pensionärer födda 1902-1903 med (behandlad) hypertoni (blodtryck >180/>110 mm Hg) vid 70 års ålder ($n=39$). Dessa jämfördes med övriga pensionärer födda samma år, utan hypertoni ($n=105$). Det bör tilläggas, att även om hypertonikerna fick behandling



Figur 2. Överlevnad av 70-åriga pensionärer i Dalby med (Ht) respektive utan (Nht) diagnosen hypertoni (ref 11).

mot sitt höga blodtryck, hade de ett signifikant högre blodtrycksvärde än de normotensiva.

I en artikel från *The Australian Blood Pressure Study* (5) redovisas en subgrupp omfattande 582 individer över 60 år. Uppföljningstiden var 5½ år. Undersökningens målsättning var att undersöka om farmakologisk behandling av mild hypertoni (diastoliskt blodtryck 95-110 mm Hg och systoliskt blodtryck <200 mm Hg) leder till behandlingsvinster för patienterna. Endast förhållandevis friska patienter inkluderades i studien. Dessa randomiserades till aktiv eller placebobehandling. Målet vid aktiv behandling var att minska det diastoliska blodtrycket till <90 mm Hg, en gräns som senare sänktes till <80 mm Hg. Bortfallet uppgick till 1/3, samma i placebogruppen som i den aktivt behandlade gruppen. Incidensen av hjärt-kärlsjukdom under studien var signifikant lägre i den aktivt behandlade gruppen än i placebogruppen, 27 jämfört med 42 fall. Uppdelat på kön var siffrorna för män 16 vs 30 fall och för kvinnor 11 vs 12 fall. Antalet händelser var för litet för att kunna påvisa statistiskt signifikanta skillnader i *diagnoser* mellan grupperna.

Aktuell pågående forskning

Med anledning av bristfällig dokumentation om högt blodtryck hos personer över 70 år har Svenska föreningen mot högt blodtryck startat en prospektiv, dubbelblind, randomiserad, placebokontrollerad undersökning. Studien benämnes *STOP-Hypertension* (Swedish Trial in Old Patients with Hypertension) (12) och har som primärt syfte att undersöka om farmakologisk behandling av personer i åldern 70-84 år ger mindre insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdomar än behandling med placebo. För att kunna rekrytera tillräckligt många patienter (ca 2000) är studien av multicentertyp med ca 120 deltagande centra, huvudsakligen vårdcentraler. En pilotstudie genomfördes under perioden oktober 1985 till oktober 1986. Efter utvärdering av denna har beslut fattats om att starta huvudstudien under hösten 1987. Patienterna avses följas under i medeltal tre år.

SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) (13) är en undersökning i USA som försöker finna svar på frågan om äldre patienter med isolerad systolisk hypertension ska behandlas med antihypertensiva läkemedel. Studien omfattar män och kvinnor som är 60 år eller äldre och som har ett systoliskt blodtryck överstigande 160 mm Hg och ett diastoliskt blodtryck som understiger 90 mm Hg. Efter de första tre månaderna har framkommit att endast 4/5 av patienterna följer den föreskrivna behandlingen, vilket kan komma att påverka värdet av resultaten. Endast cirka 2% av screenade patienter har kunnat randomiseras.

Diskussion

Hur farligt är det höga blodtrycket för gamla? Om detta råder stor oenighet. Enligt Fry's studie (6) förefaller mortalitetsrisken inte att vara nämnvärt ökad för hypertoniker över 60 år, medan den är hög för dem i åldersintervallen <50 år. Man ska dock ta i beaktande, att studien endast omfattat mortalitet och inte morbiditet.

Glostrupstudien (9) pekar på att ett förhöjt blodtryck är en mycket svag riskindikator för insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdom, dock med en viss ökad risk för kvinnor med förhöjt systoliskt blodtryck. Det stora primära bortfallet (31%) försvårar bedömningen av studiens värde. Det är möjligt att man kunnat visa ett klarare samband om studien hade varit större. Dalbystudien (11) talar i samma riktning, nämligen att man inte kan påvisa någon signifikant skillnad i dödlighet mellan 70-åriga pensionärer med/behandlad hypertoni och den normotensiva kontrollpopulationen. Detta trots att blodtrycksnivån i den behandlade gruppen fortfarande var högre än kontrollgruppens vid studiens slut. Att man inte kunde påvisa någon skillnad mellan grupperna säger inte att en sådan inte föreligger, vilken skulle kunnat påvisas om studien varit större.

Även Bergen-studien (8) pekar på att mortaliteten i sin helhet ej påverkas av blodtrycket. Detta gäller framför allt män i åldersgruppen 70-89 år. Det är dock väsentligt att notera, att man fann en ökad risk för död i stroke och hjärtinfarkt med ökande blodtryck, både systoliskt och diastoliskt. Studien var från början ej en blodtrycksundersökning utan en tbc-screening. Den var ej heller primärt inriktad mot de äldre åldersgrupperna utan mot hela den vuxna befolkningen. Deltagarantalet i åldersgrupperna >70 år var lågt, vilket försvårar bedömningen.

Framingham-undersökningen (7) visar emellertid på en ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar både för manliga och kvinnliga hypertoniker även i åldrarna 65-74 år. Man kan naturligtvis ifrågasätta denna studies representativitet för populationen då endast 2/3 av befolkningen bjöds in och bara 2/3 av dessa kom. Det låga deltagarantalet kompensades dessutom med att undersökningen tillfördes 740 frivilliga (!).

Sammantaget kan vi konstatera att dokumentationen om blodtrycket som riskindikator är bristfällig, särskilt i åldersgruppen över 75 år. Tills vidare är det säkrast att betrakta högt blodtryck hos äldre som en riskindikator för hjärt-kärlsjukdom, som dock är svagare än hos yngre patienter.

Nästa problem är huruvida man kan erhålla behandlingsvinster genom att behandla och sänka blodtrycket. Att döma av EWPHE-studien (10) bör man kunna få behandlingsvinster



Livets salt?

Det finns ett samband mellan salt och högt blodtryck.

Du känner till det.

En del patienter känner till det.

Men även de patienter som försöker, kan ha svårt att ändra livsföring.

Det kan bli nödvändigt med en blodtryckssänkande medicin också.

Salures-K är ett lika aktuellt förstahandsval idag som någonsin tidigare. Somligt står sig länge!



Försök först med icke-farmakologiska åtgärder.

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

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

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

v.g. texta

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

HJÄRTA/KÄRLGRUPPEN

(minskad dödlighet i hjärtsjukdomar) med läkemedelsbehandling, främst i åldrarna 60–74 år. Självklart begränsas denna studies användbarhet av det begränsade patientantalet över 70 år och av att patienterna i stor utsträckning rekryterats från olika universitetssjukhus. Även om studiens överförbarhet på populationen härigenom är begränsad, pekar den dock entydigt på behandlingsvinster för de sk yngre äldre patienterna. Bortfallet var anmärkningsvärt stort i denna studie; av 840 randomiserade patienter återstod endast 35% vid studiens slut. Av bortfallet hade 19% dött, 9% tagits bort på grund av kardiovaskulära incidenter och hela 36% lämnat undersökningen i förtid av andra orsaker.

Den australiska studien (5) pekar även den på behandlingsvinster inom åldersgrupperna >60 år. Studiens värde är begränsad då personer >70 år ej är inkluderade och dels då det rör sig om en subgruppsanalys. Det är också viktigt att komma ihåg att patienter med tecken på cirkulatoriska sjukdomar vid studiens start exkluderas.

Sammantaget pekar studierna på behandlingsvinster upp till 75 års ålder. Man kan emellertid inte dra några slutsatser om patienter över 75 år utifrån dessa studier.

Påverkan på livskvalitet av farmakologisk hypertoni-behandling av äldre har ej berörts i denna översikt, då denna fråga är mycket dåligt dokumenterad.

Hur ska då det höga blodtrycket behandlas? Den farmakologiska behandlingen ligger utanför vårt kunskapsområde. Det bör dock påpekas att man vid all läkemedelsbehandling av

äldre måste ta hänsyn till, att dessas fysiologi på flera sätt skiljer sig från de yngres. Ett flertal cirkulatoriska förändringar vid stigande ålder gör äldre människor mer känsliga för snabba och kraftiga blodtryckssänkningar, bland annat på grund av minskad baroreceptorkänslighet och försämrad perifer känslighet för sympatiska adrenerga stimuli. När medikamentell behandling övervägs är det, som ovan nämnts, viktigt att även risken för förlust av livskvalitet tas i beaktande.

Vår konklusion:

Högt blodtryck utgör en riskindikator för insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar hos äldre, men reservation för personer över 75 år. Behandling av hypertoni hos äldre patienter ger behandlingsvinster för åldersgruppen 65–74 år. För åldersgruppen över 75 år är dokumentationen bristfällig.

Litteratur

1. WHO/ISH committee. Guidelines for the treatment of mild hypertension: Memorandum from the 1986 Königs-tein WHO/ISH meeting. Hypertension 1986;8:957–61.
2. Julius S, Hanson L. Classification of hypertension. In: Genest J, Kuchel O, Hamlet P, Cantin M, eds. Hypertension. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1983:679–82.
3. Lindblad U, Rydén L, Råstam L. Hypertension in an elderly population. In: National Board of Health and Welfare, Drug Information Committee. Treatment of hypertension in the elderly. Stockholm: National Board of Health and Welfare 1983;4:13–21.
4. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on mor-

bidity in hypertension. III. Influence of age, diastolic blood pressure and prior cardiovascular disease; Further analysis of side effects. Circulation 1972;45:991–1004.

5. The Management Committee. Treatment of mild hypertension in the elderly. A study initiated and administered by the National Heart Foundation of Australia. Med J Austr 1981;2:398–402.
6. Fry J. Natural history of hypertension. A case for selective nontreatment. Lancet 1974;2:431–3.
7. Kannel W, Gordon T. Evaluation of cardiovascular risk in the elderly: The Framingham study. Bull N Y Acad Med 1978;54:573–91.
8. Holme I, Waaler T. Five-year mortality in the city of Bergen Norway, according to age, sex and blood pressure. Acta Med Scand 1976;200:229–39.
9. Agner E. Predictive value of arterial blood pressure in old age. Acta Med Scand 1983;214:285–94.
10. Amery A, Brixko P, Clement D et al. Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly Trial. Lancet 1985;1:1349–54.
11. Lindholm L, Scherstén B, Thulin T. Hypertension in elderly people in a Swedish primary care district. Scand J Prim Health Care 1983;1:120–31.
12. Dahlöf B, Hansson L, Lindholm L, Råstam L, Scherstén B, Wester P-O. STOP-Hypertension. Swedish Trial in Old Patients with Hypertension. J Hypertension 1986;4:511–13.
13. Hulley S, Feigal D, Ireland C, Kuller L, McFate Smith W. Systolic Hypertension in the Elderly Program – SHEP. JAGS 1986;34:101–5.
14. Amery A, Brixko R, Clement D, et al. Efficacy of antihypertensive drug treatment according to age, sex, blood pressure, and previous cardiovascular disease in patients over the age of 60. Lancet 1986;2:590–2.

MB 6362

Rapport från forskarutbildningskurs – hypertoni ur tvärvetenskaplig belysning

BENGT MATTSSON · NIELS LYNÖE

En forskarutbildningskurs vid Allmänmedicinska institutionen i Umeå har haft som tema hypertoniens etiologi ur tvärvetenskaplig belysning. Bengt Mattsson och Niels Lynöe rapporterar här om de bidrag till kursen som kom från några icke-medicinska företrädare. Synsätt och tankar bortom de medicinska betraktelsesätten kan berika och öka våra kunskaper om sjukdomar och deras orsaker.

Allmänmedicin i Umeå anordnade 1985 en forskarutbildningskurs, "Hypertonins etiologi ur tvärvetenskaplig belysning". Vid fem tillfällen inledde olika föreläsare med teorier om hypertoniens orsaker. Från invärtesmedicin (PO Wester, Umeå), klinisk fysiologi (P Bjerle, Umeå) och psykologi (J Svensson, Stockholm) gavs aktuella forskningsrapporter. Doc Ingvar Johansson, Umeå (vetenskapsteori) och prof Bengt Börjesson, Umeå (socialt arbete) medverkade också. Då deras föreläsningar innehöll aspekter som vanligen är mindre kända så redovisar vi föreläsningarnas huvudtankar och väver också in i referaten en del av den diskussion som följde på inledningen.

Olika typer av förklaringar

Johansson utvecklade två typer av förklaringsmodeller som man bör skilja mellan när man talar om orsaker till sjukdomar.

Fenomenologiska teorier ("black-box theories") beskriver hur en process går till utan att förklara händelseförloppet. Linsformeln i den geometriska optiken är en fenomenologisk teori. Den visar på ljusets lagbundenhet utan att närmare förklara varför ljusstrålarna beter sig som de gör.

Fenomenologiskt orienterad forskning kan röra sig om statistiska korrelationer och strävar inte efter att förklara vad som sker i "the black-box". Sjukdomars etiologi beskrivs ofta utifrån fenomenologisk teori. Således sä-

Nyckelord: Hypertoni, etiologi, utbildning

ges ibland att hypertoni beror på rökning eller övervikt för att dessa tillstånd är nära korrelerade. Människan kan bland annat ses som en maskin och när man ser henne så blir dessa teorier fruktbara och till praktisk nytta. Teoribyggande inleds ofta med fenomenologiska teorier som ger aningar om djupare samband.

Andra förklarings teorier är *representationella* eller *generativa*. Det är teorier om vad som sker i "the black-box". I exemplet om ljusets brytning förklarar en generativ teori hur vågrörelser fortplantar sig med olika hastigheter i olika täta medier varvid ljusstrålarnas brytning åstadkommes. I sjukdomssammanhang motsvarar begreppet patogenes en generativ teori.

Att se orsakerna till hypertoni som ett uttryck för samspel mellan psykologiska, sociala och medicinska faktorer (multifaktoriell teori) blir att tillämpa en fenomenologisk modell. Faktorerna är oerhört disparata men uppdelningen kan ändå vara praktiskt användbar.

Skillnaden mellan dessa två typer av förklaringsmodeller är inte tydlig, sk "grey-boxes" finns också (jämför begreppet "etiopatogenes"). en begränsad kunskap om "the black-box" finns då.

Om begreppet mening

Johansson talade vidare om sjukdomars mening och innebörd. Människan bombarderas ständigt av stimuli via sina sinnesorganen. Upplevelser från den yttre världen av typ värme, elektromagnetiska fält, strålning, ljus och ljud når oss utifrån och via våra inre organ kan vi känna hunger törst, värk, avspänning och mycket annat. Stimuli tolkas och förstås av den levande organismen. Datorer och maskiner kan också lära sig att känna igen olika energimönster såsom tal tex, men kan inte i reell mening "förstå". Att ge mening åt det som inträffar är en unik mänsklig företeelse.

Sjukdomar, tex hypertoni kan vara mer ett uttryck för meningen eller tolkningen av ett stimuli snarare än för stimuli i sig. Det har tex visat sig att musik med en viss hög volym ger mindre hörselskador hos de som tycker om ljudet än hos de som lider av samma höga antal decibel. Meningen eller tolkningen av ljudet betyder alltså något för vilka effekter ljudet har. Två helt olika stimuli kan också ge mycket snarlika upplevelser för en och samma person och att söka efter speciella stimuli som orsak till ett visst sjukdomstillstånd blir då inte relevant.

Johansson talade också om språkets meningsbärande funktion och att språket har en patogen kraft genom denna funktion. Att tex ständigt utsättas för ironiska, hånande eller illvilliga anmärkningar mår ingen bra av (man vet också att dåliga relationer till en arbetsledare eller i ett äktenskap ger ökad risk för hjärt-kärlsjukdom hos

män). Språkets meningsbärande förmåga är sannolikt en unik mänsklig företeelse och att studera hur språket uppfattas och tolkas kan ge nya perspektiv på förståelsen av bl a etiologin till den essentiella hypertoni.

Via begreppet "mening" kan sambandet mellan kropp och själ lättare förstås, psykiska fenomen blir inte något sekundärt till kroppen och soma och psyke flätas samman.

Vanmakt

Bengt Börjesson utvecklade i sitt seminarium tre aspekter av eventuell betydelse för högt blodtryck. Han menade inte att dessa nödvändigtvis var av största betydelse men att de kunde vara av intresse.

En stark känsla av vanmakt, att inte kunna göra något åt sin egen situation är en central faktor och vanmakten kan utvecklas i olika system.

System som är *förvirrande* kan utveckla en vanmaktskänsla hos individen. Men vet inte var man skall vända sig, man hänvisas åt olika håll och ingenting händer. De som har ansvar kan ej identifieras, ingen vet något riktigt. Att befinna sig i stora hierarkiska system kan ge förvirring, tex att ha kontakt med statliga verk eller att vistas på stora sjukhus.

Vanmakten kan bero på ett *omgivande mystifierande system*. Ingen talar där riktigt tydligt – påverkan och beslut sker subtilt och diskret utan klarhet. Förnekanden och bortförklaringar förekommer.

Till följd av *söndring* (tex skilsmässa) kan vanmakt uppstå. Ett mänskligt grundvillkor är beroende, tillit och ömsesidighet till någon annan. Om detta plötsligt upphör finns uppgivenhet och vanmakt som en näraliggande konsekvens.

Vid *indoktrinering* handlar man mer eller mindre öppet mot sina egna intressen. Det kan röra sig om så sk disciplinerande system där personer går in i en grupp med förutsättningen att ändra på systemet inifrån. (Jämför haren som sa till räven: "Ät du bara upp mig så äter jag upp dig inifrån" – men han glömde matsmältningsenzymerna). Det sker i stället en långsam och successiv assimilering till värderingar som är i motsats till det ursprungliga.

Mansroll

Börjesson diskuterade sedan mansrollen som en faktor av betydelse för utvecklandet av hypertoni. Studier av mansrollen är enligt Börjesson försummade inom sociologin. Han menade att vi nu lever i ett "patriarkaliskt samhälle utan patriark". Hierarkier har brutits ner utan att självklara ersättningar har uppstått och pappor finns av olika typer.

Velourpappan är den otydliga mannen som inte kan sätta gränser. Som får separationsproblem när han lämnar barnen på dagis och som umgås

med barnen på ett sätt som en "rutinerad mamma" aldrig skulle orka med.

Lagledarpappan är den som frammanar goda prestationer hos sina barn. Han sätter normer för sport- och skolprestationer och ser till att familjen får bra tider i familjemotionsbingon.

Den frånvarande pappan är ofta efterlängtd men är fysiskt ej närvarande. Han kan vara känslomässigt engagerad, skriver kort och ger presenter som uttryck för ett dåligt samvete.

Pappan som skugga är framförallt känslomässigt frånvarande, kanske men ej nödvändigt fysiskt frånvarande. Han är otydlig och ställer inga krav.

Kompispappan ger leksaker som han själv leker med. På ett ibland infantilt sätt konkurrerar han med barnet och oftast konkurrerar han ut barnet.

Mammapappan tar över ansvaret av vårdnaden av barnen och får därigenom en traditionell kvinnoroll.

Mannens osäkerhet i rollsituationen kan tänkas framkalla krisartade situationer med sjukdom (hypertoni) som konsekvens.

Skuld

Skuld och skuldkänsla var den tredje faktorn bakom hypertoni som Börjesson utvecklade. Skulden kan bli en evig ledsagare och genom sin stora tyngd gör den sig ständigt påmind. Genom att aktivt sträva mot självutplåning kan man dock slippa sin skuld, en försoning inträder när självutplåningen är maximal. Man har då också helt övergivit sina livsambitioner och sina önskemål om förverkliganden i livet. Alice Miller har i sin bok "Det självutplånande barnet" utvecklat tanken att kärlek bara ges när barnet förnekar sig själv. Om barnet framhäver sig själv eller gör som det vill, så tar omgivningen avstånd. Att vara snäll blir att göra det man inte vill. Att göra sig fri från den kroniska tyngande skulden och att utan självutplåning söka sig mot sina genuina önskningar blir enligt Börjesson en typ av hälsofrämjande arbete.

Ingvar Johanssons och Bengt Börjessons synpunkter blev mycket uppskattade och livligt diskuterade. Innehållen i deras föredrag som inte är det man vanligtvis associerar till när man tänker på orsaker till hypertoni kändes dock mycket relevanta och tankeväckande. Akademisk allmänmedicin har många spännande impulser att upptäcka i möten med andra ämnen särskilt om man går över fakultetsgränser mot samhällsvetenskap och humaniora.

Författarpresentation:

Bengt Mattsson, docent och allmänläkare.*

Niels Lynöe, klinisk amanuens vid socialmedicin i Umeå.

Postadress: Trastvägen 6 C, 902 37 Umeå



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ

Läkemedelsinformationscentraler finns i Lund (ELIS) och Hudinge (LIC), och liknande enheter byggs nu upp vid landets övriga universitetssjukhus och regionsjukhuset i Örebro. Läkemedelsinformationscentralen besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. 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 direkt till mig så kan jag sedan förmedla fråga och svar. För att ge ökad spridning av frågor/svar som behandlas vid läkemedelsinformationscentralerna kommer jag att i ALLMÄNMEDICIN publicera några frågor som kan intressera läsekretsen. Har du synpunkter på vilka ämnen som jag ska ta upp i denna spalt skriv till dl Lars-Olof Hensjö, vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 0766-385 00.

Fråga:

En 28-årig kvinna med kondylom som upptäcktes tre månader efter partus. Patienten ammar. Hon har behandlats med Podofyllin utvärtes vid två tillfällen och man planerar ytterligare kurer. Frågeställaren undrar om man bör göra uppehåll med amningen.

Svar:

Podofyllin extraheras från en giftig rot av en amerikansk berberisväxt (*podophyllum peltatum*). Extraktet innehåller bl a ligniner och varierande mängder podofyllotoxin. Medlet har använts som laxativum, för att behandla kondylom och vårtor samt som cytostatikum. Enstaka fallrapporter finns om systemeffekter vid kondylombehandling. I ett fall fick en gravid kvinna parestesier och spontanabort efter kondylombehandling. I två andra fall uppträdde tecken på benmärgsdepression i form av trombocytopeni och leukopeni. Dessa fallrapporter talar för att podofyllin givet vid lokal behandling skulle kunna absorberas. Inga litteraturuppgifter finns om halter i bröstmjolk. Enligt en tillverkare av podofyllotoxin passerar en eller flera av substanserna i podofyllin över till bröstmjolk. Han rekommenderar avbruten amning under ca en vecka efter behandling med podofyllin. Det bör observeras att podofyllotoxin inte är registrerat för användning hos kvinnor på grund av medlets toxiska effekter (podofyllin är inte registrerat läkemedel). Inga fallrapporter finns om effekter hos barn efter amning när modern behandlas med podofyllin.

Fråga:

En läkemedelskommitté har under utarbetandet av en ny basläkemedelslista frågat följande:

Det har påståtts att Mogadon (Roche) absorberas bättre än Nitrazepam (Aco/Kabi). Finns det någon dokumentation om detta?

Svar:

Några jämförande farmakokinetiska studier mellan olika nitrazepampreparat har inte kunnat påträffas i litteraturen. Vid kontakt med Aco/Kabi har dock information om en opublicerad jämförande studie mellan Nitrazepam och Mogadon erhållits. Sju frivilliga försökspersoner gavs en oral engångsdos av 5 mg Nitrazepam och 5 mg Mogadon i randomiserad följd med 14 dagars mellanrum. Halten av nitrazepam i plasma bestämdes under 48 timmars provtagning efter dosintaget. Nitrazepam gav något högre plasmakoncentrationer under de första två timmarna efter administration jämfört med Mogadon. AVC, ytan under plasmakoncentrationskurvan, skilde inte signifikant mellan de två preparaten. Tillgängligheten undersöktes också genom urinutsöndringen av läkemedlen. 12 försökspersoner fick inta 10 mg Nitrazepam och 10 mg Mogadon med en veckas mellanrum. Urinen samlades i tre fraktioner under 24 timmar efter dosintag. Det förelåg ingen skillnad mellan de utsöndrade mängderna nitrazepam från de två preparaten. Konklusionen blir alltså att inga data har framkommit som skulle stödja påståendet att det finns signifikanta skillnader mellan de två olika nitrazepampreparatens absorption.

(Kommentar: De här redovisade undersökningarna, som alltså är opublicerade, är typexempel på sådana studier som företagen måste göra för att Socialstyrelsen skall kunna godkänna synonympreparat, dvs att visa att det inte föreligger någon skillnad mellan preparaten i olika avseenden; i detta fall i fråga om absorptionen).

Fråga:

(Detta är ett exempel på en fråga från ELIS – Enheten för läkemedelsinformation, Södra regionen, Lund.)

Tidigare stod det angivet att warfarin passerar över i bröstmjolk. Sedan FASS 1985 står det att warfarin inte passerar över i bröstmjolk. Vilken är bakgrunden till denna ändring? Frågan är föranledd av ett fall där man behandlat med Heparin i stället för Waran efter partus på grund av osäkerhet visavi FASS-texten.

Svar:

Den direkta bakgrunden till ändringen i FASS är en artikel publicerad i BMJ 1977 av Orme och medarbetare. I denna undersökning deltog 13 nyförlösta mödrar som behandlades med warfarin. I den första delen av studien bestämdes warfarinkoncentration i plasma och bröstmjolk hos sex mödrar som inte ammade sina barn. I den andra delen undersöktes warfarinhalten hos sju mödrar som ammade sina barn. Även plasmahalterna hos barnen mättes. Man fann inget warfarin i bröstmjölken. Hos de sju ammade spädbarnen fann man inte heller warfarin i plasma.

Konklusionen av denna studie var att mödrar som behandlas med warfarin kan amma utan att detta medför risk för barnet. Två fallbeskrivningar om warfarinintag under amning beskrevs av McKenna och medarbetare i The Journal of Pediatrics. Det var två kvinnor som trots läkarens råd ammade sina barn under warfarinbehandling. I båda fallen hade båda barnen normal protrombintid och normala koagulationsfaktorer. Författarna rekommenderar att mödrar som får warfarin kan amma sina normala, fullgångna barn. Det är alltså artikeln av Orme och medarbetare som ligger till grund för förändringen av FASS-texten beträffande warfarinintag och amning. Ammande mödrar bedöms således kunna behandlas med warfarin utan risk för barnen.

**Fråga:**

(Detta är ett exempel på en fråga från ELIS – Enheten för läkemedelsinformation, Södra regionen, Lund.) En kvinnlig patient får så fort hon vistas utomhus sveda och brännvärk i huden. Besvären har uppstått sedan hon påbörjat behandling med Naprosyn-tabletter. Kan detta vara en biverkan av Naprosyn? Övrig mediciner är p-pillar.

Svar:

I Socialstyrelsens biverkningsregister finns 131 rapporter om hudbiverkningar av Naprosyn där sambandet med medicineringen har bedömts som troligt. Av dessa berör tre rapporter fotosensibilitet, varav två har bedömts ha troligt samband med medicineringen medan man i den tredje rapporten inte kunnat utesluta ett samband. I litteraturen finns beskrivet fotosensibilitet för många olika NSAID. Den mest omskrivna av dessa är benoxaprofen (aldrig registrerat i Sverige), som i likhet med

naproxen är ett propionsyraderivat. Här har man funnit en hög incidens av fotosensibilitet med akut ödem, brännskadebild och onycholys, dvs en fototoxisk reaktion. Även för piroxicam finns flera fall av fototoxicitet beskrivna. Vid sökning i databasen Medline har vi funnit några fallrapporter om naproxen och fotosensibilitet. I ett fall rör det sig om en patient som reagerade kraftigt under en solsemester på Hawaii och där en senare provokation också utfördes. I en annan rapport bestrålades ett antal ledsjuka patienter med monokromatiskt ljus sedan de intagit diverse NSAID. Hos en eller två patienter som intagit naproxen uppstod också en omedelbar reaktion i form av erytem och rödflammighet samt urtikaria. Samma beteende visade ytterligare fyra patienter som behandlats med piroxicam eller tiaprofensyra. Det finns alltså i litteraturen ett flertal beskrivningar över NSAID och fotosensibilitet, däribland naproxen. Vi föreslår att fallet rapporteras till Socialstyrelsens biverkningsregister.

Kampanj om högt blodtryck på apoteken

Apoteken har under året olika kampanjer som syftar till att hjälpa kunden att använda sina läkemedel på rätt sätt.

Under mars och april 1989 handlar apotekens kampanj om högt blodtryck. Med hjälp av skyltar, utställning och affischer uppmärksammas kunden på vikten av medicineringsföljksamhet. Även icke-farmakologiska behandlingsprinciper tas upp.

Förbättrad compliance

Ett välkänt problem vid mediciner mot högt blodtryck är den dåliga följsamheten till läkemedelsordinationen. Skyltar och mini-utställning inne i apoteket vänder sig till kunden som behandlas med läkemedel mot högt blodtryck, men som av olika anledningar inte tar sina läkemedel. Målsättningen är att kunden ska förstå att medicineringen är viktig, att det kan finnas alternativa läkemedel om ett medel inte passar ("tala med din doktor") samt att det finns hjälpmedel om man glömmer att ta läkemedlet.

Ny broschyr

Vid kampanjstarten kommer en ny broschyr "Högt blodtryck" i serien "Apoteken informerar om sjukdom och hälsa". Se AllmänMedicin sid 94, nr 3, 1988. Broschyren säljs till självkostnadspris och omfattar bl a sjukdomsbeskrivning, behandling (farmakologisk och icke-farmakologisk) och en intervju med en patient som har högt blodtryck. Broschyren kommer att finnas till försäljning på apoteken även efter kampanjens slut.

I tidningen Apoteket nr 2/89 som utkommer under kampanjperioden finns en artikel om hypertoni och compliance.

Kostråd

Under samma period kommer apoteken också att ha en aktivitet om kost. Informationsblad om fett, salt, socker och fibrer kommer att finnas. Bladen ska vara en hjälp för alla som vill ändra sin kost bl a blodtryckspatienter. En affisch kommer att finnas till aktiviteten.

Utställning

En större utställning med samma budskap som övriga skyltar (compliance samt icke-farmakologisk behandling) kommer också att finnas. Den är avsedd att ställas ut i tex vårdcentraler, sjukhusfoajeer, bibliotek och större apotek.

Blodtrycksmätare

På apoteken kommer blodtrycksmätare för hemmabruk att finnas från och med våren -89. Blodtrycksmätarna är framför allt avsedda för de kunder/patienter som av sin läkare blivit rekommenderade att själva mäta blodtrycket. En folder med information om de mätare apoteken har, kommer att lämnas till sjukvården.

Läkemedelsanvändning vid hypertoni

INGEGERD AGENÄS

Högt blodtryck är en av de vanligaste diagnoserna i öppenvården. Mer än var 25:e patient har hypertoni, ensamt eller tillsammans med annan åkomma (Diagnos · Receptundersökningen). Ålders- och könsfördelning hos hypertoni-patienter framgår av tabell I. När diagnosen är ställd behandlas nästan alla patienter med läkemedel. I åldrarna upp till 64 år är det 5% av patienterna som inte får någon behandling; för patienter som är 65 år och äldre är det endast 2% som inte får läkemedel.

Hypertoni behandlas ofta med mer än ett läkemedel. Både för yngre och äldre patienter är det genomsnittliga antalet läkemedel 1,4. Den siffran har varit konstant åtminstone sedan slutet av 70-talet.

Fig 1 visar läkemedelsvalet hos hypertoni-patienter 0–64 resp 65 år och äldre. Helt i överensstämmelse med de rekommendationer som finns är diuretika det medel som oftast föreskrivs till äldre hypertoniker. En viss nedgång i andelen patienter som får diuretika har skett under den senaste tioårsperioden.

Bland yngre hypertoniker är betareceptorblockerare det vanligaste läkemedelsvalet. Under de senaste tio åren har andelen patienter som behandlas med betareceptorblockerare ökat. Samtidigt har det skett en omfördelning från icke-selektiva till selektiva medel, så att andelen patienter som behandlas med icke-selektiva medel är lägre nu än för tio år sedan.

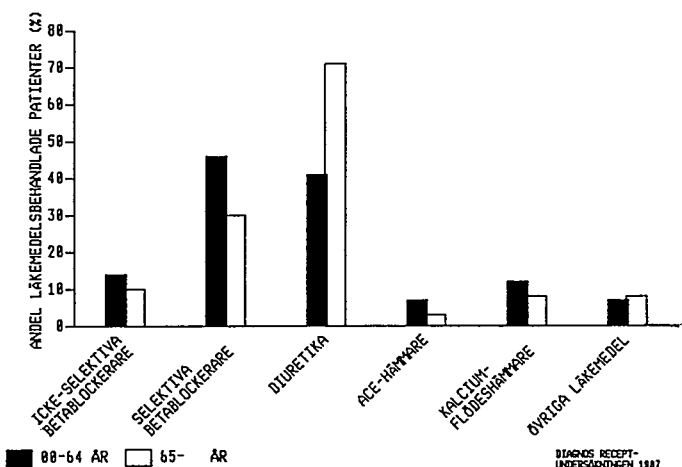
Den vanligaste kombinationsterapi är för äldre att betareceptorblockerare läggs till diuretika, för yngre att diuretika läggs till betareceptorblockerare. ACE-hämmare och kalciumflödesblockerare har en betydligt mindre, men ökande andel framför allt bland yngre patienter.

Den totala användningen av betareceptorblockerare under 70 och 80-talet framgår av fig 2. Inledningsvis var indikationen för betareceptorblockerarna angina pectoris. När även högt blodtryck blev godkänt som indikation ökade användningen starkt och kulminerade i slutet av 70-talet. 1987 skedde 70% av förskrivningen av betareceptorblockerare vid hypertoni. Motsvarande andelar utgjorde för tiazider 87%, furosemid 11%, kalciumflödesblockerare 36% och ACE-hämmare 82%.

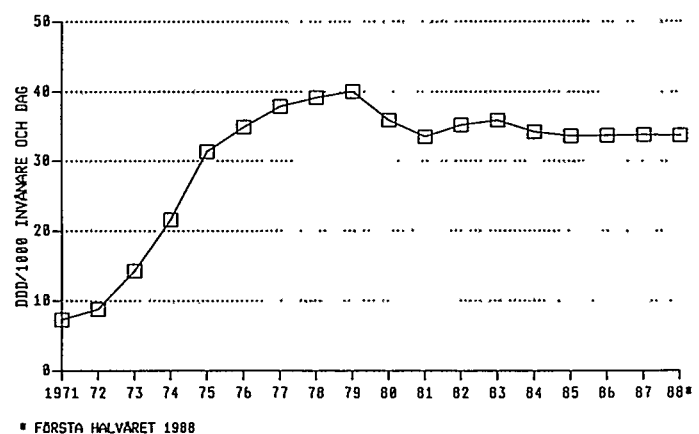
Tabell I. Ålders- och könsfördelning för patienter med diagnosen hypertoni (%)

	Män	Kvinnor
0–64 år	25%	23%
65 år och äldre	20%	32%

(Diagnos · Receptundersökningen)

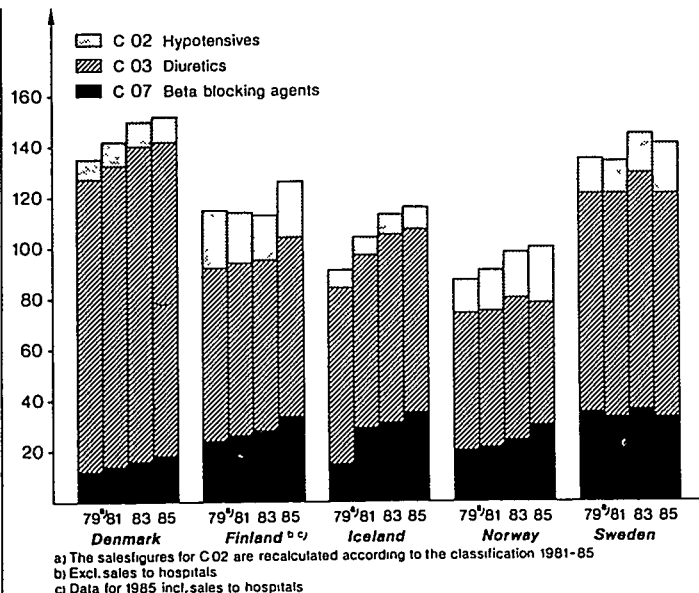


Figur 1. Hypertoni – läkemedelsprofil per åldersgrupp



Figur 2. Beta-receptorblockerande medel – försäljningsutveckling

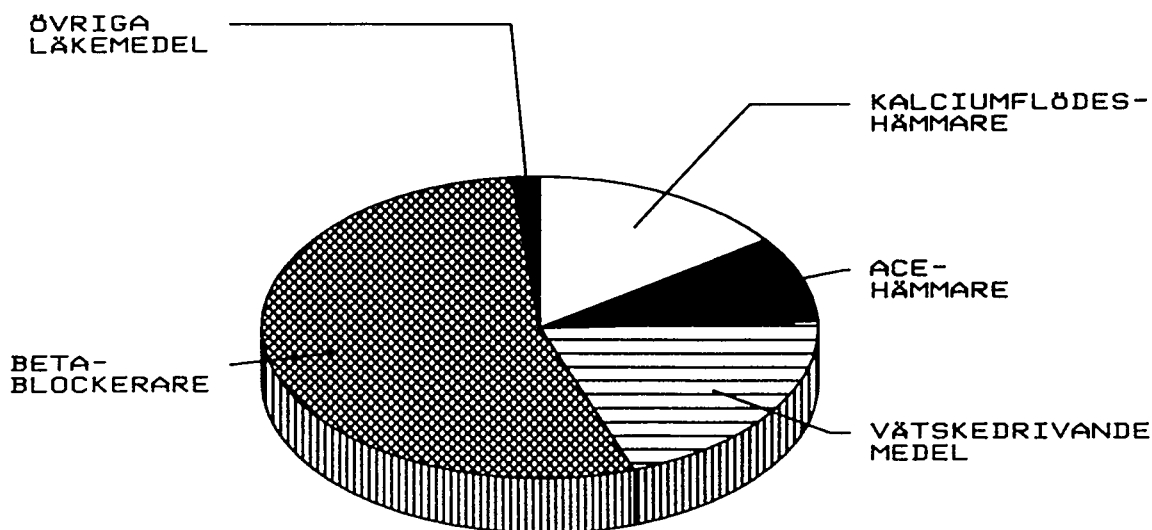
Om man jämför den totala användningen av blodtryckssänkande läkemedel i de nordiska länderna (fig 3) (andelen som används vid hypertoni är inte känd för övriga länder) finner man att den totala användningen är högst i Danmark och lägst i Norge. I Danmark har diuretika av hävd en större användning än i de övriga länderna. Betareceptorblockerarna slog först igenom i Sverige där användningen varit förhållandevis oförändrad under 80-talet under det att de övriga länderna närmat sig den svenska nivån. Om man korregerar uppgifterna med hänsyn till olikheterna i ålderssammansättning i befolkningen minskar skillnaderna mellan Sverige och Finland, Island, Norge.



Figur 3.
Blodtryckssänkande medel 1979-85

Mer än 60% av patientbesöken sker hos läkare som i Diagnos-Receptundersökningen definieras som allmänläkare. 30% av besöken sker vid sjukhuspoliklinik, 70% utanför sjukhus. Fördelningen för samtliga diagnoser är 46% vid sjukhus och 54% utanför sjukhus.

Kostnaden för läkemedelsbehandling av hypertoni kan för 1987 skattas till 550 milj kronor. Fig 4 visar hur kostnaden fördelar sig på de olika läkemedelsgrupperna.



Figur 4.
Kostnaden fördelat på de olika läkemedelsgrupperna

Öppen mottagning i Malmö

STEFAN HENNINGSSON · TOMAS LINDBLADH

Öppen mottagning – visst får man uppskattning från patienterna! Men räcker det? Vad vet patienterna om andra alternativ att öka tillgängligheten? Vad blir konsekvenserna för de gamla och de kroniskt sjuka? För de långsiktiga preventiva insatserna? Vad händer med teamarbetet i primärvården? En försöksverksamhet från ett område i Malmö med låg primärvårdsutbyggnad redovisas.

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

Bakgrund

Höga hälsorisker – låg primärvårdsutbyggnad

Invånarna i Malmö kommun har socioekonomiskt ökad risk för ohälsa jämfört med landet i övrigt. Sålunda var 1983 andelen förtidspensionärer 9% högre, sjuktalet 16% högre och arbetslösheten mer än 50% högre än genomsnittet för riket. Andelen socialbidrag per invånare var högst i landet. Andelen ensamstående i åldersgruppen 25–74 år låg 29% över riksnivån (1).

Nordöstra primärvårdsdistriktet med cirka 32 000 invånare har jämfört med hela Malmö fler pensionärer, ensamboende, ensamstående föräldrar, arbetslösa och hushåll med socialbidrag. Dessutom föreligger en högre slutenvårdskonsumtion till följd av missbruk och psykisk sjukdom (2) och en högre dödlighet i våldsam död bland yngre och medelålders män (3).

Primärvården i Malmö är minst utbyggd i landet. I nordöstra distriktet, där *Granen* är den enda vårdcentralen, finns en distriktsläkare per 5 600 invånare och en distriktsköterska per 6 400 invånare (exklusive sjuksköterskor inom barnhälsovården). Det finns inga privatpraktiserande läkare i distriktet.

Motiven för försöksverksamheten

En rad positiva erfarenheter av öppen mottagning (möjlighet att göra läkarbesök utan föregående tidsbeställning) har redovisats från andra vårdcentraler. Under de förberedande diskussionerna hämtades inspiration framför allt från Skurup och Dalby i Skåne (4). Senare har rapporter kom-

mit även från andra håll (5–8). Primärvårdsutbyggnaden har dock varit betydligt bättre på dessa tidigare försöksorter. Öppen mottagning har, såvitt vi känner till, inte tidigare prövats inom ett primärvårdsområde med så låg utbyggnadsgrad som hos oss.

Telefontillgängligheten till vårdcentralen var mycket dålig. De två ingående linjerna till läkarmottagningen var hårt belastade. En tidigare undersökning hade visat att mindre än 50% av telefonsamtalen via centrala sjukhusväxeln kopplades fram (9). Skulle öppen mottagning som komplement till tidsbeställd mottagning kunna förbättra telefontillgängligheten? Skulle offentlig primärvård, med låg grad av utbyggnad, kunna erbjuda samma service i fråga om tillgänglighet till sitt, i många fall tyngre, patientklientel som den i Malmö nyetablerade privata *Citykliniken*?

Metod

Under april 1987 hölls på *Granen* öppen mottagning måndag till torsdag kl 13.00–14.00. Därvid registrerades data enligt tabell I.

Telefontillgängligheten

Vårdcentralens tillgänglighet per telefon är svår att mäta direkt. Det går att registrera antalet inkommande samtal, men hur får man en uppfattning om hur många som ringer och inte kommer fram? – Antalet samtal genom centrala telefonväxeln på Malmö Allmänna Sjukhus kunde förhållandevis enkelt registreras. Därutöver konstruerades ett arbiträrt index, "andel misslyckade kontakter", vilket bestod av kvoten mellan via växeln ej framkopplade samtal och "alla kon-

taktförsök". Med "alla kontaktförsök" avsågs summan av a) på vårdcentralen registrerade samtal, b) via sjukhusväxeln till följd av telefonkö ej framkopplade samtal, och c) inledande sköterskebedömningar av patienter som kom direkt till vårdcentralen.

Väntetiderna

Väntetiderna registrerades från tidpunkten för anmälan i receptionen till tidpunkten för läkarundersökningens början. Här ingår följaktligen ej den tid patienterna hade fått köa innan de anmält sig i receptionen.

Intervjuerna

I syfte att få del av patienternas omedelbara reaktioner på försöksverksamheten intervjuades ett antal patienter i direkt anslutning till läkarbesöket av en kuratorspraktikant. Intervjufrågorna gällde eventuella tidigare kontakter med vårdcentralen, aktuell besöksanledning, andra erfarenheter av hälso- och sjukvården, förväntningar, inställning till öppen mottagning kontra tidsbeställd, vad som för den intervjuade var mest betydelsefullt vid ett läkarbesök, samt önskemål inför framtiden beträffande verksamheten. Positiva och negativa kommentarer respektive förslag till förändringar har sedan grupperats efter tema och därefter listats i rangordning.

Postenkäten

Postenkäten sändes ut en månad senare till samtliga som anmält sig i receptionen för besök på öppen mottagning, sålunda även till dem som ej fullföljde besöket. Sju personer undanbad sig deltagande i postenkäten.

Tabell I
Registrerade variabler

Registrering – telefon	– inkommande samtal till vårdcentralen
	– samtal kopplade via sjukhusväxeln
	– samtal stoppade i sjukhusväxeln p g a telefonkö
	– inledande sköterskebedömningar på vårdcentralen
– patientbesök	– datum
	– löpnummer
	– födelseår
	– kön
	– besöksanledning
	– nybesök eller återbesök
	– tid för anmälan i receptionen
	– tid för läkarundersökningens början
	– tid för läkarundersökningens slut
	– läkare
– intervjuer	– vissa patienter omedelbart efter läkarbesöket
– postenkät	– samtliga patienter en månad senare

Denna innefattade förutom bakgrundsdata (ålder, kön) frågor om inställningen till öppen mottagning och kontinuitet vid behov av akutkontakt med vårdcentralen. Öppen mottagning *men med längre väntetider* ställdes mot tidsbeställd akutmottagning *men med dålig telefontillgänglighet*; tid för besök samma dag *utan krav på kontinuitet* ställdes mot att *vänta någon dag* för besök till sin ordinarie läkare.

Patienternas fria kommentarer i postenkäten har bearbetats med samma metodik som intervjuerna.

Material

Antalet personer som anmälde sig i receptionen för besök på öppen mottagning var 673. Av dessa avvek 51 personer utan fullföljt läkarbesök, varefter det återstod 622 kontakter. Totalt sökte 588 individer på öppen mottagning; 558 gjorde ett besök; 26 gjorde två besök; 4 gjorde tre besök. I materialet finns även ett okontrollerat bortfall: de som kommit i avsikt att söka på öppen mottagning men ej anmält sig i receptionen utan "vänt i dörren".

Mellan fyra och sex läkare tjänstgjorde på öppen mottagning. Det gjordes i genomsnitt drygt 36 besök per dag. Det var fler besök dag efter helgdag.

Resultat

Ökade telefontillgängligheten?

Andelen via sjukhusväxeln ej framkopplade samtal minskade från 79% i mars 1987 till 66% i april. Andelen "misslyckade kontakter" hade registrerats i oktober 1985 och var då 47%; i april 1987 var motsvarande andel 35%. Sålunda förbättrades telefontillgängligheten under försöksperioden.

Ökade läkarbesöken?

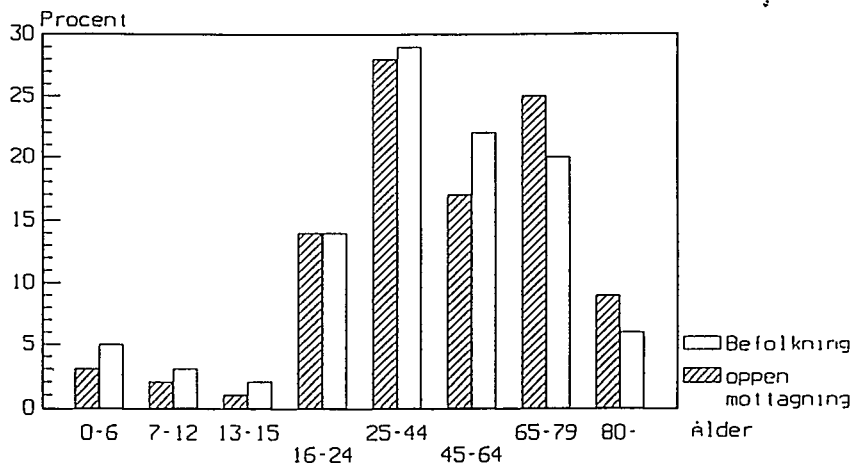
Totalt för primärvården i Malmö skedde vid jämförelse mellan mars och april månad 1987 en minskning av antalet läkarbesök med 8%. På *Gränen* ökade i stället besöken med 8%; akutbesöken ökade med 45%. Andelen planerade återbesök minskade från 52% till endast 35%.

Vilka kom?

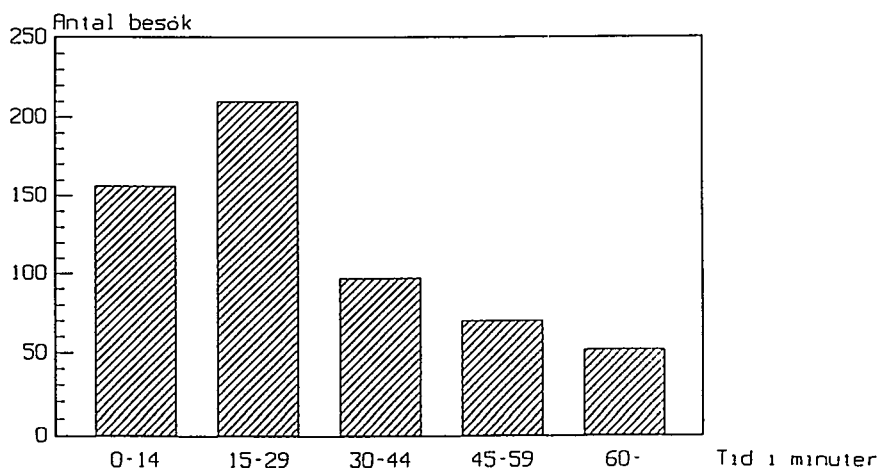
Patientmaterialets åldersfördelning i relation till befolkningens framgår av figur 1. Pensionärerna var den enda åldersgrupp som var överrepresenterad i förhållande till sin befolkningsandel. Av patienterna var 42% män och 58% kvinnor.

Vad sökte patienterna för?

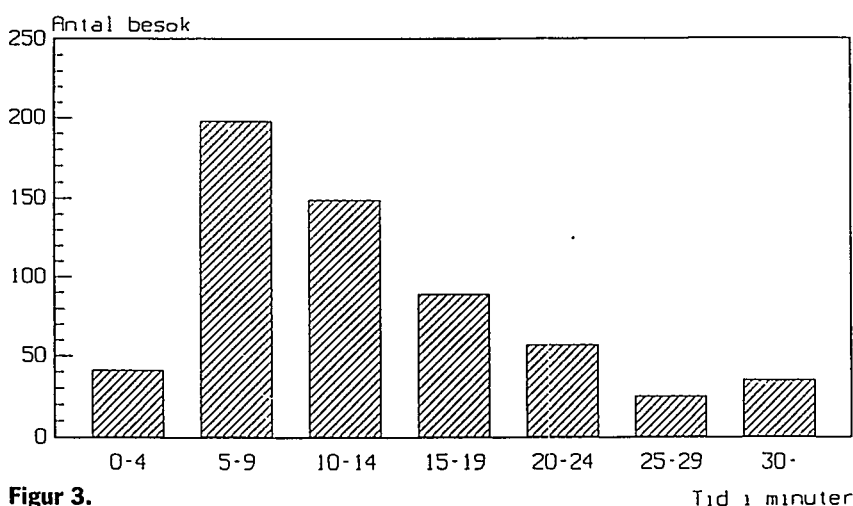
Vid 622 besök presenterades 711 kontaktorsaker (tabell II). Förkylningssymptom dominerade i de yngre ålderna, medan de äldre patienterna hade mer kroniska besvär.



Figur 1. Åldersfördelning i patientmaterialet och i befolkningen.



Figur 2. Väntetid på läkarbesök vid öppen mottagning.



Figur 3. Tidsåtgång för läkarbesök vid öppen mottagning

Hur länge fick patienterna vänta?

Väntetiderna redovisas i figur 2. Spridningen av väntetiderna var betydande – den genomsnittliga väntetiden (medianvärde) olika dagar varierade mellan 12 och 56 minuter.

Hur lång tid tog besöket?

Tidsåtgången för läkarbesök framgår av figur 3. Låg ålder och förkylningssymptom korrelerade till kort läkartid; hög ålder, mag-tarmsymptom och kroniska besvär korrelerade till lång läkartid.

Tabell II
Kontaktorsaker

	Antal
Luftvägsbesvär (inkl ÖNH)	190
Muskuloskelettala besvär	137
Magtarmsbesvär	56
Hudsymptom	43
Urogenitala besvär	55
Kroniska sjukdomar, inkl hjärtskälsymptom	47
Psykiska besvär	36
Skador	9
Övrigt (t.ex. allergier, ögonbesvär, huvudvärk)	132
Intyg	6
Totalt	711

Att få självkänslan tillbaka

Göran Samsioe
Behandling av äldre kvinnor med urogenitala besvär



Ungefär varannan kvinna i 60-årsåldern har postmenopausala besvär beroende på östrogenbrist. Det ger problem i form av tunna, torra och sköra slemhinnor i underlivet, vilket i sin tur ofta orsakar blödningar och flytningar. Trängningar och sveda vid vattenkastning är också vanligt.

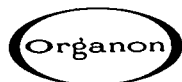
Docent Göran Samsioe, KK Sahlgrenska Sjukhuset, Göteborg, diskuterar utredning, diagnostik och behandling av de här problemen i en nyutkommen skrift som heter "Att få självkänslan tillbaka". Du kan beställa den från Organon AB på beställningskortet nedan!

Referenser

Iosif C, Bekassy Z. Prevalence of genitourinary symptoms in the late menopause. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984;63. Brandberg A, Mellström D, Samsioe G. Peroralt östriol till äldre kvinnor med urogenitala infektioner. *Läkartidningen* 1985;82:40.

Tabletter 1 mg, 2 mg, vaginalkräm 0,1 %*, vagitorier 0,5 mg* med östriol –naturligt lågdosöstrogen som bygger upp atrofierade slemhinnor i underlivet.

* vid vaginal atrofi



Organon AB, Box 5076, 421 05 Västra Frölunda. Tel 031-29 94 80.

Ja tack jag vill ha "Att få självkänslan tillbaka"
av docent Göran Samsioe.
(Texta gärna!)

Namn _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

BESTÄLL!

Tabell III
Huvudtema i intervjuer och fria kommentarer

	Intervjuer	Postenkät
Positiva kommentarer	Väntetid Tillgänglighet Bemötande	Bemötande Vårdkvalitet
Negativa kommentarer	Väntetid Telefonservice Organisation Tid inne hos läkaren	Väntetid Telefonservice Tid inne hos läkaren
Önskemål, förslag	Kontinuitet Organisation Tillgänglighet Tid inne hos läkaren	Kontinuitet Organisation Tillgänglighet

Tabell IV
Fördelar med öppen mottagning

Kommentar från	Läkare	Sekreterare	Undersköterskor	Sjuksköterskor
Läkarbesöket "avdramatiseras"	■			
Minskad telefonbelastning	■			■
Positiv patientrespons	■		■	■
Mindre köer i receptionen på förmiddagen		■		
Positivt med omväxling	■	■	■	
Mindre pappersarbete			■	
Man arbetar snabbare	■			

Tabell V
Nackdelar med öppen mottagning

Kommentar från	Läkare	Sekreterare	Undersköterskor	Sjuksköterskor
Mycket stressigt under öppen mottagning, ojämn arbetsbelastning under dagen		■	■	■
Många äldre (även rullstolsbundna), ej akut sjuka	■		■	
Väntrummet för litet, många fick stå i korridoren		■	■	
Saknade patientkontakten, ens kunskaper och erfarenheter var ej så viktiga längre				■
Sårbart vid ojämn läkarbemanning	■		■	■
Folk slogs nästan om nummerlapparna				■
Läkarna stressade				■
Läkarna ej tillgängliga för telefonförfrågningar under öppen mottagning		■		
Ofta mycket tungt, visar tydligt vår underkapacitet i relation till befolkningsunderlaget	■			
Svårt att hinna med efterarbetet	■			
Långa väntetider för patienterna	■			

Vad tyckte patienterna?

Svarsfrekvensen i postenkäten var 80%. Öppen mottagning föredrogs av 63%, tidsbeställd akutmottagning av 33%. De patienter som fått vänta kort tid var mer positiva till öppen mottagning än de med lång väntetid. *Inget samband* förelåg mellan inställning till öppen mottagning och patientens ålder, kön, nybesök/återbesök, läkartid eller vilken läkare patienten gjort besöket hos.

Tillgänglighet samma dag utan krav på kontinuitet prioriterades av 65%, kontakt med sin ordinarie läkare av 32%. Kontinuitet efterfrågades fram-

för allt av äldre patienter och återbesökspatienter, av de som hade haft kort tid hos läkaren på öppen mottagning, samt av patienter som hellre önskade tidsbeställd akutmottagning.

En sammanställning av huvudtema i intervjuer med 76 patienter samt synpunkter som lämnats av 200 av patienterna i form av fria kommentarer till postenkäten lämnas i tabell III.

Vad tyckte personalen?

I 16 enkätsvar från 6 läkare, 5 sekreterare, 3 undersköterskor och 2 mottagningssköterskor föredrog 15 att arbeta med tidsbeställd akutmottagning.

Framkomna för- och nackdelar med öppen mottagning redovisas i tabell IV och V.

Diskussion

Senaste årets debatt om öppen mottagning har gällt områden med väl utbyggd primärvård. Vårdpersonal såväl som befolkning har reagerat på hur pass komplicerat det kan vara att få läkarkontakt efter tidsbeställning, även när resurserna i och för sig tillåter besök utan dröjsmål.

Den etablerade Lerum-modellen för patientmottagning (10) är framtagen i en situation med brist på läkararbetskraft. Vid flera vårdcentraler med utbyggd primärvård har nu öppen mottagning införts. Framför allt mottagningssköterskornas arbetssituation har påverkats positivt med mer tid till självständigt patientarbete. Å andra sidan har varnats för risken att teamarbetet, med delegering av arbetsuppgifter och tillvaratagande av olika yrkesgruppers specifika kompetens, minskar vid öppen mottagning, då denna gärna blir påtagligt läkarcentrerad (11).

Metoden

Vår ursprungliga frågeställning ("Skulle tillgängligheten öka genom öppen mottagning?") är i princip retorisk och kan inte besvaras av föreliggande undersökning. Enda sättet att i realiteten få en förbättrad tillgänglighet är att ge primärvården mer resurser. Självfallet kan organisatoriska förändringar temporärt påverka telefontillgängligheten, men denna utgör dock endast en delmängd av den totala tillgängligheten.

Resultaten

Telefontillgängligheten är fortfarande helt otillfredsställande när 66% av de som ringt vårdcentralen via växeln inte kopplats fram och när 35% av alla kontaktförsök med mottagningen misslyckats. Dessutom finns ett mörkertal i form av de som ringt direkt nummer och mötts av upptagetton. Resultatet är dock inte förvånande med tanke på den låga primärvårdsutbyggnaden.

Prioriteringen av öppen mottagning medförde att antalet planerade återbesök för äldre och kroniskt sjuka patienter minskade.

Överrepresentation av pensionärer bland de sökande på öppen mottagning har inte redovisats tidigare; snarast har yrkesverksamma äldre dominerat (4, 7). Av patienterna var 42% män. Detta är anmärkningsvärt, då kvoten män/kvinnor i öppenvårdsregistreringar tämligen konstant brukar vara 1/3.

Flertalet patienter väntade mindre än 30 minuter, vilket anses acceptabelt. En femtedel av patienterna väntade mer än 45 minuter och två patienter i mer än 2 timmar. Väntetiderna får givetvis ställas i relation till mot-

svarande vid sjukhusens akutmottagningar.

Patienterna uttryckte en klart positiv inställning till öppen mottagning. Materialet består dock i sin helhet av patienter som lyckades få kontakt med läkare efter jämförelsevis kort väntetid och dessutom ofta med sin ordinarie läkare (flertalet läkare var av prioriteringsskäl i tjänst under öppen mottagning). Om patienterna efter kontakt per telefon i samma utsträckning hade fått en lika snabb, men avtalad, tid för läkarbesök, hade de då blivit mindre nöjda? Många ringde i själva verket för att beställa tid och fick då hänvisning till öppen mottagning.

Undersökningar av "patient satisfaction" uppvisar genomgående mycket höga andelar nöjda patienter (12). När frågeställaren är den vårdgivare, som patienterna vet att de även fortsättningsvis behöver anlita, uppkommer självfallet betydande validitetsproblem. Patienternas svar i postenkäten måste följaktligen tolkas med stor försiktighet. Vidare studier krävs för att fastställa om en majoritet av befolkningen föredrar öppen mottagning.

All personal visade inledningsvis stor entusiasm inför försöksverksamheten och patienternas uttryck för uppskattning upplevdes mycket positivt. Efter hand blev dock arbetet påfallande tungt, troligen främst beroende på bristande resurser för uppföljning och återbesök. Befolkningsunderlagets storlek märktes tydligt. Öppen mottagning kräver bättre resurser.

Reflexion

Att försöksverksamheten över huvud taget gick att genomföra vid vår låga utbyggnadsgrad talar för att *tillgängligheten i stort inte påverkas* vid införandet av öppen mottagning: om så hade varit fallet borde situationen ha blivit helt kaotisk.

Såväl hittills rapporterade studier av öppen mottagning som våra egna erfarenheter visar på en påfallande jämn patienttillströmning. Ifrågavarande vårdcentraler har ungefär samma antal läkare och samma väntrummsstorlek, och enkla socialpsykologiska mekanismer kan ha fått oväntat spelrum. En patient som möter ett överfullt väntrum blir säkerligen mer benägen att gå utan fullföljt besök än om väntrummet varit tomt. Selektionen av vilka vård sökande som tas emot ändras. Ett eget starkt upplevt behov av läkarkontakt kommer att väga tyngre än en på medicinska grunder gjord prioritering.

Om öppen mottagning får bli *ersättning för*, snarare än komplement till, tidsbeställd akutmottagning blir följden ett avståndstagande från yrkesmässigt ansvar för hur tillgängliga resurser används. Primärvårdstanken bygger på antagandet att kombinationen av helhetssyn, primärt ansvar,

närhet/tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet/säkerhet och samverkan har avgörande medicinska synergieffekter. Öppen mottagning sätter ett krisorienterat och episodiskt arbetssätt före en sammanhängande (*comprehensive*), kontinuerlig och långsiktig vårdstrategi.

Den "exceptionella potentialen i varje konsultation i primärvården" enligt Stott & Davis (13) omfattar ett vid varje besök konsekvent tillvaratagande av följande komponenter:

- Handläggning av besöksanledning.
- Handläggning av kroniska problem.
- Opportunistisk hälsoövervakning och hälsopromotion: utnyttja patientens besök oavsett anledning för såväl *case finding* av sjukdomar och risktillstånd som förmedling av relevant hälsouppllysning.
- Modifiering av kontaktmönstret: vid varje besök sträva efter att öka patientens insikter om vilka tillstånd som motiverar respektive inte motiverar kontakt med hälso- och sjukvården.

Enligt vår uppfattning bör ett långsiktigt arbete med syfte att utveckla patienternas eget "hälsomedvetande" prioriteras. Det är en stor pedagogisk uppgift att lära befolkningen att i mindre utsträckning söka hälso- och sjukvården vid självbegränsande tillstånd utan att därmed avskräcka från kontakt när professionell hjälp är påkallad. Studier har visat hur befolkningens kontaktmönster kan modifieras mot ökad rationalitet, ur både patientens och hälso- och sjukvårdens synvinkel (14).

Här finns den stora utmaningen. Den handlar inte bara om att öppna dörrarna till mottagningen.

Referenser

1. Spri. Hur utnyttjas hälso- och sjukvårdens resurser? En analys av sjukvårdshuvudmännens verksamhet och primärkommunernas äldreomsorg. Stockholm: Spri, 1985 (Spri rapport 193).
2. Book B, Gisselsson M, Ottosson O. Den slutna vårdens epidemiologi i Malmö 1984. Malmö: Lunds universitet, Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Malmö, 1983. (Stencil).
3. Brorsson A. Död i skador genom yttre våld och förgiftning 1974-79. Malmö: Lunds universitet, Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Malmö, 1983. (Stencil).
4. Andersson I, Johansson I, Ringdell- Nilsson P. Öppen mottagning. Lund: Lunds universitet, Statsvetenskapliga institutionen, 1987. (Häfte 401:4. Stencil).
5. Eriksson M, Falck G, Hajsland P. "Öppen mottagning" vid vårdcentralen bot mot ineffektivitet i Kopparberg. Läkartidningen 1987; 84:3800-2.
6. Widäng K. Björknäsmodellen - öppen mottagning hos distriktsläkare. Allmänmedicin 1987; 8:114.

7. Larsson S, Sjönell G, Berglund H et al. Öppen mottagning i Stockholms innerstad - erfarenheter från två vårdcentraler. Läkartidningen 1988; 85:1023-4.
8. Björke R, Jansson I. Snabbmottagning. Nygammalt arbetssätt. Primasen 1988; 1:16-7.
9. Lindblad T, Lundblad B, Olsson N, Svensson U. Primärvård. Nuläge och framtida behov i nordöstra distriktet, Malmö. Malmö: 1986 (Stencil).
10. Spri. Handbok för löpande vårdplanering vid vårdcentralen i Lerum. Stockholm: Spri, 1977. (Spri rapport 3/77).
11. Järhult B. Behovet av öppen mottagning. Läkartidningen 1988; 85:1400-1.
12. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Soc Sci Med 1978; 12:283-92.
13. Stott NCH, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. J Roy Coll Gen Pract 1979; 29:201-5.
14. Marsh GN. "Curing" minor illness in general practice. Br Med J 1977; 2:1267-9.

Författarpresentation

Stefan Henningsson, distriktsläkare, vårdcentralen Granen, Malmö.*

Tomas Lindblad, vårdcentralschef, vårdcentralen Kirseberg, Malmö; vid tiden för studien distriktsläkare, vårdcentralen Granen, Malmö.

* Postadress: Grangatan 11, 212 14 Malmö

Skadepanoramat sett från vårdcentralens horisont

ANDERS HÅKANSSON · MARIANNE LANNSJÖ

I ett treårsmaterial från Vårdcentralen Teleborg i Växjö presenteras skadepanoramat sett från vårdcentralens horisont. Skadediagnoserna utgjorde 4,2% av samtliga diagnoser. I hälften av fallen rörde det sig om distorsioner eller kontusioner. Männerna drabbades av skador oftare än kvinnorna. Den vanligaste skadetyper var för män arbetsolycksfall och för kvinnor hemolycksfall. Med ledning av resultaten presenteras lämpliga områden för framtida olycksfallsförebyggande åtgärder.

Nyckelord: Olycksfall, prevention, primärvård, prevalens, registerstudier

Introduktion

Prevention är en viktig arbetsuppgift för primärvården och ett av de mera handgripliga exemplen härpå är olycksfallsförebyggande åtgärder. I serien "Hälsa- och sjukvård inför 90-talet" handlar en av publikationerna om "Att förebygga skador" (1). Erfarenheterna är hämtade från Skaraborg. Därifrån kommer också en aktuell avhandling på samma tema (2). I tidskriften AllmänMedicin har på senare år presenterats olycksfallsprojekt från Sollefteå (3), Hofors (4) och Vellinge (5). Ett temanummer av Socialmedicinsk tidskrift har nyligen ägnats åt olycksfallsepidemiologisk forskning (6).

Syftet är här att översiktligt presen-

tera skadepanoramat sett från vårdcentralens horisont. Denna inventering bör kunna ge uppslag till förebyggande åtgärder. Studiens styrka är dess enkelhet, studiens svaghet är det snäva vårdcentralsperspektivet.

Studiepopulation

I upptagningsområdet för Vårdcentralen Teleborg bodde vid årsskiftet 1985–1986 gott och väl 11 000 människor, därav 9 000 i själva stadsdelen Teleborg och 2 000 på landsbygden söder därom. Befolkningen var jämförelsevis mycket ung. Upptagningsområdet och dess befolkning har tidigare noggrant beskrivits (7).

Vårdcentralen var öppen vardagar 8–17. Övriga tider var befolkningen hänvisad till Jourläkarcentralen alternativt Centrallasarettet, båda belägna i stadens centrum ungefär 5 km från Vårdcentralen.

Metoder

Under åren 1984–1986 diagnossattes samtliga läkarbesök på Vårdcentralen Teleborg enligt Socialstyrelsens "Diagnoskoder i Öppen vård". För registreringen användes ADB. Det totala diagnospanoramats och det använda datasystemet har nyligen presenterats (8). Under treårsperioden gjorde 8 203 människor 25 371 besök på Vårdcentralen. Samtidigt noterades 32 352 diagnoser. Skadediagnoserna utgjorde 4,2% av samtliga diagnoser.

År 1986 studerades skadorna enligt diagnosklassifikationens kapitel XVII särskilt. Därvid kompletterades varje skadediagnos med en enkel orsaks-

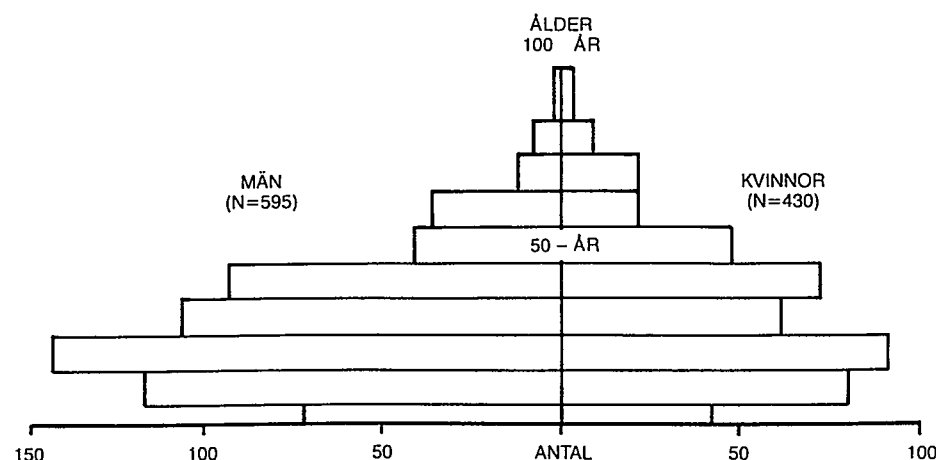
kod. Vi skiljde på trafikolycksfall (fotgängare, cykel eller moped, motorcykel, bil), arbetsolycksfall, skololycksfall, hemolycksfall, idrottsolycksfall och andra olycksfall. Vid bearbetningen av materialet användes "Application System" (8).

Resultat

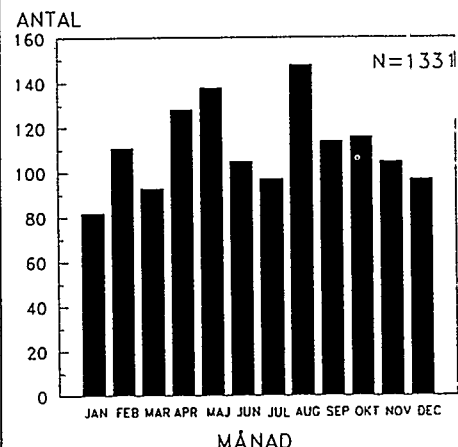
På grund av skada gjorde under treårsperioden 1 025 personer 1 316 läkarbesök, varvid 1 331 skadediagnoser sattes. I ungefär 15% av besöken handlades ytterligare något problem utöver själva skadan. Patienten tog själv initiativet till 86% av besöken, medan i 12% initiativet låg hos vårdcentralens läkare (återbesök) och i 2% hos annan vårdgivare (exempelvis skolsköterska).

I figur 1 visas skadepatienterna fördelade på ålder och kön. Som synes sökte männen betydligt oftare för skador än kvinnorna. Den stora majoriteten av patienterna var i åldrarna 5–44 år.

Skadornas fördelning på månader framgår av figur 2. Årstidsvariationen var liten, även om månaderna maj och augusti tycks något mera skadedrabbade än övriga månader.



Figur 1
Skadepatienternas fördelning på ålder och kön (1984–1986).



Figur 2
Skadepatienternas fördelning på månader (1984–1986).

I tabell I visas i vilket sammanhang olycksfallen inträffade. Observera att här gäller det enbart 1986. En hel del olycksfall klassificerades som "annat olycksfall". Annars var framför allt hemolycksfall och idrottsolycksfall vanliga. Männerna drabbades mest av arbetsolycksfall medan kvinnorna framför allt rådde ut för hemolycksfall.

Tabell I
Skadornas fördelning på kön och typ
(1986)

Typ av olycksfall	Andel	
	Män (N=257) (57%)	Kvinnor (N=150) (43%)
Fotgångare	5,1	6,7
Cykel, moped och motorcykel	2,7	8,0
Bil	1,9	2,0
Arbete	25,3	6,7
Skola	6,6	8,0
Hem	21,4	33,3
Idrott	20,6	16,0
Annat	16,3	19,3
Totalt	100,0	100,0

Tabell II
Skaderemissernas fördelning på mottagare
(1984–1986)

Remissmottagare	Antal remisser	Därav akuta
Ortoped	20	4
Kirurg	12	3
Ögon	10	2
Öron	9	5
Barn	2	0
Totalt	53	14

Skaderemissernas fördelning på olika mottagare ses i tabell II. Remissfrekvensen var 4,0%, antingen man räknar antalet remisser per antalet diagnoser eller per antalet besök.

Slutligen presenteras i tabell III de 10 vanligaste skadediagnoserna för män respektive kvinnor. Distorsioner och kontusioner dominerade stort, men där fanns också en hel del smärre sårskador och frakturer. Skadepanoramat skiljde sig inte märkbart mellan män och kvinnor. Alkoholism var nämnd som diagnos i endast 5 av 1 316 skadebesök.

Diskussion

Den typiske skadepatienten på vårdcentralen är en äldre pojke eller en

yngre man, som på arbetet, i hemmet eller i samband med idrottsutövning ådragit sig en distorsion eller en kontusion. Den manliga dominansen är väl känd sedan tidigare, och den stora dominansen för yngre människor hänger samman med den unga befolkningsprofilen i området. Någon större årstidsvariation för skadorna får vi inte fram. Bland männen är arbetsolycksfallen vanligast, medan bland kvinnorna hemolycksfallen dominerar. Ungefär hälften av skadorna hos såväl män som kvinnor utgöres av distorsioner eller kontusioner. Också övriga vanliga skador tycks vara av relativt lindrig art. Detta bekräftas av den låga remissfrekvensen.

Studiens stora svaghet är naturligtvis, att bara de skadepatienter, som kommit till Vårdcentralen mellan 8–17 vardagar, registrerats. Vi har således missat de mer eller mindre allvarligt skadade människor, som sökt direkt på lasarettet under dagtid och vi har också missat dem, som under jourtid sökt på Jourläkarcentralen eller Centrallasarettet. Hur många detta är vet vi inte och har i nuläget inte heller någon möjlighet att ta reda på. Det faktum att vi inte har en fullständig täckning i vårt skaderegister, får emellertid inte hindra oss från att jobba förebyggande utifrån de skador vi redan har kännedom om.

På barnvårdscentralen bedrivs sedan gammalt skadeförebyggande arbete främst i distriktssköterskornas regi. Man informerar föräldrarna till det växande barnet om vilka olycksrisker som finns och hur man skall förebygga dem. Föräldrarna får redan från början låna en barnbilstol, och vid de upprepade hembesöken har distriktssköterskan möjlighet att påtala brister i barnets hemmiljö.

Även i skolorna jobbar man mer eller mindre med att förebygga olycksfall. Detta arbete kan säkert förbättras, och primärvården har därvid sitt ansvar. Inom vårdcentralens upptagningsområde har vi distriktsläkare hand om skolhälsovården på flertalet skolor. I en närbelägen kommun har

man under en ettårsperiod genomfört ett försök med särskilda olycksfallsombud i varje klass (9). Man rekommenderar där, att arbetsmiljölagen bör omfatta skolans samtliga elever.

I många idrotter, kanske framför allt kontaktidrotterna, finns det inbyggda skaderisker. Självklart är, att gymnastiklärarna och skolhälsovården bör jobba med att förebygga idrottsolyckor. I övrigt har vi svårt att se vad primärvården kan bidra med på idrottsområdet.

Vad beträffar arbetsolycksfallen, så måste väl dessa i första hand vara företagshälsovårdens ansvarsområde, och primärvården kopplas in först om det inte finns någon företagshälsovård. I vår stadsdel finns väldigt få industrier, men i våra landsbygdsförsamlingar finns en hel del jordbrukare. Kanske borde vi rikta våra blickar mot dem. För kvinnornas del är hemolycksfallen vanliga. Också dessa bör vi intressera oss för.

På flera håll har man på en karta prickat in var trafikolycksfallen inträffar. Detta är sannolikt en lämplig arbetsmodell också för oss. Efter något eller några år kan man då på kartan identifiera de största trafikfärderna.

På senare tid har våra distriktssköterskor börjat med hälsokontroller för nypensionärer samt för 75-åringar. Däri ingår som en viktig del råd angående förebyggande av sjukdomar och olycksfall.

Sammanfattningsvis har vi efter en enkel inventering av de skador som kommer till vårdcentralens kännedom börjat tänka i förebyggande termer. Distriktssköterskans roll som hälsoinformatör till barnen och till de äldre bör förstärkas. Skolhälsovården bör intensifiera sitt arbete med olycksfallsprofylax bland barn och ungdomar. På vårdcentralen bör vi kartera trafikolycksfallen, samt inventera olycksfallen i lantbruket och i hemmen. Så småningom bör vi också försöka kartlägga de olycksfall, som drabbar vår befolkning, men som inte direkt kommer till vårdcentralens kännedom.

Referenser

1. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. Stockholm: Allmänna förlaget, 1984. (SOU 1984:42).
2. Schelp L. Epidemiology as a basis for evaluation of a community intervention program on accidents. Sundbyberg: Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet, 1987. (Thesis).
3. Berglund M, Nilsson Ö, Persson L. Barnolycksfall i Sollefteå kommun. AllmänMedicin 1987; 8:86-7.
4. Olsson B. Kartläggning och förebyggande av barnolycksfall i Hofors kommun. AllmänMedicin 1987; 8:132-3.

Tabell III
De vanligaste skadediagnoserna för män respektive kvinnor (1984–1986)

Män (768 skadediagnoser)		Kvinnor (563 skadediagnoser)	
Diagnos	Andel (%)	Diagnos	Andel (%)
Distorsion	27,6	Distorsion	30,0
Kontusion	22,4	Kontusion	22,9
Sår på hand	8,3	Sår på hand	6,7
Fr kr i öga	6,0	Övr skador	5,9
Sår på huvud	5,7	Sår på huvud	4,4
Övr skador	4,9	Frakt u-arm	4,1
Andra sår	4,6	Andra sår	3,9
Frakt revben	3,4	Fr kr i öga	3,0
Brännskada	3,0	Frakt revben	2,0
Frakt finger	2,2	Frakt fot	2,0
Totalt	88,1	Totalt	84,9

5. Wessman T. Att förebygga trafik-ölyckor – något för primärvården? AllmänMedicin 1988; 9:65-6.
6. Olycksfallsepidemiologisk forskning. Socialmedicinsk tidskrift 1987; 64:430-85.
7. Håkansson A, Andrén P, Rangert B. Kommundelsdiagnos Teleborg. AllmänMedicin 1986; 7:61-4.

8. Håkansson A. Basdata – till vad nytta? Redovisning av ett treårs-material från vårdcentralen Teleborg. AllmänMedicin 1987; 8:154-7.
9. Jonsson A, Järhult B. Olycksfallsundersökning i grundskolan. Kan arbetsmiljölagen omfatta skolans elever? Läkartidningen 1988; 85:348-50.

Författarpresentation

Anders Håkansson, distriktsläkare,
Marianne Lannsjö, FV-läkare

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

KATASTROFBEREDSKAP

LB0 6365

Kraschen – ett samarbetsprojekt med många bottnar

URBAN BRUNELL

Primärvårdens personal skall enligt statsmakternas intentioner utbildas för insatser i samband med katastrofer och krig. Primärvården skall också verka förebyggande och arbeta mot hälsofarliga tendenser i närmiljön.

Nedan beskrivs hur man försökt förena dessa två målsättningar i samband med en katastrofövning och videofilmning av densamma.

Nyckelord: Primärvård, akutvård, utbildning, katastrofberedskap, Göteborg, Bohuslän

Katastrofberedskap intar inte någon framträdande roll bland primärvårdens många uppgifter. Det är dock en klart uttalad målsättning från myndighetshåll, att primärvården skall utbildas även för denna uppgift. Att primärvården kan göra betydelsefulla insatser visade bla tågolyckan i Lerum 1987, där team från den närbelägna vårdcentralen snabbt var på plats och agerade föredömligt.

Inom beredskapsenheten för Göteborg och Bohuslän pågår sedan några år en kontinuerlig utbildning av bla vårdcentralernas personal för att förbereda dem på insatser vid olyckor, katastrofer och krig.

Samverkan ambulans – vårdcentral vid larm

Styrsö vårdcentral har som upptagningsområde sex öar i Göteborgs södra skärgård. Öarna Styrsö och Donsö är förbundna med en bro och på dessa två öar bor 2 600 av distriktets 3 800 bofasta invånare. (Sommartid mångdubblas befolkningen). En deltidssbrandkår står för ambulans- och brandförsvarsinsatser.

Vid larm har det tidigare inte funnits något formaliserat samarbete mellan vårdcentralen och brandförsvaret. Sedan februari 1987 ingår dock även

vårdcentralen i larmkedjan, en försöksverksamhet som initierats av beredskapsenheten och som sannolikt kommer att permanentas.

Från SOS-centralen i Göteborg larmas samtidigt deltidssbrandkåren och vårdcentralen via personsökare. Uppgifter från SOS-centralen gör att vårdcentralens personal kan förbereda sig (ta med journaler, lämplig utrustning etc), innan ambulansen hämtar.

Systemet innebär, att deltidssbrandkårens och vårdcentralens personal anländer tillsammans till olycksplatsen. Övriga larminsatser sker som tidigare efter SOS-operatörens bedömning: Förefaller det vara behov av helikopterteam med narkospersonal larmas detta utan fördröjning. Vårdcentralens insatser innebär alltså en komplettering av befintlig larmkedja.

Antalet larm under försöksperioden har varit blygsamt. I genomsnitt en uttryckning/månad – de flesta av internmedicinsk natur (infarkt, cerebral insult). I ett fall (snabbt flimmer med inkomensation) kunde vi avblåsa övriga delar av larmkedjan och själva behandla på vårdcentralen.

Fördelarna med att vårdcentralen deltar vid larm är att vi snabbt kan ge medicinsk hjälp, att vi oftast känner patienten och kan låta journal gå med till sjukhuset, och att vi kan ta hand om anhöriga. En fördel är också att personalen kontinuerligt tränas i bedömning och omhändertagande av svårt sjuka/skadade patienter.

Utbildning i omhändertagande av skadade

I samband med att Styrsö vårdcentral började ingå i larmkedjan, utbildades personalen. Våren 1987 fick ett team också möjlighet att delta i en regional sk OSS-kurs (omhändertagande av skadade på skadeplats).

Inför återsamlingen av OSS-kursen skulle vi fundera över hur vi lokalt skulle kunna använda kunskaperna. För vår del ansåg vi, att en övning av en större olycka tillsammans med del-

tidsbrandkåren och övriga i larmkedjan vore en möjlig – och lämplig – uppgift. Hittills hade våra erfarenheter vid larm begränsats till enstaka sjuka/skadade.

Trafikproblem på Styrsö-Donsö

På Styrsö/Donsö utgör olaglig mopedtrafik ett stort medicinskt (och socialt) problem. Genom att fast polisbevakning saknas har trafikmoralen blivit urholkad samtidigt som den sociala kontrollen i detta fall inte fungerar. "Det fria skärgårdslivet" leder till att man tycker, att de regler som gäller på fastlandet inte är nödvändiga här. Närheten till varandra och att man känner de flesta invånarna gör att man inte vill lägga sig i eller blanda in myndigheter.

Den olagliga mopedtrafiken yttrar sig i att minderåriga (10–12 åringar) kör moped, att så gott som ingen bär hjälm (inte heller vuxna), att sk trimmade mopeder (dvs i själva verket lätta motorcyklar) är regel bland 14–16 åringar, att man har flera passage-rare och att man de senaste åren i allt högre utsträckning börjat ta ut riktiga 125 cc motorcyklar (mctrafik är liksom privatbilar förbjuden på öarna), och man kör dessa utan körkort, registrering eller försäkring.

Denna olagliga mopedtrafik, där helt oskyddade ungdomar kör i 70–80 km/tim på vägar, som ej är anpassade till motortrafik och där övrig befolkning, inte minst små barn och gamla, förväntar sig en lugnare trafikmiljö än i stan, har förstås lett till ett ökat antal olyckor. Enligt statistik från ambulanspersonal sker 2–3 olyckor/månad av sådan grad att ambulans larmas – detta på en befolkning av 2 600 invånare! I flertalet fall har dessa olycksfall inträffat på kvällar, nätter och helger, då vårdcentralen är stängd.

Vårdcentralens roll i olycksfalls-prevention

När en olycksfallsövning skulle planeras, var det därför naturligt att tänka

sig en mopedolycka, vår vanligaste olycka i distriktet. Samtidigt var min tanke, att om ungdomar och föräldrar verkligen fick se en olycka, kanske detta skulle bidra till ökad trafiksäkerhet. Inte minst tänkte jag mig, att om ungdomar fick agera skademarkörer, skulle de få sig en tankeställare

Olycksfallsövningens planering

Tillsammans med instruktör och administratör från beredskapsenhet bestämdes datum för övningen till den 18 april 1988. Tidigt på hösten 1987 tog jag kontakt med skolledningen på Styrso högstadieskola, klassföreståndaren i en av avgångsklasserna, svenskläraren samt bildläraren. Den ursprungliga tanken var att ungdomarna själva, under ledning av bildläraren, skulle spela in olyckan på video, som sedan skulle kunna användas i trafikpropaganda. Det visade sig emellertid snart, att skolans möjlighet att själva ordna inspelning var begränsad, varför kontakt togs med videogrupper vid Göteborgs sjukvårdsförvaltning, som knöts till projektet.

I början av vårterminen 1988 sattes klassen in i planerna. Jag visade som ett exempel en videofilm om en gasolycka, och klassen fick i uppdrag att inom ramen för svenskundervisningen diskutera fram manusidéer. Dessa presenterades sedan för videogruppen, och vi kom gemensamt fram till ett synopsis.

Inför katastrofdagen fick klassens samtliga 30 elever olika uppgifter: skademarkörer, assistenter åt sminkarna och videofilmarna, ta hand om tillresande observatörer, stå för förtäring vid återsamling, bygga skadeplats, ordna avstängning av helikopterlandningsplats och vägar kring olycksplatsen etc.

För att även eleverna skulle få lära sig något denna övningsdag, inleddes dagen med undervisning i hjärt-lungräddning, första förband, framstupa sidoläge m.m.

Samarbetet inför övningen flöt friktionsfritt

Vid ett tillfälle höll dock klassen på att dra sig ur: Man hade fått uppfattningen, att filmen skulle användas för att få all mopedtrafik förbjuden, och att filmningen var ett sätt att locka fram "förbjudna" (trimmade) mopeder, som sedan polisen skulle lägga beslag på, att jag valt just denna klass för att "sätta åt dem".

Man hade alltså fått klart för sig, att filmen kunde användas mot ungdomarnas trafikfarliga framfart. Detta tillstod jag förstas vid ett snabbinkallat krismöte – men förklarade att huvudsyftet var att beskriva vårdcentralens insatser vid olycka. Om filmen sedan blev en väckarklocka, som kunde förhindra allvarigare olyckor, vore det bra.

(Under den period vi förberedde övningen, hade en äldre man utan

hjälm förolyckats i en singelolycka och två ungdomar hade fått omfattade skador i en annan olycka, då deras mc krockat med en minderårig mopedförare).

Efter detta krismöte då luften rensades, var klassen återigen med på projektiden och övningen kunde gå av stapeln enligt planerna.

Själva övningen blev lärarrik

Trots alla förberedelser var det just i skadesituationen som organisationen testades – detta är självklart men likafullt överraskande. Under övningen upptäckte vi bl.a. att vårdcentralen saknade skenor i tillräcklig mängd, att man planterat träd på den provisoriska helikopterlandningsplatsen utanför vårdcentralen – träd som om några år skulle göra en landning omöjlig. Vi fick också klart för oss en del brister i den lokala ambulansens utrustning – bl.a. saknades smärtstillande gas.

Jag vill varmt rekommendera en övning för att upptäcka brister – och tillgångar! – i organisationen. Genom övningen, såväl planering som genomförande, fick vi nya kunskaper. Detta är ett direkt avläsbart resultat. Även på sikt bör övningen ge resultat i form av bättre omhändertagande av svårt sjuka och skadade.

Filmen då?

Såväl vårdcentralens personal som klassen och lärare är oerhört imponerade av slutresultatet, som vida översteg vad vi väntat oss. Den ger en bra bild av primärvårdens insats i samband med en olycka. Den visar vårdcentralens, brandförsvarets och helikopterenhetens samarbete på ett realistiskt sätt. Filmen har redan använts inom olika katastrofmedicinska utbildningar. Ett av syftena med inspelningen har alltså infriats. Ett andra syfte var att påverka en ogynnsam trafiksituation. Filmen kan användas som ett diskussionsunderlag vid trafikundervisning, lokalt inom vårt distrikt för elever och föräldrar, men även på andra orter. Även om mopedtrafiken på dessa öar har sin specifika karaktär, så förekommer vilda, tanklösa mopedförare även på andra ställen. Jag har tex visat filmen i Jokkmokk, där man kände igen problemen.

Vilket resultat filmen kan få för att förhindra trafikolycksfall i distriktet är svårt att förutsäga nu och att utvärdera. Den är en bland många insatser för en säkrare trafikmiljö. Men det känns onekligen tillfredsställande, att även vårdcentralen bidragit i denna satsning (inte bara polis, skola politiker etc).

Möjligheten att rent praktiskt få integrera förebyggande och omhändertagande insatser gav en skjuts framåt i vårt vardagliga vårdcentralsarbete.

"Kraschen" kan beställas eller hyras från

Informationsavdelningen
Sjukvårdsförvaltningen
Rosenlundsgatan 4
403 34 Göteborg

Författarpresentation:

Urban Brunell, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen 430 84 Styrso

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1989

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

	Första 500 ex	Följ/Avg 100 ex
20 sidor (inkl. omslag)	5.360:-	285:-
16 sidor	4.275:-	225:-
12 sidor (inkl. omslag)	3.510:-	185:-
8 sidor	2.425:-	125:-
4 sidor	1.350:-	70:-
2 sidor	950:-	60:-

FoU i primärvården i Kristianstads läns landsting

INGEMAR ANDERSSON · AGARD HÅKANSSON · GÖRAN EJLERTSSON

Inställning till och förekomst av forsknings- och utvecklingsarbete (FoU) i primärvården i Kristianstads län studerades med hjälp av en postenkät till samtliga vårdcentralchefer hösten 1986. Resultaten från FoU-kartläggningen presenteras i denna artikel.

Nyckelord: FoU, forskning, primärvård, intervju/enkätundersökningar, Kristianstads län

Genom bland annat uttalanden från landstingsförbundet och med stöd från en initiativgrupp inom Medicinska Forskningsrådet har grunden lagts för en satsning på forskning och utvecklingsarbete (FoU) i primärvården (1). Såväl Hälso- och sjukvårdslagen som intentionerna i HS 90 (hälso- och sjukvård inför 90-talet) ställer också ökade krav på FoU-insatser.

Beroende på resurstilldelning, lokalt intresse samt varierande prioritering av sjukvårdande uppgifter har FoU-aktiviteter visat betydande regionala skillnader (2).

Inom Kristianstads läns landsting har FoU-verksamheten i primärvård länge varit blygsam, möjligen beroende på svårt vakansläge, som medfört prioritering av sjukvårdande insatser.

Genom tillkomst av en samhällsmedicinsk enhet 1983 samt en sakta ökande andel fasta distriktsläkare borde förutsättningarna för FoU i primärvård ha förbättrats.

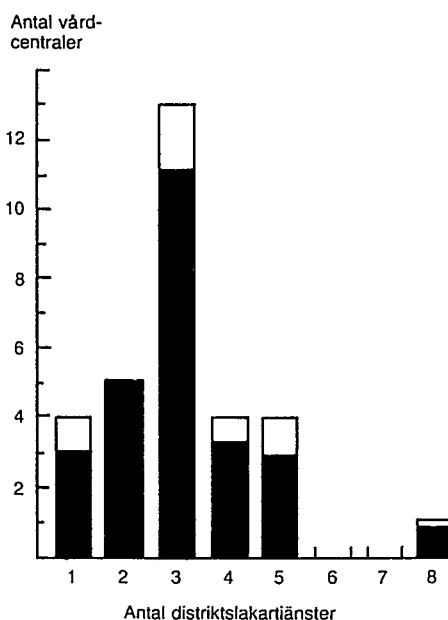
Inför en utbildning i FoU i primärvård för allmänläkare hösten 1986 genomfördes en enkät rörande omfattningen av FoU i länet.

Syftet med enkäten var att kartlägga FoU-aktiviteter inom primärvården i Kristianstads län, intresse och upplevda hinder för FoU samt FV-läkares medverkan i FoU. Dessutom var syftet att inventera för primärvården angelägna FoU-områden och att värdera samhällsmedicinens roll i primärvårdens FoU.

Material och metod

En postenkät med 17 frågor utsändes i slutet av augusti 1986 till samtliga vårdcentralchefer i länet. Efter påminnelse erhöles svar från 31 av 32 vårdcentralchefer (96%). Det interna bortfallet varierade mellan noll och två för olika frågor. Storlek på i studien ingående vårdcentraler efter antal ordina-

rie läkartjänster samt andel besatta av dessa framgår av Figur.



Antal vårdcentraler efter antal ordinarie läkartjänster (hela stapeln) samt andel av dessa besatta med ordinarie innehavare (fyllda delen av stapeln). Två vårdcentraler med 4,5 läkartjänster ingår i stapeln för fem läkartjänster.

Resultat

Vid 6 av 31 vårdcentraler hade FoU förekommit de senaste 12 månaderna. Pågående och planerad FoU angavs för 5 respektive 6 vårdcentraler. Sammantaget angav 26% (8/31) av vårdcentralerna, att de genomfört FoU senaste året, hade pågående FoU eller planerade FoU inom den kommande 12-månadersperioden.

FoU bedrevs enbart vid vårdcentraler med 3–5 ordinarie distriktsläkartjänster.

FoU-områden som angavs var dels av allmänmedicinsk karaktär, tex uppföljning av vissa patientkategorier, åldringsvård, screening av hjärt- kärlsjukdomar och verksamhetsbeskrivningar. Dels förekom också deltagande i projekt som initierats av andra, såsom läkemedelsprövningar.

Intresset för FoU var enligt vårdcentralchefens uppfattning måttligt, och någon säker skillnad mellan vårdcentraler av olika storlek fanns ej.

Drygt 60% av vårdcentralerna tog periodvis emot FV-läkare i allmänmedicin. FV-läkaren genomförde eget projektarbete regelbundet vid 1 vårdcentral, sporadiskt vid 6 och aldrig vid 11 av de 18 vårdcentralerna.

Vid de vårdcentraler där FV-läkare gjorde projektarbete, avsatte man i allmänhet ordinarie arbetstid för projektet. Handledare hade oftast speciell handledar- och/eller FoU-utbildning. I något fall förekom ingen handledning. Projektredovisningen var i allmänhet både skriftlig och muntlig och skedde oftast lokalt inom vårdcentralen.

Inställningen till olika organisatoriska former att bedriva FoU i primärvård redovisas i tabell. FoU bör integreras i det dagliga arbetet, medan FoU på fritid prioriteras lågt. Stödet för en utvecklingsvårdcentral, som för närvarande inte finns eller planeras inom Kristianstads läns landsting, var stort.

Av de tillfrågade upplevde 90% (28 st) olika hinder för FoU. Dominerade gjorde tidsbrist (93%) och brist på metodik (61%), följt av bristande hjälpmedelsresurser (46%). Brist på intresse upplevdes inte som något hinder. Vårdcentraler med och utan FoU upp-

Svarsfördelning på frågan "Hur anser Du att en intresserad distriktsläkare lämpligast bedriver FoU?"

	Rang	Antal vårdcentr. med rang 1
Lokalt på vårdcentralen, i huvudsak inom ordinarie arbetstid	2,0	15
Vid speciella utvecklingsvårdcentraler, som tilldelas extra resurser	2,0	7
Vid speciellt inrättade dl-tjänster med FoU på deltid	2,3	4
Vid allmänmedicinska institutioner (Dalby, Malmö) på hel- eller deltid	3,6	3
Lokalt på vårdcentralen, i huvudsak på fritid	4,5	1

Anm. Alternativen skulle rangordnas från 1 till 5. Rang anger medelvärdet av rangtalen.

visade likartade prioriteringar.

De tre vårdcentraler som angav att man inte upplevde några hinder för FoU hade ej medverkat i FoU, och intresset för FoU på vårdcentralen uppfattades som litet eller inget alls. Vårdcentralerna var bemannade med en respektive två läkare.

En majoritet av de svarande, 26 st (84%), ansåg att samhällsmedicinska sektionen borde syssla med FoU inom allmänmedicin. Samhällsmedicinen borde främst svara för en stödjande (100%) och utbildande (65%) funktion inom FoU-området.

Diskussion

Omfattningen av FoU i primärvård har tidigare inventerats allmänt över landet och mera specifikt i enskilda landsting (2, 3, 5). En enkät till samtliga vårdcentraler i Sverige hösten 1982 visade, att tre vårdcentraler (9%) i Kristianstads län hade pågående FoU-projekt (2). Totalt i landet bedrev 17% av vårdcentralerna FoU. Fyra år senare, då denna undersökning gjordes, var antalet vårdcentraler i Kristianstads län med pågående eller planerad FoU-verksamhet 8 st (26%). Som jämförelse kan nämnas att 1984 hade 2/3 av vårdcentralerna i Malmöhus län pågående eller planerad FoU-aktivitet (3).

Angivna FoU-projekt i denna studie omfattade dels allmänmedicinska frågeställningar utifrån eget arbete, såsom verksamhetsbeskrivning, dels projekt initierade av andra, tex läkemedelsprövningar. Tolkningen av vad som kan anses som FoU har troligen påverkat svarsinnehåll och svarsfrekvens. Inventeringen av de för framtiden mest angelägna områdena för FoU i primärvården visade på idéer inom stora delar av det allmänmedicinska fältet. Intresseområdena sträckte sig från basala verksamhetsbeskrivningar och kartläggning av det egna primärvårdsområdet till holistiska arbetsmetoder och äldrehälsovård,

vilket sannolikt avspeglar den skiftande FoU-utvecklingen i länet.

Hinder för FoU upplevdes på flertalet vårdcentraler. Liksom i andra studier (3) dominerade bristen på tid, metodik och resurser såsom skrivhjälp, datorstöd och handledning. Om orsaken till bristande FoU-aktivitet vore konkreta hinder borde vårdcentraler utan FoU uppleva större hinder än vårdcentraler med FoU. Detta kunde dock inte beläggas.

Det viktigaste hindret var bristen på tid. Detta faktum, kombinerat med en önskan om FoU på ordinarie arbetstid, förklarar troligen till stor del varför FoU fortfarande bedrivs vid så få vårdcentraler. Därmed blir stödet för speciella utvecklingsvårdcentraler som tilldelas extra resurser förståeligt. I landet finns 13 utvecklingsvårdcentraler och ytterligare tre planeras (6).

I utbildningsrekommendationer för FV-läkare har det betonats att alla bör utföra ett eget mindre projektarbete (4). Detta sker fortfarande i liten omfattning. FV-läkare har i större utsträckning gjort FoU om man tjänstgjort på en vårdcentral där FoU-verksamhet i övrigt finns. Möjligen utgör FV-läkarens projektarbete omvänt en stimulans för övrig personal på vårdcentralen.

Andelen besatta tjänster eller graden av upplevda hinder för FoU visade inget samband med huruvida FoU-arbete förkom eller ej. Det allmänna FoU-intresset, sett ur vårdcentralchefens synpunkt, var inte större vid de vårdcentraler där FoU bedrevs än vid de utan FoU, vilket hade varit rimligt att förvänta. Utifrån enkätresultat och lokal kännedom om primärvården drar vi slutsatsen att ett personbundet intresse tycks vara den viktigaste faktorn vad gäller förekomst av FoU.

Studien ger belägg för att samhällsmedicinska sektionen i landstinget bör spela en viktig roll för primärvårdens FoU som resurs och samarbetspartner. Utbildningsaktiviteter efterlystes.

I största möjliga utsträckning bör samhällsmedicinen svara upp till dessa förväntningar. Kontaktytan mot primärvården bör förstärkas och olika kanaler för samarbete skapas.

Med ovanstående diskussion som bakgrund föreslås följande:

- Lokala initiativ bör stödjas och uppmuntras.
- Resurser bör avsättas så att FoU delvis kan integreras i den ordinarie verksamheten.
- FV-läkare i allmänmedicin bör alltid utföra ett eget projektarbete under handledning.
- Samhällsmedicinska sektionen bör vara en resurs för FoU, främst genom handledning och utbildning i metodfrågor. Samarbetsformer bör utvecklas.
- Diskussioner om förutsättningar för att inrätta en utvecklingsvårdcentral bör inledas.

Referenser

1. Medicinska forskningsrådet. Forskning inom allmänmedicin. Initiativgruppsrapport. Stockholm, 1981.
2. Boström G, Haglund B, Svanström L. FoU arbeten vid vårdcentraler i Sverige. Allmän Medicin 1983; 4:5.
3. West K. Inventering av FoU-arbete vid vårdcentraler inom Malmöhus läns landsting. Allmän Medicin 1985; 6:112-3.
4. Socialstyrelsens PM 12/82. Fortsatt vidareutbildning i allmänmedicin. Stockholm: Socialstyrelsen, 1982.
5. Ribacke M. Forsknings- och utvecklingsarbete i primärvården i Gävleborgs läns landsting. Allmän medicin 1983; 4:12-3.
6. Ribacke M. Speciella enheter inom primärvården skall stimulera till forskning och utveckling. Läkartidningen 1987; 84:2790-2.

Författarpresentation

Ingemar Andersson, överläkare.

Agard Håkansson, överläkare.

Göran Ejlerstson*, docent.

Postadress: Samhällsmedicinska sektionen, Kristianstads läns landsting, Box 522, 291 25 Kristianstad.

Recensioner

Mental stimulering av äldre

GUN BERGENUDD

Studentlitteratur Lund 1987.

Pris ca 78 kr.

I "Mental stimulering av äldre" redovisar Gun Bergenudd erfarenheterna från ett projekt som genomförts vid vårdgymnasiet i Karlskrona.

Elever vid skolan har under praktik på servicehus, ålderdomshem och långvårdsavdelningar intervjuat pen-

sionärer och patienter. Intervjuerna har genomförts i fem omgångar. Varje gång en ny kull elever, ett nytt urval och ett nytt frågeformulär. En vårdtyngdsmätning och tre enkäter riktade till skolans elever ligger också till grund för rapporten.

Studien utgår från fyra huvudfrågor, men enkäternas frågor har mycket liten anknytning till de huvudfrågor man vill ha svar på. Man talar inte om hur urvalet av pensionärer har gått till och eventuellt bortfall redovisas inte.

Texten är mycket svår. Påståenden

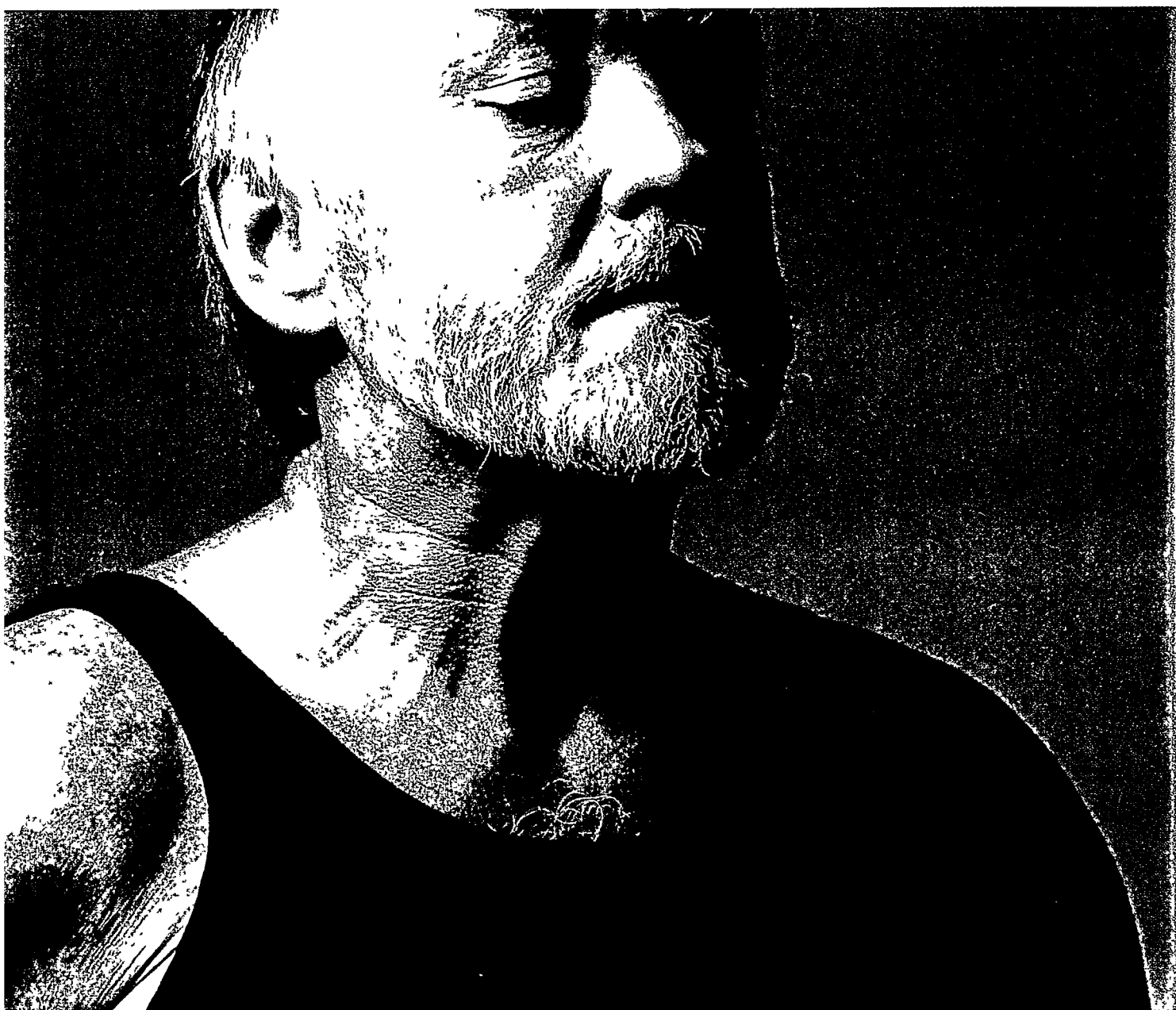
staplas på varandra utan sammanhang. Inte ens med god vilja och fantasi kan man få ut något av värde ur rapporten.

För den som vill veta något om mentalstimulering rekommenderas: "Mentalstimulering - särskilt för patienter med demens" av Spiridon Paspasiropoulos m fl. (Studentlitteratur Lund 1981).

Sven-Olof Johansson, avdelningsföreståndare, sjukskötare.

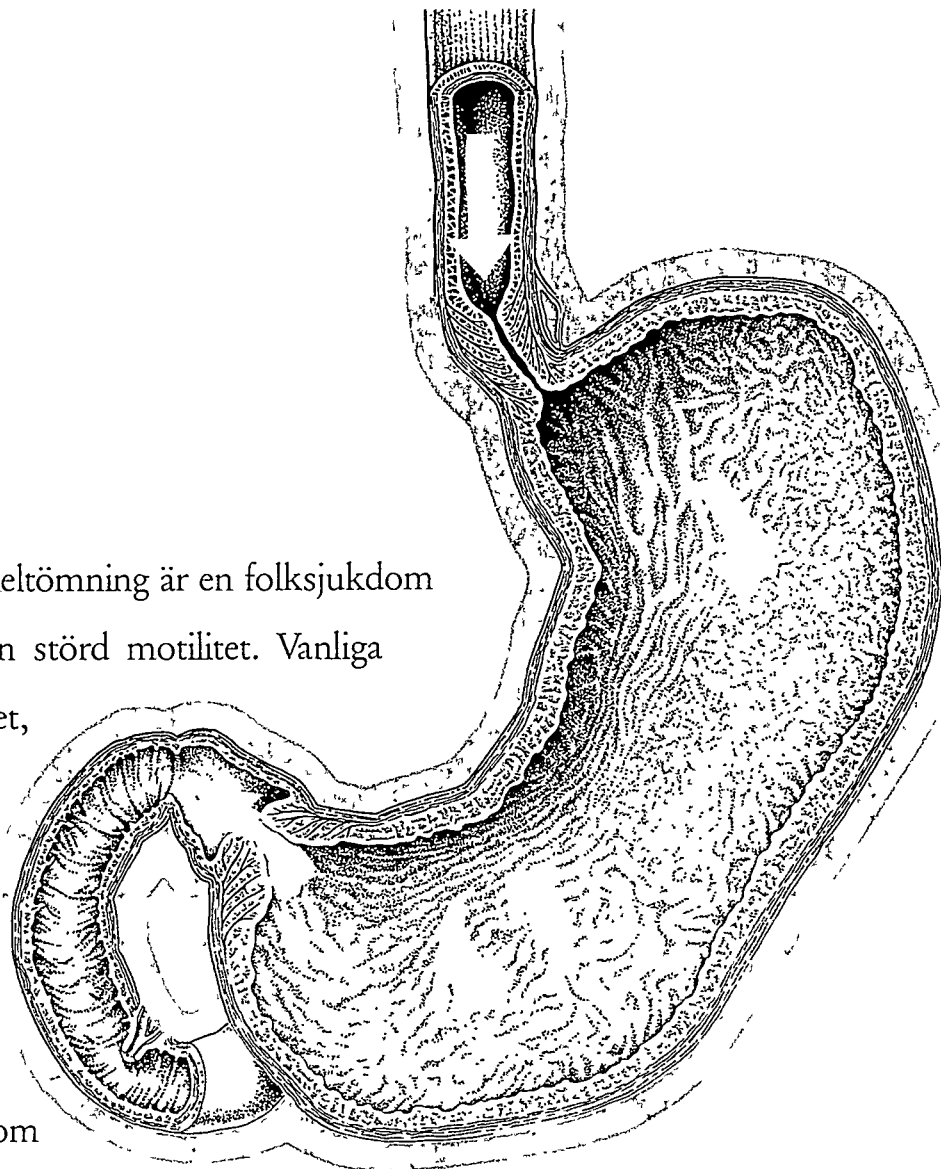
Postadress: Laxå vårdcentral, 695 00 Laxå

**Premiär för
motilitetspreparatet som
verkar annorlunda vid
förlångsammad ventrikeltömning.**



Referenser 1 Schunkes JAJ et al. J of Pharma and Exp Ther 1985; 234:775-83.

Förlångsammad ventrikeltömning är en folksjukdom som ofta orsakas av en störd motilitet. Vanliga symptom är uppkördhet, tidig mättnadskänsla, illamående efter måltid och smärta i epigastriet. Det nya motilitetspreparatet Prepulsid® (cisaprid) som förbättrar motiliteten, har effekt på både orsak och symptom vid förlångsammad ventrikeltömning.



Prepulsid förbättrar kontraktionerna i antrum och koordinerar de antroduodenala kontraktionerna (1). Det innebär att födan mals- och blandas effektivare, vilket leder till en bättre tömning av magsäcken.

Prepulsid verkar fysiologiskt genom att förstärka kroppens egna funktioner – utan att orsaka ökad syrasekretion eller neuroendokrina biverkningar (1).

Prepulsid – motilitetspreparatet som verkar annorlunda.

Katalogtext på nästa sida.

Cisaprid
Prepulsid®

Janssen Pharma AB. Experter på gastrointestinal motilitet.

Prepulsid®

Janssen Pharmaceutica

Tabletter 5 mg och 10 mg, mixtur 1 mg/ml

Motilitetsstimulerande medel

R

A03A C03

Deklaration. 1 tablett 5 mg innehåller: Cisaprid. monohydr. respond. cisaprid. 5 mg, lactos. 75 mg, constit. q. s.
1 tablett 10 mg innehåller: Cisaprid. monohydr. respond. cisaprid. 10 mg, lactos. 110 mg, constit. q. s.

1 ml mixtur innehåller: Cisaprid. monohydr. respond. cisaprid. 1 mg, sacchar. 200 mg, conservans (methyl, parahydroxybenz., propyl. parahydroxybenz.), aroma, constit. q. s.

Egenskaper. PREPULSID innehåller cisaprid som ökar den peristaltiska aktiviteten i esofagus och kardiasfinkterns tonus hos patienter med gastroesofagal reflux. Cisaprid ökar både kontraktiliteten och antroduodenal koordination och förbättrar härigenom tömning av ventrikeln. Vid funktionella tillstånd som resulterar i stas eller otillräcklig propulsion av maginnehållet återställer cisaprid motiliteten.

Efter peroral tillförsel absorberas cisaprid snabbt och nästan fullständigt. PREPULSID bör intas 15 minuter före måltid för att nå optimal absorption och tillgänglighet. På grund av första passage-metabolism är biotillgängligheten 40–50%. Den farmakologiska effekten sätter in 30–60 minuter

efter tablettintag. Maximal plasmanivå nås inom 1–2 timmar och steady state uppnås inom 2–3 dagar. Den terminala halveringstiden är ca 10 timmar. Plasmaproteinbindningsgraden är ca 98%.

Cisaprid metaboliseras i stor utsträckning i levern. Metaboliterna utsöndras till lika delar via faeces och urin. Oförändrad cisaprid utsöndras renalt i mindre än 1% och i 4–6% via faeces.

Vid nedsatt lever- eller njurfunktion bör initialt halva den normala dosen ges. Därefter anpassas dosen med avseende på effekt och eventuella biverkningar.

Indikationer. Tillstånd relaterade till motilitetsstörningar i mag-tarm kanalen såsom gastroesofagal reflux, för-

långsammat ventrikeltömning och intestinal pseudo-obstruktion.

Graviditet. Kategori B:1. Se speciellt avsnitt märkt [g].
Amning. Cisaprid passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

Biverkningar. Övergående magknip, borborygmi och diarré kan förekomma. Lätt, övergående huvudvärk och yrsel har rapporterats i enstaka fall. Vid diarré hos små barn bör dosen reduceras.

Dosering. Vuxna: Normaldosering är 5–10 mg 3–4 gånger dagligen vanligen i 4–8 veckor.

Barn: Normaldosering är 0,2 mg/kg 3–4 gånger dagligen. PREPULSID bör intas 15 minuter före måltid.

Interaktion. Cisaprids stimulerande effekt på ventrikeltömning kan påverka absorptionen av andra perorala läkemedel. Patienter som behandlas med antikoagulantia

bör kontrolleras med avseende på koagulationstid en vecka efter in- och utsättning av PREPULSID. Även för andra individuellt titrerade läkemedel kan dosen behöva kontrolleras i samband med PREPULSID-behandling. Antikolinergika motverkar till stor del cisaprids stimulerande effekt på gastrointestinal motilitet. Cimetidin hämmar metabolismen av cisaprid. Denna interaktion torde dock vara av begränsad klinisk betydelse.

Förpackningar och priser. Tabletter 5 mg (vita, runda, något välvda, Ø 7 mm, ena sidan

med skåra märkt CIS/5, andra sidan märkt JANSSEN).

25 tabletter (blister) 63:30

100 tabletter (blister) 219:50

Tabletter 10 mg (vita, runda, något välvda, Ø 8 mm, ena sidan med skåra märkt CIS/10, andra sidan märkt JANSSEN).

25 tabletter (blister) 114:50

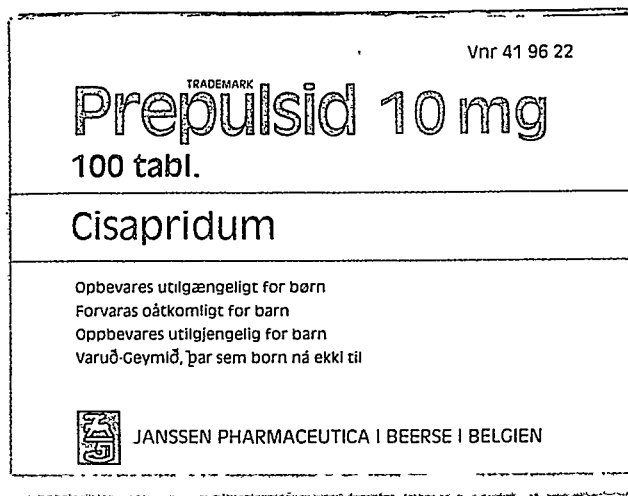
100 tabletter (blister) 425:60

Mixtur 1 mg/ml (vit mixtur med körsbärssmak)

200 ml (flaska med dosmått) 105:60

Tillverkare. Janssen Pharmaceutica.

Ombud: Janssen Pharma AB, Box 5052, 421 05 Västra Frölunda, telefon 031-29 00 94. Maj 1988.



JANSSEN PHARMA AB

Experter på gastrointestinal motilitet.

Box 5052, 421 05 Västra Frölunda, telefon 031-29 00 94.



Sociala nätverk, socialt stöd – viktiga resurser för hälsan hos äldre män

PER-OLOF ÖSTERGREN

Under senare tid har individers sociala resurser och deras samspel med dessa, visat sig vara viktiga faktorer för hälsan.

I sin undersökning om hälsoeffekterna av det sociala nätverket och det sociala stöd som detta nätverk ger, bland män födda 1914 i Malmö, kunde Bertil S Hanson konstatera:

- Att den relativa risken att dö under en uppföljningsperiod av fem år var upp till 2–2,5 gånger större bland män med svaga sociala nätverk och otillfredsställande tillgång till känslomässigt socialt stöd.
- Att såväl systoliskt som diastoliskt blodtryck var lägre hos personer med god s k social förankring (ett av flera mått på socialt nätverk).
- Att de män som rapporterade nervösa problem och/eller sömnbesvär, oftare uppvisade svaga sociala nätverk och dåligt upplevt socialt stöd än övriga män i undersökningen.
- Att sannolikheten att uppvisa ett gott känslomässigt socialt stöd var över tre gånger högre bland män som slutat röka, gentemot män som var rökare.

Slutsatsen blev att den sociala omgivningen hänger samman med hälsotillståndet på flera olika sätt. Detta avspeglas såväl i mer direkta mått på ohälsa som död och utveckling av medicinska riskfaktorer, som upplevd psykisk hälsa och s k livsstilsfaktorer.

Nyckelord: Socialt nätverk, sociala relationer, män, äldre, hälsotillstånd, dödlighet, forskning, sociala/psykosociala faktorer, Malmö

Bakgrunden till avhandlingens studier är ett ökande intresse för den psykosociala miljöns betydelse för hälsa och sjukdom, i takt med allt fler forskningsresultat som kunnat belägga detta samband. Bristen på enighet i forskarvärlden om vilket perspektiv dessa fynd skall sättas in i, eller vilka metoder som bör användas vid forskning inom området, har varit påfallande stor. Vissa har betonat de individuella psykologiska aspekterna, medan andra menat att det är de samhälleliga faktorerna som bestämmer människornas sociala nätverk och därmed möjligheter till socialt stöd, som är det intressanta ur preventiv synvinkel. Det förstnämnda perspektivet har legat bakom etablerandet av individuella träningsprogram för att öva upp individens s k sociala kompetens, medan det sistnämnda lett till diskussioner om arbetsplatsers och bostadsområdets möjligheter till positiv social interaktion och befrämjande av socialt nätverksbyggande.

Bertil S Hanson grundar sina undersökningar på en klart uttalad teori om sambandet mellan samhällsstruktur, psykosocial omgivning och individ: det sociala nätverket, som bestäms av många faktorer (exempelvis social stratifiering, etnicitet, arbetsmarknadspolitik, bostadspolitik m m), ses

som en social struktur som skapar förutsättningar för det sociala stöd som en individ kan komma i åtnjutande av.

Det sociala stödet ses som extra resurser som individen kan mobilisera utöver sina individuella, för att hantera situationer som utgör etablerade eller potentiella stressfaktorer. Enligt John Cassels teori om en allmän sårbarhet, medför stressreaktionens fysiologi en generellt ökad sårbarhet för andra, mer specifika sjukdomsframkallande agens.

Socialt nätverk och socialt stöd har sannolikt också stor betydelse för hur väl en individ kan hantera en rad psykologiska och beteendemässiga faktorer som utgör komponenter i individens livsstil, tex droganvändande, rökning, rekreativstrategier.

Därför har forskning om sociala nätverk och socialt stöd och dess relation inte bara till sjukdom och död, utan även till sådana s k livsstilsfaktorer efterlysts på senare tid, varför Bertil S Hansons avhandling bidrar till att fylla viktiga luckor i vår kunskap.

Material och metod

Avhandlingens syfte var att:

- utveckla ett instrument för att mäta socialt nätverk och socialt stöd.
- undersöka hur dessa faktorer samvarierar med risken att dö under en definierad uppföljningstid, aktuell blodtrycksnivå, vissa psykiska symptom och rökvanor.

– samt se hur dessa begrepp hänger samman med vissa andra traditionella mått inom social epidemiologi (socialklasstillhörighet och civilstånd)

För att uppnå dessa syften inbjöds 1982 621 män i Malmö, födda år 1914, till en personlig intervju om psykosociala förhållanden. 500 män (80.5%) ställde upp på denna intervju och resten av den omfattande undersökning som intervjun var en del av. En rad olika kliniska, laboratoriemässiga, beteendemässiga och psykologiska variabler undersöktes utöver psykosociala omgivningsfaktorer.

Bortfallet studerades noggrant via registerdata och en kortare telefon- eller hembesöksintervju, och visade en viss övervikt för ensamstående män i socialgrupp III, men slutsatsen blev att de undersökta männen i stort var representativa för sin åldersklass i Malmö.

Stor vikt lades vid kontrollen av frågornas reproducerbarhet genom en återundersökning av ett antal män efter tre veckor, då samma frågor ställdes som i den första intervjun.

Intervjuformuläret innehöll högt strukturerade frågor som vid den statistiska bearbetningen kunde grupperas i s k index som avsåg mäta olika dimensioner av socialt nätverk och socialt stöd. Dessa definierades utifrån de ovan redovisade teoretiska ståndpunkterna och tidigare litteratur inom området.

Dimensionerna var:

Socialt nätverk

- Social förankring
- Kontaktfrekvens
- Social participation

Socialt stöd

- Emotionellt stöd
- Informativt stöd
- Materiellt stöd

Resultat

Dödligheten bland de 500 undersökta männen studerades under en uppföljande femårsperiod. Under denna period avled 67 individer (13.4%).

I en univariat analys fann man ett signifikant samband mellan ökad dödlighet och ensamboende, otillfredsställelse med social participation och dåligt emotionellt stöd. Den okorrigerade relativa risken att avlida var 2.3, 2.3 och 1.7 jämfört med samboende, med individer som var tillfredsställda med sin sociala participation och män med adekvat emotionellt stöd.

Då man utförde en multivariat analys kunde man konstatera att otillfredsställelse med social participation och dålig tillgänglighet av emotionellt stöd predicerade död oberoende av en rad andra faktorer som exempelvis: civilstånd, socialklass, hypertoni, rökning, kolesterolnivå, fysisk aktivitet, alkoholintag, BMI, arteriosklerotisk sjukdom, diabetes mellitus och cancersjukdom. De relativa riskerna jämfört med män med en god tillfredsställelse med social participation och ett gott emotionellt stöd var 2.5 resp 2.2.

Av de undersökta männen hade 116 (23.9%) behandlats för högt blodtryck. Då man analyserade det sociala nätverkets och det sociala stödets samband med blodtrycket fann man ett signifikant samband mellan dålig social förankring, dålig tillgång till materiellt och informativt socialt stöd och dålig tillfredsställelse med social participation och högre diastoliskt blodtryck.

I en multivariat analys fann man ett oberoende samband mellan social förankring och både systoliskt och diastoliskt blodtryck. Hänsyn togs då också till eventuell blodtrycksbehandling.

181 av männen var rökare (36.5%), 226 var f.d rökare (45.6%) och 89 hade aldrig rökt (17.9%).

I en univariat analys visade det sig att den lägsta andelen av f.d rökare fanns bland de som hade lägst social förankring, kontaktfrekvens och social participation. Efter en multivariat analys framträder dock delvis ett annat mönster, där oddskvoten för att ha skalans bästa emotionella stöd (jämfört med skalans sämsta) var 3.1 för de män som hade slutat röka, i förhållande till rökarna.

Det framgick också i analysen att hög alkoholkonsumtion eller förekomst av rökande maka hade ett nega-

tivt samband med framgångsrikt genomfört rökslut, medan hög fysisk aktivitet, angina pectorisbesvär eller blodtrycksbehandling hade ett positivt samband.

85 av männen (17.6%) hade nervösa problem. Bland dessa fanns en signifikant överrepresentation av individer med låg social förankring, låg social participation och otillfredsställelse med social participation och emotionellt stöd.

Sömnpblem rapporterades av 142 män (29.2%). Bland dessa fann man inga socialklasskillnader, inte heller några skillnader beträffande alkoholkonsumtion, medan andelen ensamstående var signifikant högre jämfört med män utan sömnpblem. Andelen med en låg kontaktfrekvens och otillräckligt emotionellt stöd var också större bland männen med sömnsvårigheter.

Vissa samband mellan de traditionellt använda psykosociala måtten, socialklass och civilstånd, och socialt nätverk och socialt stöd kunde påvisas i undersökningarna. En större andel av män i socialgrupp III var ensamstående (26.1%) jämfört med män i socialgrupp II (16.5%) och socialgrupp I (10.0%).

Ensamstående män i socialgrupp III, hade vid jämförelse med sammanboende/gifta män i Socialgrupp I, ett sämre utfall beträffande samtliga delkomponenter av socialt nätverk och socialt stöd, utom då de gällde det emotionella sociala stödet.

Metodologiskt kunde man konstatera en god reproducerbarhet av utfallet på nätverks- och stödskalorna (100-79%) vid upprepning av intervjun efter tre veckor.

Opposition

Fakultetsopponent vid disputationen var professor Kristina Orth-Gomér från Statens institut för psykosocial miljömedicin i Stockholm. Hon inledde med en diskussion kring bortfallets betydelse och hur detta skulle kunna minskas. Generellt är det önskvärt med ett så stort deltagande som möjligt, i den aktuella studien skulle detta möjligen kunnat ökas genom att differentiera inbjudningsbrevet till olika delar av populationen, eftersom deltagandefrekvensen varierade kraftigt i olika stadsområden. Bortfallet i denna studie hade emellertid en sådan karaktär att det snarare skulle kunna leda till en underskattning av psykosociala faktorerens betydelse, än tvärtom.

Opponenten tog vidare upp frågan om hur man mäter begrepp som socialt stöd och socialt nätverk på ett relevant sätt. De frågor som använts i studien består delvis av sådana som har använts i tidigare studier, men en viktig nyhet var att de grupperats i index efter ett delvis nytt teoretiskt tänkande. Ett sätt att förvissa sig om att frågorna verkligen mäter de begrepp som

de avser att mäta, är att undersöka hur varje fråga korrelerar till andra frågor i samma index, samt till hela "sitt eget index" och de andra använda indexen. Detta underlättar proceduren då frågorna skall "sorteras" i rätt index, vilket borde vara av intresse även då det gäller det instrument som användes i avhandlingen, menade opponenten. Ett annat sätt att kontrollera indexens validitet är att jämföra utfallet med tidigare använda index.

Opponenten efterlyste, i denna och alla övriga hittillsvarande studier, bra mått på individens *aktiva* deltagande i sociala relationer, som bla skulle kunna spegla ömsesidiga beroendeförhållanden mellan individer, vilket hon uppfattade som en kärnpunkt i sammanhanget.

Ett problem i den aktuella studien var dess huvudsakliga uppläggning som tvärsnittsstudie. Detta innebär att den information som samlades in om socialt nätverk och socialt stöd gällde situationen vid undersökningstidpunkten, vilken inte alltid motsvarar tidigare perioder i intervjupersonernas liv, under vilka de sjukdomsprocesser som senare kunde konstateras, tog sin början. Vidare kan man av denna anledning inte dra några slutsatser om riktningen av ett eventuellt orsakssamband mellan socialt nätverk, socialt stöd och hälsfaktorer.

Bertil S Hanson instämde i detta och menade att en idealisk studie borde vara prospektiv, och att man i tvärsnittsstudier får förlita sig på tidigare undersökningar som visar att sociala nätverk förefaller relativt stabila över längre tidsperioder för flertalet individer. Denna inbyggda svaghet i alla studier av tvärsnittstyp, leder dock snarast till en underskattning av sambanden, än tvärtom, hävdade han.

Opponenten gav stöd åt förfarandet att dela upp fördelningarna av socialt nätverks- och stödvariablerna i tertiler. Utifrån egna studier menade hon sig ha iakttagit en sk tröskeffekt där det var individer som hamnade i den nedre tredjedelen av den studerade gruppen avseende poäng på sociala nätverks- och stödvariabler, som föreföll uppvisa sämre hälsa, jämfört med de övriga två tredjedelarna.

Opponenten fann det sammanfattningsvis mycket intressant att de sociala nätverksfaktorererna slog igenom på ett så tydligt sätt i sambandsanalyserna. Detta skulle kunna tas som ett stöd för det teoretiska antagandet att det är det sociala nätverket som ger förutsättningar för det sociala stödet. Hon betecknade avhandlingen som ett "beundransvärt och unikt försök" att skapa en modell för de aktuella sambanden och testa denna.

Författarpresentation

Per-Olof Östergren är leg läkare vid Lunds universitet, socialmedicin.

Postadress: Bangatan 5, 214 26 Malmö



Olycksfallsregistrering i den svenska akutvården i avsikt att förebygga olycksfall

Epidemiologisk studie av jordbruksolycksfall

GUNILLA BJÄRÅS

Jordbruk och privat skogsbruk svarar endast för några få procent av det totala antalet arbetstimmar i Sverige, trots detta svarar jordbruket för ca 20% av alla arbetsolycksfall. Skador inom jordbruket är kraftigt underrepresenterade i officiell arbetsolycksfallsstatistik. Detta redovisas i en avhandling som lagts fram av socionom Bjarne Jansson vid Karolinska Institutet i Stockholm. Studien är en del av en större olycksfallsregistrering inom Skaraborgs län. Den utgörs dels av epidemiologiska studier av lokala olycksfallsdata inom jordbruket, dels en beskrivning av olycksfallsmönstret baserat på dessa data. Insamlat datamaterial har där efter också använts i utveckling av ett utbildningsprogram för skogsarbetande jordbrukare.

Nyckelord: Olycksfall, epidemiologi, jordbruk, hälsoinformation, arbetsmedicin, register, socialmedicin, skador.

Introduktion

Skaraborgs län är det första landsting som utarbetat en länsövergripande sjukvårds- och hälsoplan. Planen gav möjligheter att utveckla det förebyggande arbetet. Detta ledde till en omfattande studie inom olycksfallsområdet. En kontinuerlig datainsamling av alla olycksfall som behandlats på vårdcentral, sjukhus och akutmottagning, pågår sedan 1978 i Falköping och Lidköping.

Studien av jordbruksolycksfall (1) är en del av denna större satsning på olycksfallsforskning som i sin helhet tidigare redovisats i en avhandling presenterad av Lothar Schelp (2). Studien i Falköping är det första "Community intervention" program inom olycksfallsområdet som genomförts. I övrigt omfattar Falköpingstudien även studier av barn- och ungdomsolycks-



Respondenten Bjarne Jansson och professor Leif Svanström. Gunilla Bjärås med ryggen mot kameran.

fall (3) samt renodlade idrottsolycksfall. (4).

Syftet med studien har enligt respondenten varit att utvärdera register-systemets komplexitet och studera mätfel, samt göra en trendanalys och riskkalkyl. Syftet var också att beskriva omfattningen av jordbruksolycksfall och att testa en modell för utbildning i säkerhetsfrågor.

Avhandlingen försvarades maj -88 vid Karolinska Institutet, med professor Sune Nyström, Göteborgs universitet, som opponent.

Material och metoder

Studien är genomförd i Skaraborgs län, som är det näst största jordbrukslänet i landet. Den jordbruksarbetande populationen i Falköping och Lidköping var vid studiens genomförande 3 099 respektive 2 470 individer. Studien omfattade alla patienter, som behandlats för skador inom den öppna vården 1 januari–31 december 1983 och som var skrivna på de 2 454 lant-

gårdarna i studieområdet, och som dessutom omfattades av det officiella Jordbruksregistret.

För varje skada registrerades vanliga persondata samt tid för besöket. Jordbruksolycksfallens adresser jämfördes därefter med jordbruksregistret. De personer som återfanns i jordbruksregistret har som ett led i denna studie intervjuats per telefon utifrån ett standardiserat frågeformulär.

Intervjuformuläret var uppdelat i två separata delar. En del för basdata och frågor om icke arbetsrelaterade olycksfall och en del med frågor om arbetsolycksfall, samt en omfattande detaljerad analytisk sektion, i avsikt att identifiera händelseförloppet och de underliggande orsakssambanden.

Kopior av de medicinska journalerna för varje intervjuad person har använts för klassificering av skadetyper enligt ICD VIII, yttre orsak efter E-koden och skadans svårighetsgrad efter AIS skalan.

Resultat

Studien av registersystemet visade, att totalt inträffade 281 olycksfallsskador inom 2 454 jordbruksfastigheter under ett års tid. Av dessa var 163 arbetsolycksfall (142 män och 21 kvinnor), medan 118 inträffat utan direkt koppling till arbete.

De flesta arbetsolycksfallen (90%) klassificerades som AIS-1, lindriga skador. Endast 1% av skadorna be-tecknades som AIS-4, svår skada. De svåraste skadorna hade inträffat inom skogsbruket. Handskadorna var i sär-klass vanligast, 24%, följt av ögonska-dor, 14%. Fötter, underben och knä-skador svarar för tillsammans 34% av skadorna. Totalt hade 58% av skador-na uppkommit genom klämning och påverkan av vasst redskap eller före-mål.

Totalt 118 personer med skador som ej var arbetsrelaterade fanns i materialet, fördelade efter kön med 60 män och 58 kvinnor. Av dessa var 48 skadade barn upp till 14 års ålder.

Av de 118 ej arbetsrelaterade ska-dorna var särskadorna vanligast. Huvud-, ögon-, finger-, fot- och arm-skador dominerar olycksbilden. De flesta skadorna var av lindrig allvarlig-hetsgrad AIS-1, 85%. Som bakomlig-gande orsak dominerade golv- och markbeläggning, trappor, dörrar, jordbruksredskap och djur.

Av det totala antalet skador var 41% rapporterade i den officiella stati-stiken, 16% återfanns i båda syste-men. 75% av alla arbetsolycksfallen inom jordbruket hade behandlats på vårdcentralen.

Bortfallet vid registreringen varierar-de mycket på de olika institutionerna. I Falköping var det totala bortfallet endast 4,4% medan det i Lidköping var hela 36,6%. En genomgång av journalerna med efterföljande tele-fonintervju och postenkät eliminerade bortfallet i Lidköping.

Diskussion

Utvärdering av registersystemet för olycksfallsskador, som används i Fal-köping och Lidköping, visar att syste-met är generaliserbart och kan använ-das som en bas för periodiska studier och trendanalyser. Här visas också på vikten av kriterier inför jämförande studier av olika registreringssystem.

Den nuvarande E-koden har stora brister vad gäller definitionen, vilket också konstaterats i andra studier. En speciell analys har enligt Bjarne Jans-son därför använts vid bearbetningen av intervjufrågorna i avsikt att bättra belysa de bakomliggande faktorerna.

AIS skalan och dess brister påkalla-de även vid denna disputation en dis-kussion mellan respondenten och be-

tygsnämnden. AIS skalan genomgår för närvarande en omarbetning. 90% av skador behandlade inom öppenvår-den klassifieras som AIS-1. Det kan vara lämpligt att dela in AIS-1 i två undergrupper, för att ge större diffe-rentiering vid skadeklassificering av lindringa skador. Respondenten visa-de här även på problemet, att skador inom AIS-1 ej blir registrerade i för-säkringsstatistiken.

Det påpekades att det lilla materi-alet och den lokala anknytningen gör, att denna typ av studier har begrän-sad generaliserbarhet. Respondenten medgav att lokala skillnader måste vä-gas vid varje försök till generalisering. ISA arbetsskaderegistrering har här sin styrka med den stora mängd data, som representerar ett stort antal ar-betsområden.

Insamlade data har, trots vissa be-gränsningar, använts som underlag i interventionsprogram genomfört bland skogsarbetande jordbrukare. Det har även utgjort underlag för mät-ning av attitydförändringar vid ökad användning av säkerhetsutrustning.

Det är även möjligt att använda dessa data för selektering och priorite-ring av målgrupper vid utbildning i sä-kerhetsfrågor och tillsyn.

Avhandlingen saknar djupare dis-kussioner om möjligheter att förebyg-ga olycksfall inom jord- och skogs-bruk. Den medvetne läsaren har med säkerhet följt det omfattande "Com-munity interventions" arbete som på-gått i Skaraborgs län inom olycksfalls-området. Det hade varit intressant med en starkare koppling till detta ar-bete i presentationen av denna studie.

Saknas gör också en större diskus-sion om den ekonomiska och struktu-rella press jordbrukarna utsätts för i den strukturomvandling som pågår i landet men även i resten av världen. Psykisk press och depression är tidiga-re klassade som riskfaktorer för olycksfallsskador och som i hög grad kan påverka generaliserbarheten i lo-kala studier.

Opponenten betraktade avhand-lingen som ett kvalitetsmässigt mycket bra arbete. Den personliga insatsen har varit stor. Avhandlingen ger som helhet ett värdefullt bidrag till olycks-fallsforskningen.

Referenser

1. Jansson B. A system for Injury Surve-illance in Swedish emergency care as a basis of Injury control. Studies on epi-demiology of injuries in agriculture. Sundbyberg: Institutionen för Social-medicin Karolinska institutet. 1988.
2. Schelp L. Epidemiology as a basis for Evaluation of a Community Interven-tion Program on Accidents. Sundby-berg: Institutionen för Socialmedicin Karolinska institutet, 1987.
3. Jacobsson B. Accidents among Child-ren and Teenagers in a Swedish Rural Municipality. Sundbyberg: Institutio-nen för Socialmedicin, Karolinska in-stitutet, 1986.
4. De Loes M, Goldie I. Incidence rate and risk calculation of injuries in sports activity and physical exercise in a rural Swedish municipality. Inciden-ce rates in 17 sports. Accepted for publication in The International Jour-nal of Sports Medicine.

Författarpresentation

Gunilla Bjärås, är samhällsvetare vid Hälsovårdsenheten, Stockholms läns landsting, och som forskare knuten till Karolinska institutet, Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan.

Postadress: Karolinska institutet, Institutionen för so-cialmedicin, 172 83 Sundbyberg. tel 08-98 91 00.

Artiklar publicerade i AllmänMedicin 1988. Sorterade efter första författare.

Andersson D. Den kliniska vardagen och allmänläkarens arbetsmiljö. AllmänMedicin 1988; 9: 157. SEARCH WORDS: ledare, practise.

André M. Pendleton D et al. The Consultation, an Approach to Learning and Teaching. AllmänMedicin 1988; 9: 189. SEARCH WORDS: recensioner, läkare-patientrelationer.

Arborelius E, Bremberg S. "Du bestämmer!" – en annorlunda metod för hälsovägledning i årskurs 9. AllmänMedicin 1988; 9: 106-10. SEARCH WORDS: prevention, utbildning, hälsouppllysning, skolbarn, Linköping.

Arborelius E. Läkaren och patienten – varför förstår dom inte varandra? En litteraturundersökning och tankar kring dess fortsättning. AllmänMedicin 1988; 9: 25-8. SEARCH WORDS: patient-läkarrelationer, kommunikationssvårigheter, sociala bakgrundsfaktorer, patientbehov, värderingar.

Baeckström P. Efterutbildning i Dubrovnik 1987. AllmänMedicin 1988; 9: 69. SEARCH WORDS: utbildning, allmänmedicin, efterutbildning.

Baeckström P. Kontinuitetsmätning i en vårdlagsmodell. Rapport från Brickegårdens vårdcentral, Karlskoga. AllmänMedicin 1988; 9: 181-3. SEARCH WORDS: vårdlag, vårdkontinuitet, operational research, Karlskoga.

Below von B. Gävle-Dala distriktsläkar-klubb jubilerar. AllmänMedicin 1988; 9: 110. SEARCH WORDS: distriktsläkare, allmänmedicin, kongressrapporter, Sandviken.

Below von B. Attityder till primärvård i Falun-förändringar under ett utvecklingskede 1984-86. AllmänMedicin 1988; 9: 95-6. SEARCH WORDS: primärvård, intervju/enkätundersökningar, attityder, forskning, Falun, FV-uppsats.

Bengtsson K. Kringlen E. Patientbehandling. AllmänMedicin 1988; 9: 189-90. SEARCH WORDS: recension, läkare-patientrelationer.

Berg L. Epidemiologi vid planering för hälsa – en presentation av Måns Roséns avhandling. AllmänMedicin 1988; 9: 38-40. SEARCH WORDS: epidemiologi, hälsoplanering, registerstudier, forskning, dödlighet, morbiditet, geografisk fördelning, doktorsavhandlingar.

Berg L. Satsning på primärvård och förebyggande arbete i Skaraborg. AllmänMedicin 1988; 9: 37. SEARCH WORDS: ledare, primärvård, prevention.

Bjerre B. Allmänmedicinskt institut i Umeå? AllmänMedicin 1988; 9: 120. SEARCH WORDS: debatt, allmänmedicin.

Björås G. Epidemiologi som bas för utvärdering av ett lokalt olycksfallsförebyggande arbete. AllmänMedicin 1988; 9: 5-7. SEARCH WORDS: epidemiologi, olycksfall, socialmedicin, informationssystem, lokalt olycksfallsförebyggande arbete.

Björkelund C, Persson M, Carazo B et al. Strömstadsprojektet – ett försök att påver-

ka riskfaktormönstret i en kommun med ökad mortalitet i slaganfall hos kvinnor. AllmänMedicin 1988; 9: 147-9. SEARCH WORDS: prevention, riskfaktorer, kvinnor, hjärt/kärlsjukdomar.

Björklund K. Jourpatienter vid vårdcentralen – relevant anamnes? AllmänMedicin 1988; 9: 61-2. SEARCH WORDS: akutsjukdomar, anamnes, ryggbesvär, andningsorganen, registerstudier, forskning, Falköping, Skaraborg.

Blixth G, Jeppsson A, Mjönes S. Replik. AllmänMedicin 1988; 9: 173. SEARCH WORDS: hälsokontroller, psykoterapi, flyktingar, debatt, Timrå.

Blixth G, Jeppsson A, Mjönes S. Medicinskt flyktingmottagande i en landsbygds-kommun. Klinisk genomgång för tiden 19 november 1985-31 december 1986. AllmänMedicin 1988; 9: 171-3. SEARCH WORDS: hälsokontroller, flyktingar, Timrå.

Bunkan B H. Kroppsfenomener i psykosomatikken. AllmänMedicin 1988; 9: 195-8. SEARCH WORDS: psykosomatik, smärtupplevelser, andningsstörning, vegetativ dysfunktion.

Bäck I, Engström E, Widäng K. Patient-sjukgymnast/läkare. AllmänMedicin 1988; 9: 83-4. SEARCH WORDS: primärvård, sjukgymnaster, Boden.

Carlsson I. Den allmänmedicinska kärnan. AllmänMedicin 1988; 9: 82-3. SEARCH WORDS: allmänmedicin, primärvård, vårdlag, prevention, debatt, Eslöv.

Cernerud G. Det råder inget samband mellan dyslexi och bristande synfunktion hos skolbarn. AllmänMedicin 1988; 9: 179-80. SEARCH WORDS: skolbarn, skolhälsovård, synstörningar, debatt, dyslexi.

Dammström BG, Eklöf L, Eriksson M et al. Skrämmöten i Stockholm. AllmänMedicin 1988; 9: 169. SEARCH WORDS: allmänläkare, allmänläkarklubb, Stockholm.

Elo S. Bensår – ett resurskrävande hälso-problem i distriktsköterskevården. AllmänMedicin 1988; 9: 217-20. SEARCH WORDS: bensår, hemsjukvård, distriktsköterskor, behov, vårdkonsumtion, Örebro.

Eriksson C-G, Östergren P-O, Bodén S, Olsson B, Svanström L. Egenvård i teori och praktik – en samhällsmedicinsk utvärdering. AllmänMedicin 1988; 9: 70. SEARCH WORDS: egenvård, recensioner.

Eriksson C-G. Hörnpelarna för hälsouppllysning på samhällsnivå. Föredrag vid Kost och Hälsa VI, Huddinge sjukhus. AllmänMedicin 1988; 9: 143-5. SEARCH WORDS: hälsouppllysning, metoder, etik, forskning, sociala förhållanden, prevention.

Falck G. Läkemedelsprövning i primärvården – möjligheter och svårigheter. AllmänMedicin 1988; 9: 159-62. SEARCH WORDS: primärvård, läkemedelsterapi, utvärdering, klinisk forskning, läkemedelsprövning.

Gran B. Hansson L, Jern S, Svensson A. Högt blodtryck. AllmänMedicin 1988; 9: 84. SEARCH WORDS: hypertension, recensioner.

Gran B. Icke-farmakologisk behandling av hypertoniomodell för utveckling av ett offensivt hälsoarbete. AllmänMedicin 1988; 9: 126-30. SEARCH WORDS: hypertoni, icke-farmakologisk behandling, modeller, metoder.

Gren M. Primärvårdens förebyggande arbete. AllmänMedicin 1988; 9: 49-50. SEARCH WORDS: prevention, primärvård, hälsoplanering, utveckling, Götene, Skaraborg, kommunbaserad hälsovård.

Göransson U. Hälsovård för äldre söker sin form Några erfarenheter från ett försöksprojekt i Sigtuna. AllmänMedicin 1988; 9: 214-7. SEARCH WORDS: primärvård, äldre, hälsokontroller, uppsökande verksamhet, äldreomsorg, intervju/enkätundersökningar, forskning, Sigtuna.

Haglund B, Svanlund B, Bergström B, Lichtenstein P. Vad krävs för att göra hemsjukvården tillgänglig för alla? En under sökning gjord i Skärholmens PVO i Stockholms läns landsting. AllmänMedicin 1988; 9: 209-10. SEARCH WORDS: hemsjukvård, intervju/enkätundersökningar, resurser, forskning.

Haglund BJA. Vem läser AllmänMedicin? AllmänMedicin 1988; 9: 77. SEARCH WORDS: ledare.

Haglund BJA. Alma Ata-Ottawa-Adelaide-Sundsvall steg mot ett hälsovänligare samhälle. AllmänMedicin 1988; 9: 117-8. SEARCH WORDS: ledare, presentation, health promotion, hälsofrämjande arbete.

Hedman R, Måwe L, Lindahl I et al. Svar på Ingemar Hermanssons artikel i AllmänMedicin. AllmänMedicin 1988; 9: 170. SEARCH WORDS: debatt, primärvård, ledning.

Henningsson S. Frågeställningar och metoder i allmänmedicinsk forskning. AllmänMedicin 1988; 9: 98-101. SEARCH WORDS: allmänmedicin, utbildning, forskning, metoder, epidemiologi, Norden, tvärvetenskap.

Henricson B. Hälsoarbete i lokalsamhället, Arjeplogs-projektet. AllmänMedicin 1988; 9: 138-41. SEARCH WORDS: hälsoprogram, hälso- och sjukvård, hälsoplanering, äldreomsorg, prevention.

Henricson B, Tillgren P. Första nordiska hälsoupplysningskonferensen: Tvärsektoriellt forum för erfarenhetsutbyte om strategier, kunskap och metoder i hälsobefrämjande arbete. AllmänMedicin 1988; 9: 145-6. SEARCH WORDS: hälsoplanering, prevention, hälsopolitik, kongressrapporter.

Herlofson J. DSM-III-diagnostik i svensk psykiatri. AllmänMedicin 1988; 9: 14-5. SEARCH WORDS: psykiatri, diagnostik, DSM-III.

Hey M. På väg mot ST-hur fungerar FV? Sydvestskånska enkät- och intervjuundersökning 1987. AllmänMedicin 1988; 9: 191-3. SEARCH WORDS: medicinsk ut-

bildning, allmänmedicin, intervju/enkätundersökningar, Malmöhus län.

Hyllienmark G, Fagerström J. Rökslutarstöd i primärvården: Vad anser deltagarna? *AllmänMedicin* 1988; 9: 241-5. SEARCH WORDS: rökavvänjning, intervju/enkätundersökningar, attityder, livsstil, prevetion, terapi, Bollnäs.

Hyllienmark G. Erfarenheter av tobaksintervention-en litteraturgenomgång. *AllmänMedicin* 1988; 9: 135-8. SEARCH WORDS: rökavvänjning, intervention.

Håkansson A. Teleorgbarnens första 18 månader – en intervjuundersökning. *AllmänMedicin* 1988; 9: 104-6. SEARCH WORDS: intervju/enkätundersökningar, spädbarn, läkemedelsanvändning, amning, forskning, hälsotillstånd, Teleborg.

Håkansson A, Fugelli P, Nylenna M. (red): Kunnskap er makt- og b(ø)r deles med andre *AllmänMedicin* 1988; 9: 245. SEARCH WORDS: recensioner, medicinsk utbildning.

Jaenson E. Vi måste ta bättre hand om våra smärtpatienter!. *AllmänMedicin* 1988; 9: 190. SEARCH WORDS: smärta, akupunktur.

Jerdén L. SFAM: s Höstmöte i Umeå. *AllmänMedicin* 1988; 9: 67-8. SEARCH WORDS: prevention, hjärt/kärlsjukdomar, diagnos, allmänläkarpraktik, primärvård, kongressrapport.

Karlsson G, Birke G. Symtom diagnos. *AllmänMedicin* 1988; 9: 189. SEARCH WORDS: recension, diagnos, läroböcker.

Larsson E. Basbestånd av medicinsk litteratur för vårdcentraler. *AllmänMedicin* 1988; 9: 18. SEARCH WORDS: bokurval, bibliotek, vårdcentral.

Lindbergson J, Haglund BJA. Vad tycker man om *AllmänMedicin* – en läsvärdesundersökning. *AllmänMedicin* 1988; 9: 78-9. SEARCH WORDS: enkätundersökningar, forskning, attityder.

Lindman A. Hälsoenkät i Boden Är registerstudier nödvändiga? *AllmänMedicin* 1988; 9: 81-2. SEARCH WORDS: intervju enkätundersökningar, hälsoproblem, prevention, Boden.

Malmodin B. Allmänmedicinens särart. *AllmänMedicin* 1988; 9: 7-10. SEARCH WORDS: debatt, allmänmedicin.

Mårtensson MB, Gunnarsson B, Lantz U, Lithman T. Befolkningsinriktat arbete MILJÖ-HÄLSA-OHÄLSA. *AllmänMedicin* 1988; 9: 149-50. SEARCH WORDS: hälsotillstånd, fysisk miljö, forskning, Anderslöv, Skurup, typisk miljö, intervju/enkätundersökningar.

Norberg G, Rentrop G. Klinikfärdiga patienter – förvaltningsrevision av "Slussen", samverkansrutin för överflyttning av medicinskt färdigbehandlade patienter. *AllmänMedicin* 1988; 9: 46-7. SEARCH WORDS: primärvård, hemsjukvård, slutet sjukhusvård, äldreomsorg, samarbete, forskning, Skaraborg.

Olsson L. Allmänmedicin – Skaraborgsmodellen. *AllmänMedicin* 1988; 9: 42-4. SEARCH WORDS: primärvård, samverkan mellan myndigheter, kommuner, decentralisering, arbetsorganisation, hälsopolitik, skarabogsmodellen, Tibro.

Olsson M, Carlsson B, Edhag O, Hansagi H. Angelägen söka akutmottagningen – missnöjd med vården. En studie av patienter

ter som avvisat förslaget om alternativ vårdform. *AllmänMedicin* 1988; 9: 183-7. SEARCH WORDS: akutvård, intervju/enkätundersökningar, attityder, Hudinge, operational research.

Palmberg B. Replik. *AllmänMedicin* 1988; 9: 180-1. SEARCH WORDS: skolbarn, synstörningar, debatt.

Palmberg B, Zetterström B-Å, Sjönell G. Finns det ett samband mellan läs- och skrivsvårigheter och synproblem hos skolbarn? *AllmänMedicin* 1988; 9: 23-4. SEARCH WORDS: skolbarn, synfel, brytningsfel.

Persson L-G, Lindström K. HK 33-42. Primärprevention via hälsokontroll av medelålders män i Habo. *AllmänMedicin* 1988; 9: 51-4. SEARCH WORDS: prevention, hälsokontroller, män, riskfaktorer, hjärt/kärlsjukdomar, Habo, Skaraborg.

Persson L-G, Löfstedt S, Kagevi I. Dyspepsi i Habo. Fynd och diagnoser under ett år. *AllmänMedicin* 1988; 9: 58-61. SEARCH WORDS: primärvård, registerstudier, anamnes, mage, diagnos, Habo, Skaraborg, gastroskopi, dyspepsi.

Persson L-G, Lindström K. Riskprofil – ett hjälpmedel vid preventivt arbete. *AllmänMedicin* 1988; 9: 54-6. SEARCH WORDS: prevention, riskfaktorer, livsstil, intervju/enkätundersökningar, män, Habo, riskprofil, Skaraborg.

Petersson C, Siegel BS. Kärlek, Medicin och Mirakel. *AllmänMedicin* 1988; 9: 187. SEARCH WORDS: recensioner, cancer, mental healing.

Ribacke M. Till Svenska Läkarförbundet "Kompetensutveckling efter läkarexamen". *AllmänMedicin* 1988; 9: 207. SEARCH WORDS: remissvar.

Ribacke M. Bättre äldrevård genom utvecklingsarbete. *AllmänMedicin* 1988; 9: 205. SEARCH WORDS: primärvård, äldreomsorg, ledare.

Rombo L, Persson A. Kommentar. *AllmänMedicin* 1988; 9: 173. SEARCH WORDS: hälsokontroller, flyktingar, debatt.

Rymark P, Recht L. Uppsökande verksamhet för chlamydiainfektion i åldern 16-23 år Studie från vårdcentralen i Skurup. *AllmänMedicin* 1988; 9: 102-3. SEARCH WORDS: infektioner, gynekologi, epidemiologi, chlamydia, Skurup.

Schwan A, Strömberg A. Synpunkter på snabbdiagnostik av streptokocker. *AllmänMedicin* 1988; 9: 162-6. SEARCH WORDS: diagnos, streptokockinfektion, snabbdiagnostik.

Sellerberg A-M. Tid och Maktkamp. *AllmänMedicin* 1988; 9: 236-9. SEARCH WORDS: långvård, institutionalisering, intervju/enkätundersökningar, vårdare-patientrelationer.

Sjönell G. *AllmänMedicin* 1988; 9: 181. SEARCH WORDS: skolbarn, synstörningar, debatt.

Sommansson G. Att utbilda allmänläkare i lättillgänglighet och kontinuitet. *AllmänMedicin* 1988; 9: 221-2. SEARCH WORDS: primärvård, vårdkontinuitet, medicinsk utbildning.

Stefansson V. Smärta som orsak till patient-läkarkontakt. Patientens uppfattning om sin sjukdom. *AllmänMedicin* 1988; 9: 63-4. SEARCH WORDS: smärta, primärvård, diagnos, forskning, Skaraborg.

Svensson C. Distriktsläkare i Europa. Dagbok från tre allmänmedicinare. *AllmänMedicin* 1988; 9: 233-4. SEARCH WORDS: allmänläkare, läkare-patientrelationer, internationellt utbyte.

Svensson C. Distriktsläkares skäl för förskrivning av bensodiazepiner. *AllmänMedicin* 1988; 9: 86-7. SEARCH WORDS: primärvård, distriktsläkare, läkemedelsföreskrivning, intervju/enkätundersökning, forskning, bensodiazepiner.

Svidén L. Kritik som stämmer till eftertanke – funderingar runt sjukhuskollegas artikel. *AllmänMedicin* 1988; 9: 119. SEARCH WORDS: allmänmedicin, debatt.

Ternov S, Fällman L, Pettersson K. Hjälpbehov bland äldre i Gällivare kommun. Hjälpbehov för hemsjukvårdspatienter kvällar och nätter. *AllmänMedicin* 1988; 9: 11-3. SEARCH WORDS: äldre, hemsjukvård, äldreomsorg.

Trell E. Primärvården, alkoholen, och hälsa för alla år 2000. *AllmänMedicin* 1988; 9: 123-5. SEARCH WORDS: alkoholism, prevention, primärvård, internationella hälsoproblem.

Wahlström G, Diderichsen F. Kost- och levnadsvanor hos diabetiker i Stockholms län. *AllmänMedicin* 1988; 9: 227-9. SEARCH WORDS: diabetes mellitus, kostvanor, livsstil, intervju/enkätundersökningar, forskning, Stockholm.

Wessman T. Att förebygga trafikolyckor – något för primärvården? *AllmänMedicin* 1988; 9: 65-6. SEARCH WORDS: olycksfall, provation, FV-uppsats.

Westin S. Problemlösning i allmänpraxis. *AllmänMedicin* 1988; 9: 198. SEARCH WORDS: recensioner, fallstudier, diagnos, terapi.

Westman G. Kommentar av Göran Westman. *AllmänMedicin* 1988; 9: 120-1. SEARCH WORDS: debatt, allmänmedicin.

Westman G. Familjemedicin – En hornpelare inom allmänmedicin? *AllmänMedicin* 1988; 9: 77. SEARCH WORDS: familjemedicin, ledare.

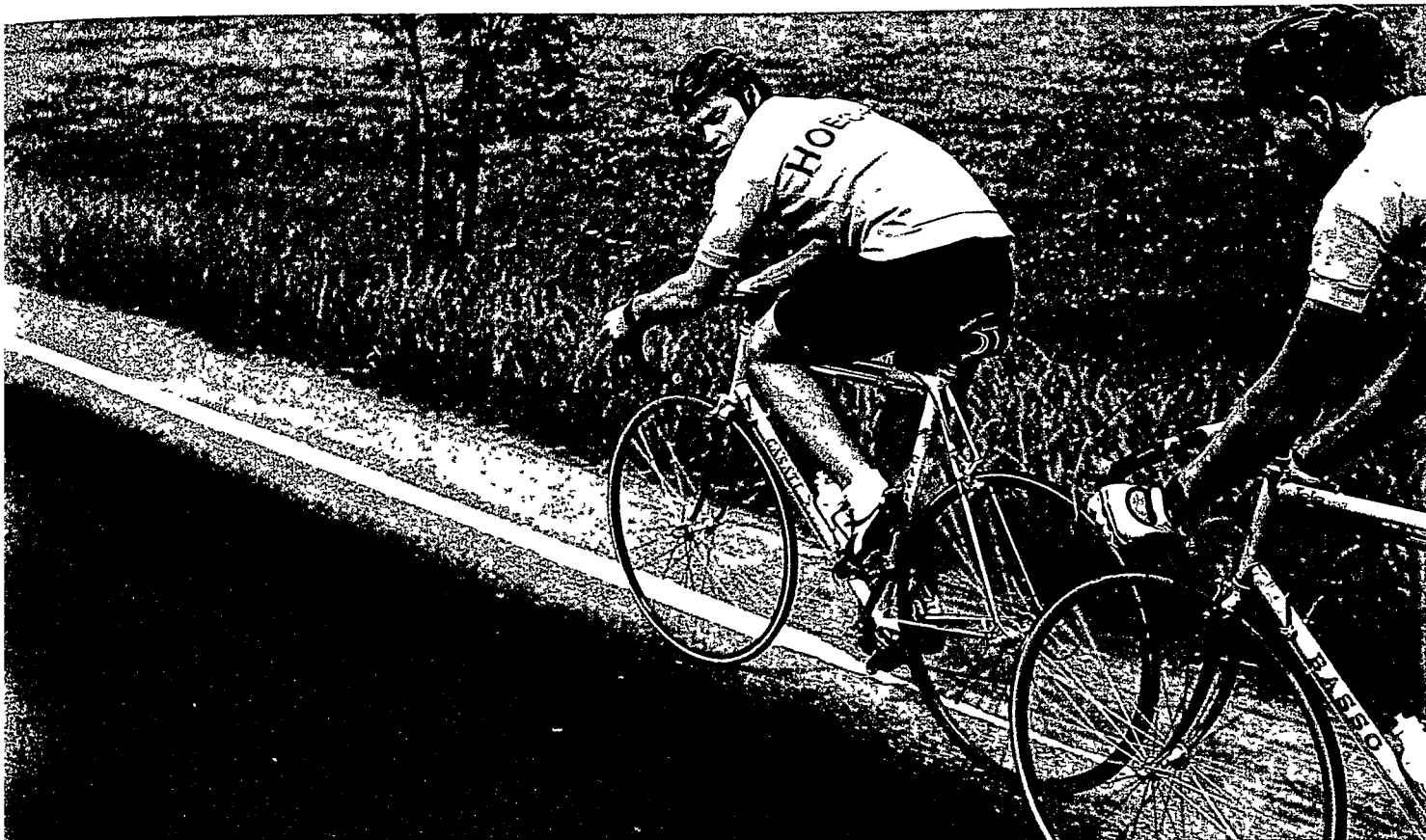
Widell K, Bergman K, Lundberg V, Näsman B, Sjöman K. Erfarenheter från utbrott av Hepatit A i Upplands Väsby. *AllmänMedicin* 1988; 9: 166-9. SEARCH WORDS: hepatit A, behandling, prevention, epidemiologi, Upplands Väsby.

Wimo A, Johansson E, Brydolf G, Bergman A, Kaiser PO, Kallioinen M. Föreskrivning av bensodiazepiner vid en vårdcentral i Sundsvall. *AllmänMedicin* 1988; 9: 87-90. SEARCH WORDS: läkemedelsföreskrivning, primärvård, forskning, Sundsvall, bensodiazepiner.

Wimo A, Hegner I, Karjel G, Lundin U, Stridsberg D, Hägglund JO. Orsaker till sjukhemsvård och möjliga alternativ. *AllmänMedicin* 1988; 9: 211-4. SEARCH WORDS: primärvård, äldreomsorg, resurser, sjukhem, Sundsvall, vårdtyngd.

Överby A. Artrossjukdom vid diabetes mellitus. *AllmänMedicin* 1988; 9: 229-31. SEARCH WORDS: diabetes mellitus, klinisk forskning, artros, Skönerud.

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

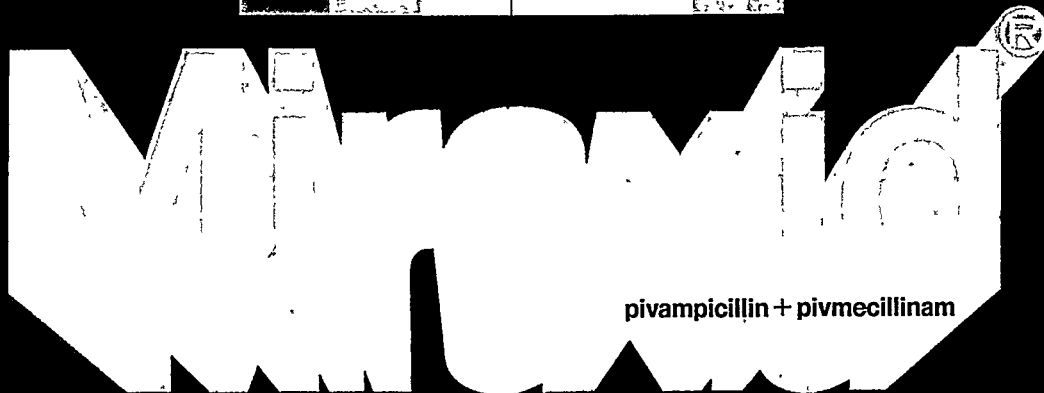
Ditt val för att stärka framgångsrik internationell forskning.

Hoechst 

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

PIVAMPICILLIN

PIVMECILLINAM



Miraxid[®]

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.

