

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Konsumtions-
mönster

2
1989

Lokala
hälsoprogram

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



För att uppnå effektiv smärtlindring fordras en adekvat dosering.

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

* (Läkemedelsboken 85, sid. 919).

DISTALGESIC[®]

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

DISTALGESIC ΔR

Deklaration: En tablett innehåller: Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. Egenskaper: Dextropropoxyfenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. Indikationer: Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. Graviditet och amning: Kategori A. Dosering: Vanlig dosering till vuxna är 2 tabletter var 6:e–8:e timme. En dygnsdos av 8 tabletter bör ej överskridas. Observera: Vid behandling med DISTALGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, tex bilkörning. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa 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 1989. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstopp-dagar.

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivnings-vecka
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 medlems-
avgiften till Svensk Förening för AllmänMe-
dicin.)

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:

Några tankar om den allmänmedicinska forskningen
Dan Andersson

52

Kurser & Konferenser:

7th International Balint Conference

52

Nordiskt allmänläkarseminarium 1-3/9 1988 i Tavastehus
Kenneth Widäng

94

Nytt från SFAM:

Årsmöte för Dansk selskab for almen medicin (DSAM)
Elisabeth Jaenson

53

Kalendarium

54

Debatt:

Äldrehälsövård - erfarenheter från Bankeryd
Lars Erik Adolfsson, Måns Larsson, Solveig Nilsson

56

Öppen mottagning, en väldefinierad mottagningsform eller bara
icke tidsbeställda läkarbesök i primärvården?
Sten Larsson, Göran Sjönell

57

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Per-Olof Bitzén: Åldersdiabetes - modell för hur sjukdomen kan
spåras och behandlas *Barbro Hagander*

58

FV-uppsats 1987 - 1:a pris:

Chlamydiascreening och partnerspårning i en glesbygdskommun
Dagmar Edung-Persson

60

Forskning och utvecklingsarbete:

En forskarcirkel i tiden *Sven-Olof Andersson*

64

Fallbeskrivning:

Fallbeskrivningen - ett symbolvetenskapligt kunskapsdokument
Olle Hellström

68

Apoteksbolaget

71

Konsumtionsmönster - Lokala hälsoprogram:

Attityder och attitydförändringar, meningsfullt och möjligt att
mäta? *Bertil Malmödin*

75

Lokala hälsoprogram - ett hjälpmedel i det förebyggande arbetet
*Irma Berggren, Maria Falk, Per-Erik Granlund, Allán Hansson, Urban
Janlert, Ulrich Schäufole, Tore Stenvall, Leif Wikman*

77

Män efter separation - en möjlighet till samarbete?
Hans Hallberg

80

Högkonsumenten av primärvård - vem är det?
Håkan Cars, Anders Håkansson, Christer Petersson

84

Föreningsnytt:

SFAM:s höstmöte i Gävle 1988 - ett collage i ord och bild
Dan Andersson

88

Hemsjukvård i primärvård:

Smärtpatienter i hemsjukvården *Birgitta Persson*

92

Basdata i primärvård:

En klassifikation för åtgärder. Dags för inventering och
synpunkter *Britt-Gerd Malmberg*

93

Recensioner

Hanserkers J: En värdig ålderdom - vård och boendeformer för
åldersdementa

57

Brattgård S-O, Johansson B: Helhetsvård i livets slutskede

70

Engberg M: Långvårdsboken - lärobok om äldreomsorg i öppen
och slutna vård
Sven-Olof Johansson

94

Några tankar om den allmänmedicinska forskningen

LBO 6371

Under den gångna hösten har våra allmänmedicinska professorer intervjuats i Läkartidningen av Gustav Haglund. Ett av de viktigaste samtalsämnen var den allmänmedicinska forskningen och dess framtid. Vår naturvetenskapliga bakgrund betonades, men också behovet av beteendevetenskapliga ansatser i forskningen. Genomgående tryckte man på att den allmänmedicinska forskningen måste utgå från primärvårdens kliniska vardag. Vi bör studera mötet mellan patient och läkare, symptomen och dess naturalhistoria, de kroniska sjukdomarna och dess behandling, samt de förebyggande åtgärderna och resultaten därav.

Man imponeras av det stora antalet forskare knutna till framför allt Dalby men även Uppsala. Detta är ju våra båda äldsta institutioner. Även om professorernas specialintressen (diabetes respektive hjärt-kärlsjukdomar) skymtar igenom i uppräknningen av forskningsprojekt, är bredden på den allmänmedicinska forskningen stor. Forskarna är inte heller lokaliserade till enbart universitetsorterna, utan framför allt i Uppsala spridda över hela regionen. Så är också fallet i Göteborg. Vad beträffar Linköping väntar man med spänning på vad det nya Hälsouniversitetet kan innebära för primärvården och dess utveckling.

Flertalet professorer verkar positivt inställda till de utvecklingsenheter som under några år byggts upp, och som nu finns i flertalet landsting. Dessa bör kunna stimulera och koordinera den lokala forskningen och utvecklingsarbetet. Det är naturligtvis

viktigt att utvecklingsenheterna har goda kontakter med de allmänmedicinska institutionerna och får ta del av deras vetenskapliga erfarenheter. Men det är nog lika viktigt att de allmänmedicinska institutionerna har goda kontakter med utvecklingsenheterna och deras mera jordnära miljö.

Så har vi då den enskilde distriktsläkaren, som skall syssla med forskning och utvecklingsarbete, och som dessutom skall lyssna på patienternas klagomål och försöka bota deras krämpor, samt arbeta förebyggande enligt våra nya lagar och förordningar. Räcker tiden till för alla gamla och nya arbetsuppgifter? Ja, ibland tvekar man verkligen. Men förhoppningsvis kommer efter hand allt fler distriktsläkare att få tid över för forskning, inte bara på sin fritid, utan även på sin arbetstid.

När man då gjort något bra, oavsett om det rör sig om ett litet utvecklingsarbete eller ett stort forskningsprojekt, skall det naturligtvis inte läggas i den berömda byrålådan. Vi måste skriva om det så att andra kan ta del av våra erfarenheter. Vilket språk skriver man då lämpligen på? Svenska eller engelska? Ja, det beror naturligtvis på vilken publik man vänder sig till. För flertalet distriktsläkare är det naturligtast att skriva på svenska. Och vänder man sig då till andra distriktsläkare blir ju AllmänMedicin ett naturligt forum. Och vill man nå en bredare läsekrets bland läkarkåren är väl Läkartidningen det bästa alternativet. Med flera bidrag från vårt verksamhetsfält skulle Läkartidningen sannolikt bli bättre. De bredare allmän-

medicinska artiklarna skulle skapa omväxling till de smalare artiklarna och artikelserierna från sjukhusen och de prekliniska institutionerna.

Det som skrivs på svenska är naturligtvis också tillgängligt för flertalet av våra nordiska kollegor, men vill vi nå längre ut med vårt budskap måste språket bli engelska, som idag är det helt dominerande vetenskapliga språket. Vi har säkert mycket att lära av våra kollegor i exempelvis England, Nederländerna och Canada. Och kanske kan de också lära något av oss och av vår primärvård. Således måste vi kunna kommunicera också på engelska.

Så har vi då floran av olika lokala primärvårdstidskrifter. Många av dem är onekligen bra. Och som förmedlare av lokala nyheter inom landstingen fyller de sin funktion. Men är det inte mycket som skrivs i dessa tidskrifter som borde nå en bredare publik? Och motsvarar utbytet den nedlagda arbetsinsatsen? Personligen tror jag nog, att en del av de resurser, såväl personella som ekonomiska, som lägges på dessa lokala tidskrifter, istället borde satsas på vår centrala tidskrift. Då kanske vi kunde få en månatligt utkommande AllmänMedicin med förstärkta redaktionella resurser.

Sammanfattningsvis således: Distriktsläkare – studera Din vardag – och presentera Dina fynd i lämpligt forum – kanske i första hand i Din tidning – AllmänMedicin!

Anders Håkansson

Kurser & konferenser

7TH INTERNATIONAL BALINT CONFERENCE, 7–9 August, 1989, Karolinska Institutet, Stockholm.

MORNING PROGRAMME (9.00–12.00 approx).

- ☐ **7 Aug.** Sympathy – Empathy. Its importance in the doctor – patient relationship and in Balint work.

H Sjöström, MD, Sweden (chairman)
U Holm, Ph D, Sweden
I Schmid-Wermser, Switzerland

- ☐ **8 Aug.** The meaning of the prescription in the doctor – patient relationship.

G Katz, MD, Sweden (chairman)
M Geyer, Prof, MD, GDR
M Lachowsky, MD, France
B Luban-Plozza, Prof, MD, Switzerland

- ☐ **9 Aug.** The everyday situation for the patient, the doctor and the Balint group in different countries.

J Norell, MD, GB (chairman) with general practitioners from different countries.

AFTERNOON PROGRAMME (13.30–15.00 approx).

Large group sessions on stage.

- ☐ **7 Aug.** German: W Stucke MD
English: J Norell MD

- ☐ **8 Aug.** French: P Koechlin MD
English: M Courtney MD

- ☐ **9 Aug.** French: H Solms MD
German: A Trenkel MD

In the late afternoon, small group sessions will give interested delegates an opportunity to participate in a Balint group.

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

Årsmöte för Dansk selskab for almen medicin (DSAM)

ELISABETH JAENSON

Som inbjuden representant för SFAM bevistade jag DSAM:s årsmöte på Mogenstrups Kro utanför Naestved på Sjælland 4–6 november 1988.

Jag möttes av ett mycket stort och positivt intresse från både den danska styrelsen och många enskilda kollegor. Man saknade uppenbarligen regelbundna kontakter med skandinaviska kollegor.

Sundhetscentra

I februari 1988 beslöt Folketinget om försök med "Sundhetscentra", för att tillgodose invånarnas behov av förebyggande arbete, hälsouppläsning, läkarbehandling, hemsjukvård, social rådgivning och distriktspsykiatrisk service, bla.

Inom DSAM finns ett grundläggande intresse av sjukdomsförebyggande arbete och utbyggt samarbete med "hjemmesygeplejersker" (sv distriktsköterskor) och kommunens hemtjänst. Detta har man hittills i liten utsträckning kunnat åstadkomma i de enmans- och gruppraxis som är regel i Danmark.

Tveksamhet

I debatten på årsmötet hördes emellertid också en hel del tveksamma röster. Ledningsansvaret på sjukhuskliniker debatteras för närvarande intensivt i Danmark. Där finns politiska krafter för ett delat ansvar administratör – läkare – sjuksköterska. I motståndet mot detta hade de danska allmänläkarna hämtat stöd vid det nordiska allmänläkarseminariet i Helsingfors i september i år. De svenska distriktsläkarna vittnade där om sina erfarenheter och slutsatser att ledningsansvaret måste ligga hos läkarna. På den danska allmänläkarpraktiken idag är det ju ingen tvekan om vem som är chef – allmänläkaren är egen företagare och anställer sina medarbetare.

Tveksamheten inför "Sundhetscentra" gällde dock i ännu högre grad en rädsla för att det fria läkarvalet och det långvariga och nära patient-läkarförhållandet skulle gå förlorat. Man hänvisade till befolkningsgrupper som uppfattat förslaget som en ökning av avståndet mellan läkaren och brukaren/patienten. Med intresse mottogs mitt inlägg om vårdlagsmodellen som ett "danskt inslag" i den svenska vårdcentralen. Man var också medveten

om vilka fördelar det ligger i vårt goda samarbete med distriktssköterskan, undersköterskan och hemtjänstens personal för en god äldreomsorg och hemsjukvård. Idag finns detta bara på frivillig bas i Danmark.

Territoriekamp och samarbetsförsök

Tyvärr kunde jag notera att gränsstridigheterna och territoriekampen allmänmedicin kontra övriga specialiteter är lika aktuella i Danmark som de varit i Sverige. Flera försök till samarbete hade havererat under året. Bl a en rapport om typ 2 diabetes som Dansk selskab for internmedicin slutligen ensidigt utarbetade. Decentralisering av pricktester i allergiutredningar misslyckades efter att allergologerna meddelat att de inte längre ville medverka i efterutbildningen av allmänpraktiker. Samarbetsförsöken fortsätter dock!

Förebyggande arbete och forskning

I det förebyggande arbetet var man tillfreds över att en kommun anställt en forskningsmeriterad allmänläkare på ett 5-årigt kontrakt med målet att minska dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar. Till stöd för forskningen inom allmänmedicin hade via stipendier tillkommit möjligheter för praktiserande läkare att vara borta från sin praktik för forskning. Bundenheten till den egna praktiken är ju annars ett stort hinder för den danske allmänpraktikern/egne företagaren.

DSAM hade i år lagt förslag om etablering av flera forskningsenheter med anknytning till instituten i Odense och Århus.

Två forskningserfarna allmänläkare har genom bl a PLO (praktiserande legers organisation, dansk motsvarighet till DLF) sedan januari 1988 uppdraget att uppsöka och inspirera intresserade kollegor att komma igång med projekt. Resultaten har naturligtvis inte visat sig än, men aktiviteten har varit hög.

Specialistutbildningen

Specialistutbildningen är också ett hett ämne. Precis som i Sverige finns ett statligt utredningsförslag om ändring av tidsbegränsade utbildnings-

tjänster till fasta underläkartjänster med tillsvidareförordnanden. Hur många tjänster som ska inrättas bedömer sjukvårdsministern utifrån behovet av färdigutbildade läkare. Förslaget innebär också att Sundhetsstyrelsen (sv Socialstyrelsen) ska utarbeta målbeskrivningar motvarande vår AT och ST och individuell utvärdering av den enskilde AT- och ST-läkarens uppnådda kompetens. Den utbildning till allmänpraktiserande läkare som har tillämpats i 6 år är utsatt för en hel del kritik från de yngre läkarnas förening. Det är tydligen mycket varierande kvalitet på den praktik som erbjuds. Allt från högkvalificerad handledning med användning av envägs-spegel och video och daglig problemgenomgång och planering, till att utbildningsläkaren hårdutnyttjas som ensamvikarie. I dessa fall utan annan möjlighet till handledning än att offra sin och handledarens fritid eller beställa tid på hans mottagning!

Anmärkningsvärt är att allmänmedicinen fortfarande inte är någon specialitet i Danmark. DSAM och PLO arbetar gemensamt för detta och har i år nått vissa framgångar.

Utblickar och inblickar

Sammanfattningsvis gav dessa dagar många nyttiga inblickar i dansk allmänmedicins vardagsproblem. Utblickar från en ofta självgod svensk allmänmedicin behövs. Tänk – en synes av den danska nära patient-läkarrelationen och den svenska välorganiserade hemsjukvården! Tulipanasos? Nej, det tror jag inte. Vi KAN lära av varandra.

Författarpresentation:

Elisabeth Jaenson, styrelsemedlem SFAM, distriktsläkare i Malmö.

Postadress: Distriktsläkarmottagningen, Grangatan 11, 212 14 Malmö.

1989

APRIL

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

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

□ **24–28 april.** Aspenäs, Lerum. Kurs: Läkemedelsvärdering

Information: Apotekarsocieteten, Utb avd, Box 1136, 111 81 Stockholm. Inger Jansson/Inger Fagerhäll. Tel 08-24 50 85.

□ **25–26 april.** Örebro. Internationell omvårdnadskonferens: etik och omvårdnad i ett föränderligt samhälle.

Information: Centrum för omvårdnadsvetenskap, Örebro läns landsting, Box 1613, 701 16 Örebro. Tel 019-1081 16.

MAJ

□ **8–10 maj.** Aspenäs, Lerum. Klinisk prövningsmetodik från statistisk synpunkt, block II.

Information: Apotekarsocieteten, Utb avd, Box 1136, 111 81 Stockholm. Kerstin Hermansson/Inger Fagerhäll. Tel 08-24 50 85.

□ **9–10 maj.** Stockholm. Kurs: Kvinna, läkare i ledarskap.

Information: Kontura Gruppen, Box 17013, 161 17 Bromma. Tel 08-80 35 90.

□ **10–12 maj.** Göteborg. Kurs: "Att förbättra läkar-patientrelationen. Nya metoder till förståelse och hjälp åt problempatienter."

Information: Doc Tore Hällström, Psyk klin. Sahlgrenska sjukhuset, 413 45 Göteborg. Tel 031-11 71 51 eller 6021 71.

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

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

□ **25–26 maj.** Örebro. EU-dagar vid RiÖ: Sexuellt överförbara infektioner och sjukdomar.

Information: Sv Läkaresällskapet, May Löfvenhamn. Tel 08-24 33 50 eller Örebro läns landsting, Kerstin Carlberg, tel 019-15 11 30.

□ **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 medisinskhistoriske kongress. BERGEN, Norge.

Information: HSD-Congress-Conference, Strandgaten 191, N-5011 Nordnes Bergen.

□ **4–7 juni.** 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Solstrand Fjord Hotel.

Information: Sosialstyrelsen, Byrå for helseopplysning, 106 30 Stockholm. Tel 08-783 30 00.

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

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, Topeliusgatan 41 A, SF-00250 Helsingfors.

□ **11–13 juni.** Lund. Widmark-jubileet: Alkohol och trafik. Symposium.

Information: Widmark-kommittén, c/o Trafikmedicin, Box 10043, 100 55 Stockholm. Tel 08-660 85 03 eller Eva Marie Widmark tel 046-14 73 11.

□ **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.

□ **14–16 juni.** Kongress i företagshälsovård, XI Nordiska Industriläkarrådet & IV NORDSAM.

Information: Finlands Industrimedicinska förening, Pirjo Sevola, Backas gatan 2, SF-00500 Helsingfors. Tel 358-0-750 502.

□ **15–22 juni.** Lofoten. Psykiatrisk hälso- och sjukvård i ett hälsoekonomiskt perspektiv – Nordisk forskarkurs.

Information: Claes-Göran Westrin, Socialmed inst, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala.

□ **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 Puijo 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-117 41 Stockholm.

□ **21 augusti–1 september.** NIVA-kurs. Epidemiologic Study Design.

Information: Outi Teperi. Tel 474 73 49. NIVA, Topeliuksenkatu 41 A, SF-00250 Helsingfors.

□ **21 augusti–1 september.** NIVA-kurs. Epidemiologic Study Design.

Information: Outi Teperi. Tel 474 74 49. NIVA, Topeliuksenkatu 41 A, SF-00250 Helsingfors.

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

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

□ **26–29 augusti.** 5:e Nordiska mötet om cerebrovaskulära sjukdomar, LUND.

Information: Doc Bo Norrving, Neurologiska Kliniken, Lasarettet, S-221 85 Lund.

SEPTEMBER

□ **10–13 september.** 8th meeting of international society for sexually transmitted diseases research, KØBENHAVN, Danmark.

Information: DIS Congress Service, Linde Allé, DK-2720 Vanløse.

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

General practice in a changing world: The patient/doctor relationship: General practice today; Research – the achievements of today as the basis of tomorrow's care; Teaching – the state of the art of today to educate the general practitioners 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.

□ **11 september – 6 oktober.** Stockholm. Masterutbildning i folkhälsovetenskap, Miljömedicin, del II.

Information: Eva Undsén, Hygieniska institutet, KI. Tel 08-34 05 60 ank 1170.

□ **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.

□ **18–23 september.** 25th Annual meeting of the european association for study of diabetes, LISSABON, Portugal.

Information: EASD Secretariat, 10 Queen Anne Street, London WIN 2AS, UK.

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).

□ **29 november–1 december.** Svenska Läkaresällskapets Riksstämman.

1990 FEBRUARI

□ **2–3 februari.** Årsmöte + kongress. Svensk förening för ortopedisk medicin.

Information: Per Lindberg, Bollnäsbacken 34, 162 23 Vällingby. Tel 08-739 07 39.

Succosa®

sukralfat

NY SUKRALFATMIXTUR!



100:– BILLIGARE

än övrig sukralfatmixtur per 4-veckorskur

FRISK MINTSMAK UTPROVAD AV PATIENTER

Ny sukralfatmixtur finns i Hässles välkända och beprövade 1-dosförpackning

Succosa® (sukralfat) är ett alkaliskt aluminiumsackarossulfat och finns som mixtur 1 g/10 ml (mints smak) i förpackning om 120 x 10 ml (1-doskuddar) och flaska på 600 ml. Indikationer: Duodenalsår, benigna ventrikelsår. Profylaktisk behandling vid kroniskt recidiverande duodenalsår.

Äldrehälsovård – erfarenheter från Bankeryd

LARS ERIK ADOLFSSON · MÅNS LARSSON · SOLVEIG NILSSON

LB06374

Som ett inlägg i diskussionen kring utformningen av förebyggande verksamhet för äldre redovisas från vårdcentralen i Bankeryd, Jönköping, egna erfarenheter inom området. En idéskiss för verksamhetens framtida utformning presenteras.

Nyckelord: Äldreomsorg, prevention, Bankeryd, Jönköping

I en artikel i AllmänMedicin diskuterade Göransson (1) nyligen förebyggande verksamhet för äldre både vad avser former och innehåll. Vid Bankeryds vårdcentral i Jönköping har vi under 1987–88 genomfört en studie över äldres sociala och medicinska situation efter den modell som bl.a. beskrivs av Adolfsson och Brännsvik (2) syftande till att utarbeta en strategi för den framtida hälsovården för äldre (3). Vi vill därför i diskussionsform dela med oss av våra erfarenheter.

Att förebygga sjukdom i egentlig mening hos äldre torde inte vara helt lätt. Ålderdom medför i sig symptom som de senaste åren har kommit att uppfattas som sjukdom. Som utgångspunkt för vår studie, kallad FÖRVÄL-projektet (3), valde vi att först definiera harmoniskt åldrande som ett tillstånd där funktionen i kroppens organ och organsystem avtar "i takt med varandra", med detta menar vi att ett visst mått av funktionsinskränkning bör accepteras som en del av livsprocessen.

Mot den bakgrunden utarbetades informationsmaterial och intervjueteknik med målsättning att snarast motverka onödig medikalisering av naturliga åldersprocesser. Vi uppfattade medicinskt betonade primärpreventiva insatser som mindre meningsfulla i den aktuella åldersgruppen (75 år och äldre) med ett viktigt undantag. Olycksfallsprofylax är minst lika viktig som hos yngre.

Vi framställde en liten broschyr speciellt för projektet kallad "Att åldras med hälsa". I denna beskriver vi ett antal vanliga symptom på ålderdomen och deras icke-medicinska behandling. En checklista för olycksfallsprofylax finns med, som bygger helt på Schelp och medarbetares erfarenheter från Skaraborg (4).

I övrigt använde vi traditionell metodik med hembesök av distriktssköterska hos alla invånare, 75 år och äldre, med en strukturerad intervju.

Resultaten från denna del av studien motsvarar vad man tidigare funnit i studier från Bottnaryd (2), Habo (5), och i ett flertal andra studier (6, 7, 8, 9) och diskuteras därför inte närmare här.

De erfarenheter vi gjort inom ramen för FÖRVÄL-projektet har gjort det möjligt att för vår del formulera en strategi för framtiden.

Vi tror att den principiella inriktning vi haft är riktig. Informationsmaterialet togs emot väl och verkar ha varit lätt att förstå, hembesöksformen uppskattas också. Tandvården har aktivt deltagit i projektet vilket också varit av stort värde. Vi tror dock att den intervju vi genomfört i framtiden kan ersättas med ett samtal där vissa väsentliga punkter berörs utan att man därför behöver strukturera så högt att datainsamling stör samtalet.

Det finns också skäl att överväga om inte en mer medicinskt inriktad undersökning bör ingå, förslagsvis fem år efter pensionering.

Vi tror också att hembesöken för de allra äldsta bör göras av distriktssköterska och hemtjänstassistent tillsammans. Möjligen bör anhöriga ges tillfälle att vara med vid detta tillfälle om så önskas.

Vi har mot bakgrund av de erfarenheter vi gjort antagit en plan för hur vi vill arbeta i framtiden. Planen skall ses som en idéskiss avsedd att diskuteras och omprövas.

1 Station "70-åringar": Gratis läkarbesök kompletterat med provtagning omfattande blodstatus (hemoglobinhalt, röda-vita blodkroppar), TSH (sköldkörtelstimulerande hormon), B-glukos, B12-folsyra, EKG. Glaucomtest kan vara aktuellt.

2 Station "75-åringar": Hembesök av distriktssköterska med samtal kring olycksfallsförebyggande åtgärder, hjälpmedel, hemtjänstfrågor, läkemedelshantering, tandvård m.m.

3 Station "85-åringar": Hembesök av distriktssköterska med repetition av relevanta delar av "75-årsbesöket", ett utvidgat samtal kring hjälpbehov och omvårdnadsfrågor, anhörigstöd och psykologiska aspekter på seniets problem. Detta besök skall göras av distriktssköterska och hem-

tjänstassistent tillsammans. Anhöriga och ev. vårdbiträde skall beredas tillfälle att vara med vid samtalet om så önskas.

Referenser

1. Göransson U. Hälsovård för äldre söker sin form, AllmänMedicin 1988;9:214–7.
2. Adolfsson L-E, Brännsvik R. Hur mår de äldre i Bottnaryd? Uppsats i hälso- och sjukvårdsadministration, Högskolan i Örebro 1986.
3. Claesson U et al, FÖRVÄL-projektet. Rapport från Bankeryds vårdcentral 1988.
4. Schelp L. Prevention av olycksfall hos barn och äldre, Socialmedicinsk tidskrift 1983;1:31–6.
5. Gustavsson M et al. Hur mår våra äldre? AllmänMedicin 1983;4:168–70.
6. Spri rapport 198, Hälsovård för äldre, Spri 1986.
7. Svanborg A et al, H 70 – Hälsoundersökningar i Göteborg. Läkartidningen 1980;77:3729–85.
8. Hendriksen C, Lund E, Strömgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: A three year randomised controlled trial. Brit Med J 1984;2:1522–4.
9. Vetter J, Jones AD, Victor C. Effects of health visitors working with elderly people in general practice: A randomised controlled trial. Brit med J 1984;1:369–72.

Författarpresentation

Lars Erik Adolfsson, distriktsläkare
Måns Larsson, distriktsläkare
Solveig Nilsson, distriktssköterska

Postadress: Bankeryds vårdcentral, Box 83
56401 Bankeryd. Tel 036/10 3800.

Öppen mottagning, en väldefinierad mottagningsform eller bara icke tidsbeställda läkarbesök i primärvården?

STEN LARSSON · GÖRAN SJÖNELL

Varierande erfarenheter av så kallad öppen mottagning

Under de senaste åren har så kallad öppen mottagning prövats vid rätt många vårdcentraler på olika platser i landet. Erfarenheterna är mycket varierande. En del rapporterar med stor entusiasm att såväl tillgänglighet som patient- läkarrelation kan förbättras. Andras erfarenheter är negativa. Flera vårdcentraler har upphört med öppen mottagning.

Det är svårt att ge något enkelt svar på frågan varför erfarenheterna blivit så olika. Förutsättningarna i form av läkarresurs, övrigt utbud av sjukvård osv har givetvis varierat mellan de vårdcentraler som försökt. Frågan kvarstår ändå om enbart sådana faktorer är förklaringen till de olika utfallen och försöken.

Målsättningen med försöket att pröva öppen mottagning har varit olika vid de olika vårdcentraler som försökt. I en del fall har man velat minska trycket på mottagningssköterskan, i andra fall frigöra sköterskeresurs för andra arbetsuppgifter. I invandrartäta områden fann man att telefonrådgivning inte fungerade på grund av språksvårigheter.

Andra skäl att inrätta öppen mottagning kan vara att tillfredsställa politikers krav på fritt läkarval.

Förutom att förbättra tillgänglighet och minska byråkratin, har en del allmänläkare sett en möjlighet att förbättra kvalitén i patient-läkarrelationen. Dessa läkares utgångspunkter har varit en vilja att lära känna patienterna bättre genom att möta dem vid alla de tillfällen de känner behov av att söka läkare. "Kontroller" av kroniska sjukdomar ersätts av konsultationer.

Öppen mottagning vid Kvartersakuten i Stockholms innerstad

Vid Kvartersakuten har en allmänläkare primärvårdsansvar för 2 000 invånare i ett geografiskt avgränsat område. Till sin hjälp har läkaren en distriktssköterska, en undersköterska, en "halv" sekreterare och en persondator.

Den övergripande målsättningen med verksamheten vid Kvartersakuten är att alla människor skall kunna få vård vid såväl akut som kronisk sjukdom då sjukhusets resurser inte behövs. Vården skall ges med största möjliga läkar- och sköterskekontinuitet.

De stora kraven på tillgänglighet till områdesansvarig läkare, de knappa personalresurserna och tidigare positiva erfarenheter av öppen mottagning (1) gjorde att alla 25 områdesansvariga läkare organiserade sin egen öppna mottagning för sin befolkning.

Preliminära resultat visar att ungefär hälften av besöken vid Kvartersakuten sker vid öppen mottagning. Hembesök görs vid fem procent av besöken och 44% är tidsbeställda besök.

Vår erfarenhet av att arbeta i denna organisationsform är hittills mycket positiv. Det är dock för tidigt att ännu redovisa erfarenheterna i detalj.

Förutsättningar att bedriva öppen mottagning

Våra erfarenheter hittills talar för att om öppen mottagning skall upplevas som en kvalitetshöjande organisationsform i primärvården, så skall det geografiska ansvaret även gälla öppen mottagning, primärvården måste vara utbyggd till minst 1 allmänläkare för 2 000 invånare i storstad och kontinuiteten måste vara så hög att läkaren känner de flesta patienterna som söker öppen mottagning.

Öppen mottagning eller akutmottagning?

När vi nu försöker utvärdera de olika försök som gjorts i landet med öppen mottagning så försvåras det av att det råder en viss begreppsförvirring. Målsättningarna med öppen mottagning har varit olika liksom förutsättningarna att bedriva primärvården.

Vi vill därför föreslå att vi i framtiden använder följande begrepp vid diskussion av olika organisationsformer i primärvården.

Akutmottagning: Avsedd för akuta fall, inga krav på läkarkontinuitet.

Snabbmottagning: Avsedd för såväl akuta som ick akuta patienter, inga krav på läkarkontinuitet. I första hand enkla, snabba överväganden.

Öppen mottagning: Avsedd för såväl akuta som ick akuta patienter till ordinarie områdesansvarig läkare.

Författarpresentation

Sten Larsson, distr.överläkare
Göran Sjönell, distr.överläkare, med dr

Postadress: Kvartersakuten
Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm

En värdig ålderdom – vård och boendeformer för åldersdementa

JOYCE HANSERKERS

Studentlitteratur Lund 1987, pris ca 120:–

I *En värdig ålderdom* samlar Joyce Hanserkers erfarenheterna från olika platser i landet; där man försökt att utveckla vården för åldersdementa. Boken är nyttig läsning för alla som har med vård av äldre att göra. De åldersdementa finns ju överallt i "vårdapparaten". Många gånger har det uppstått konflikter mellan kommuner och landsting om vem som ska ta hand om människor med ett dement beteende. *En värdig ålderdom* tar fram flera exempel där de båda huvudmännen lyckats hitta former för ett fruktbärande samarbete.

Historien om Råbyhemmet i Upplands-Bro är fascinerande. Det var 1977 som det gamla ålderdomshemmet skulle rustas upp och några pensionärer måste tillfälligt flytta ut i vanliga lägenheter. Fem lägenheter på bottenvåningen i ett flerbostadshus kopplades ihop. Lägenheterna disponerades om så att man fick nio bostadsrum och behövliga gemensamma utrymmen. Hit flyttade nio åldersdementa pensionärer från ålderdomshemmet och landets första gruppboende för åldersdementa hade startat. Det som från början var tänkt som en nödlösning blev 1980 en permanent verksamhet och har med tiden fått många efterföljare.

Dagvård och nattvård liksom försökan att på vanliga långvårdsavdelningar skapa bättre förutsättningar för vård av åldersdementa beskrivs på ett bra sätt.

En värdig ålderdom fyller en viktig uppgift genom att med ett lättillgängligt språk föra ut kunskap om vad som händer inom demensvården. De rapporter av mera vetenskaplig karaktär som ofta produceras i samband med försöksverksamhet är sällan så lättillgängliga att de kan tjäna som inspirationskälla. Därför är det en särskild glädje att kunna rekommendera Joyce Hanserkers' bok både till vårdpersonal och beslutsfattare. Läs den! Våra åldersdementa vänner är värda en bättre vård än den vi på många håll erbjuder idag.

Sven-Olof Johansson, Avd.förest, sjukhemmet avd 1

Postadress: Vårdcentralen, 695 00 Laxå



Åldersdiabetes – modell för hur sjukdomen kan spåras och behandlas

BARBRO HAGANDER

Per-Olof Bitzén, distriktsöverläkare i Dalby, disputerade i maj 1988 på en avhandling med titeln "On the Early Detection and Treatment of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus in Primary Health Care". Fakultetsopponent var Ole Faber, känd diabetolog från Danmark.

Utveckling av icke insulinberoende diabetes (NIDDM) eller åldersdiabetes är sannolikt en långsam process som sker under loppet av flera år. Lätt förhöjda blodsockernivåer behöver i sig inte ge några symtom, men komplikationer från hjärta, kärl- och nervsystem kan ofta påvisas vid sjukdomsdebuten och anses starta redan tidigare. Mot den bakgrunden har Per-Olof Bitzén gjort upp en modell för hur man tidigt kan spåra NIDDM eller tillstånd med nedsatt glukostolerans. Avhandlingsarbetet består också i en utvärdering av tidigt insatt kost- och tablettbehandling med avseende på normalisering av blodsocker.

Nyckelord: Diabetes mellitus, äldre, screening, kostvanor, läkemedelsterapi, epidemiologi, sulfonylurea, glipizid.

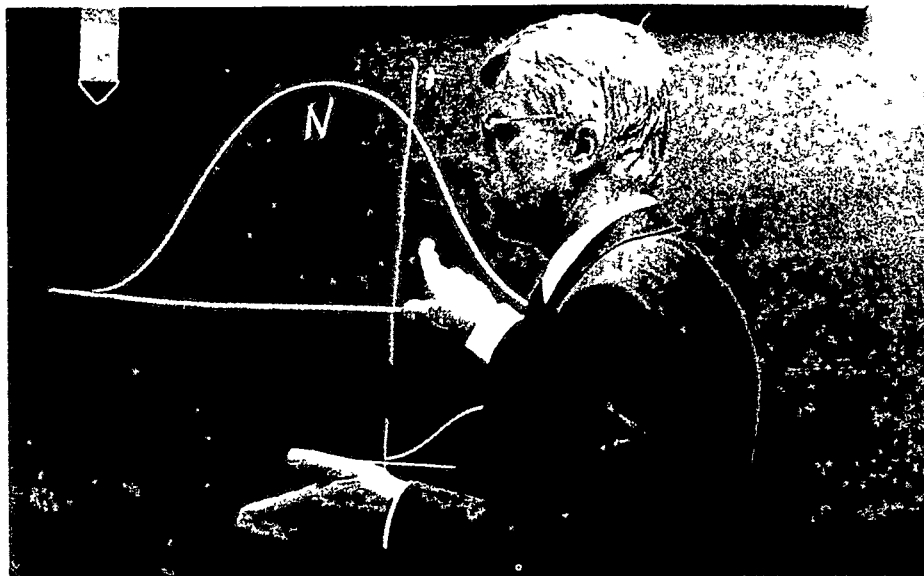
Screening

En omfattande screeningundersökning har sålunda genomförts hos sammanlagt 1082 patienter, som under en 3 månaders period sökte vid vårdcentralen i Dalby. Blodsocker analyserades fastande eller slumpmässigt under dagen och olika metoder för urinsockerbestämningar testades (clinistix, diastix, neostix, rediatest och clini-test).

Per-Olof Bitzén använde följande kriterier för positiv screening:

- 1) Positiv reaktion för uringlukos
- 2) Random uringlukos $\geq 1,1$ mmol/l
- 3) Random B-glukos $\geq 7,0$ mmol/l
- 4) Fastebloodsocker $\geq 5,6$ mmol/l

Av 89 på detta sätt positivt screenade försökspersoner hade 37 diabetes och 14 IGT (impaired glucose tolerance) enligt WHO-kriterier. Det visade sig att blodsocker icke fastande när som helst under dagen och med



Per-Olof Bitzén redogör för begreppen sensitivitet och specificitet. (Fotograf: Per Nyberg, Dalby.)

screeninggräns 7,0 mmol/l var det effektivaste och säkraste sättet att påvisa diabetes. Med denna metod uppfångades sålunda totalt 35 av 37 individer med tidigare okänd NIDDM. Screening med uringlukos missade däremot 40–60% av antalet nya fall av diabetes.

Studien visar också att alla nyupptäckta diabetiker utom 2 var äldre än 45 år. Diabetesfrekvensen ökade i högre åldrar och översteg 10% i åldersgruppen över 75 år. Man finner också att övervikt var betydligt vanligare bland diabetiker jämfört med en kontrollgrupp.

Kostbehandling

Genom tillämpning av nämnda screeningdiagnostik fann Per-Olof Bitzén under en 18 månaders period 31 patienter med diabetes och 7 patienter med enbart nedsatt glukostolerans. Dessa patienter fick alla kostråd av diabetessjuksköterska med målet att inom 10 veckor komma ner under 6 mmol/l i fastebloodsocker.

Under kostenperioden förbättrades fastebloodsocker hos flertalet diabetiker; 16 av de 38 patienterna nådde ner till en fastebloodsockernivå < 6 mmol/l. I genomsnitt sjönk fastebloodsocker med 20%. Bäst effekt hade kostbehandling i gruppen av patienter som hade de högsta initiala blodsockervär-

dena. En viktig iakttagelse var att den för NIDDM karaktäristiska försening- en i tidigt insulinsvar ej förbättrades av kostreglering. Följaktligen påverkades ej heller blodsockerstegringen efter måltid.

Vidare analys av resultaten visar att mild glukosintolerans, ordentlig vikt- nedgång och kraftigt måltidsrelaterat insulinsvar innebar de bästa förutsätt- ningarna för en normalisering av fas- tebloodsocker, < 6 mmol/l. Fortsätt- ningsvis kunde under 5 års observa- tionstid 9 av de 16 patienterna genom kostbehandling bibehålla sina normala blodsockervärden. Hos dessa patien- ter kunde också en klart förbättrad insulinkänslighet påvisas.

Måltidstest med och utan Glipizid

I ett annat delarbete har samma 38 patienter undersökts med måltidstest resp måltid med 5 mg glipizid 30 min före. Glipizid, är ett snabb- och kortverkande sulfonylureapreparat, som reducerar postprandiellt blodsoc- kersvar. Per-Olof Bitzén kunde visa att glipizid till skillnad från kostbe- handling resulterade i en högre insu- linsekretion i intervallet 10–30 min efter måltid. Samtidigt kunde man iakttaga att den ökade och förlängda blodsockerstegringen efter måltid re- ducerades. Dessa resultat talar för att

kostbehandling i kombination med glipizidbehandling är en möjlig väg att normalisera hela blodsockerprofilen hos flertalet patienter med tidigt upptäckt NIDDM. Denna möjlighet undersöktes i en långtidsstudie.

Långtidsbehandling med sulfonylurea

I de fall behandlingsmålet ej uppnåddes genom enbart kostreglering fick patienterna tillägg av glipizid i successivt ökande dos till maximal dygnsdos av 10 mg $\times$ 2. Flertalet av de tablettbehandlade diabetikerna uppnådde på detta sätt acceptabel inställning, $<6,0$ mmol/l efter 1,1 år. Efter behandling med glipizid i 3,7 år var blodsockret fastande i medeltal 6,7 mmol/l och fasteblodsockret var $<6,0$ mmol/l hos 5 patienter.



Fakultetsopponent Ole Faber menar att allmänläkarna kan hitta patienter med diabetes på ett tidigt stadium genom att screena enligt Per-Olof Bitzéns modell. (Fotograf: Per Nyberg, Dalby.)

Några patienter ($n=8$) visade sig svara dåligt på tablettbehandling. Vid maximal dygnsdos av glipizid (20 mg) kompletterades behandlingen hos denna grupp av patienter med metformin upp till högst 1 g $\times$ 2. En compliance studie talade för att dessa patienter ej följde rekommenderad kost, vilket också kunde verifieras genom att deras vikt i genomsnitt steg 3 kg. Denna del av avhandlingsarbetet visar sålunda att kombinationsbehandling kost och glipizid sänker blodsockervärden till en normal nivå, som kan bibehållas under lång tid, dock under förutsättning av att kostråden följs.

För patientgruppen som glipizidbehandlades har också andra intressanta skillnader kunnat iakttagas. För 10 patienter som tog glipizid enbart på morgonen (<10 mg) och därigenom diskontinuerligt exponerades för sulfonylurea kunde en bestående förbättring av den tidiga insulinfrisättningen iakt-



De båda handledarna och professorerna Arne Melander och Bengt Scherstén ser förnöjsamma ut efter ett starkt försvar. (Fotograf: Per Nyberg, Dalby.)

tagas och som följd därav även förbättrad postprandiell blodsockerkontroll. Så var däremot inte fallet hos 5 patienter, som hade uppdelad och högre dos (20 mg) och som medelst läkemedelsanalyser också visade sig ha en kontinuerlig glipizidexposition. En viktig behandlingsprincip kan således vara att söka åstadkomma en diskontinuerlig exposition för sulfonylurea vilket ger möjlighet för β -cellen att återhämta sig mellan varje doseringstillfälle.

Konklusion

Huvudsakliga ansvaret för varden av patienter med NIDDM faller på primärvården. I Dalby primärvårdsdistrikt finns ca 380 diabetiker, motsvarande en åldersstandardiserad prevalens på 2,2%. Per-Olof Bitzéns avhandlingsarbete visar hur primärvårdens nuvarande metoder är användbara för att spåra diabetes mellitus i en befolkning. Bestämning av blodsockret taget icke fastande med 7,0 mmol/l som screeninggräns har tillräckligt hög

validitet för att kunna rekommenderas som allmän screeningmetod i primärvården. Uringlukos har låg sensitivitet och missar cirka varannan diabetiker.

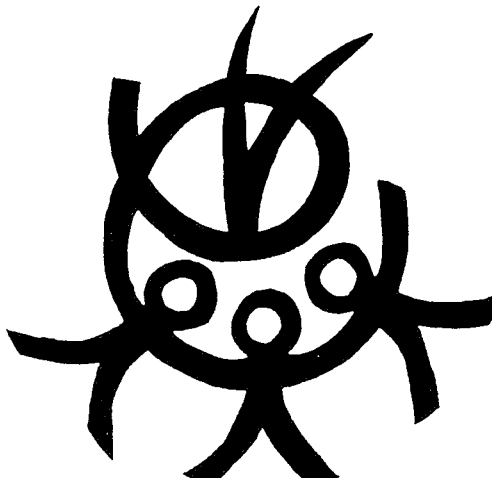
Screening för diabetes i primärvården synes kunna avgränsas till åldrar efter 45 år.

Avhandlingsarbetet visar hur blodsockervärdena kan hållas på praktiskt taget normal nivå genom att ge kost eller en kombination av kost- och glipizidbehandling. Rätt kost sänker fasteblodsocker, vilket får anses grundläggande i diabetesbehandlingen. Glipizid i låg dos påverkar den tidiga insulinfrisättningen och därmed blodsockervärdena efter måltid. Med sådan optimal behandling ökar också möjligheterna att förebygga framtida komplikationer hos diabetiker.

Författarpresentation

Barbro Hagander, distriktsläkare, docent

Postadress: Vårdcentralen Dalby, 240 10 Dalby



Symbol för hälsa från en gammal samisk mytologi, här tecknad av Gry Fors. Utposten 1989; 18(1):3

Chlamydiascreening och partnerspårning i en glesbygdskommun

DAGMAR EDUNG-PERSSON

Under tre månader hösten 1986 gjordes en screeningsundersökning av frekvensen genital chlamydia hos symptomfria kvinnor, som sökte preventiv- och ungdomsmottagningen i Ljusdal. Samtidigt provades lokala rutiner för uppspårning och parallellbehandling av den manliga partnern. Undersökningen visar 17,6 procent chlamydiapositiva kvinnor i tonårsgruppen, 14–19 år, vilket överensstämmer med tidigare gjorda undersökningar. Anmärkningsvärt är att endast 2 av 21 odlingar blev positiva hos manliga partners till chlamydiapositiva kvinnor.

Nyckelord: Veneriska sjukdomar, screening, behandling, epidemiologi, chlamydia, Ljusdal

Introduktion

Chlamydia trachomatis är en bakterie, som orsakar trakom hos cirka 500 miljoner människor i U-länderna och numera även är den vanligaste orsaken till sexuellt överförd sjukdom i västvärlden (1). Kunskapen om chlamydia som könssjukdom är av sent datum och först i början och mitten av 1970-talet har man genom förenklade odlingsmetoder kunnat göra den mer tillgänglig för diagnostik. Under 1985 rapporterades 31.792 odlingsverifierade fall av chlamydia till SBL jämfört med 5236 fall år 1982. Under samma tid sjönk antalet gonorréfall från 12 180 år 1982 till 6 164 fall år 1985 (1). Man antar dock att det i verkligheten rör sig om cirka 100 000 nya chlamydiafall per år i Sverige, främst bland tonåringar (1). Chlamydiainfektionen är lömsk p.g.a dess symtomfattigdom. Många som drabbas har inga eller endast diffusa underlivssymtom, vilka ej föranleder läkarbesök. Det är dessa symptomfria personer som ovetande sprider smittan vidare, ofta under lång tid.

En undersökning på RFSU:s ungdomsmottagning i Stockholm visade att 20 procent av de undersökta tonårsflickorna var symptomfria bärare av chlamydia (2). Vid en undersökning vid ungdomsmottagningen i Gävle fann man 16,5 procent symptomfria chlamydiabärare bland tonårsflickorna (3). Symtomgivande chlamydia ytt-

rar sig hos män som uretrit eller epididymit, hos kvinnor som cervicit eller endometrit-salpingit. Vid förlossning kan chlamydia spridas till barnet i form av konjunktivit och/eller pneumoni.

Även ledbesvär ses som komplikation till chlamydia, exempelvis Reiters syndrom, som är vanligast hos män och som yttrar sig som periodvisa återkommande led-, ögon- och genitalsymtom.

Den allvarligaste komplikationen på sikt, äggledarskada med därav följande risk för utomkvedshavandeskap och infertilitet, drabbar ungefär var tionde kvinna. Chlamydia tycks ge svårare äggledarskador än gonorré. Man räknar med 11 procents risk för infertilitet efter en salpingit, 23 procent vid två salpingiter och 54 procent vid tre eller flera episoder. Tubarocklusion har dock påvisats hos 30 procent av patienter efter en enda svår salpingit (4).

För att minska smittspridningen i högriskgruppen, dvs unga sexuellt aktiva, är provtagning i screeningsyfte vid de tillfällen individen kommer i kontakt med sjukvården av andra orsaker, exempelvis preventivmedelsrådgivning, en möjlig aktiv åtgärd (6, 7).

Syftet med denna undersökning var att studera frekvensen symptomfria chlamydiabärare bland unga kvinnor i Ljusdal och därigenom värdera behovet av och rutinerna för lokala screeningsinsatser. Under undersökningsperioden provades också lokala rutiner för uppspårning av sexualpartners till de odlingspositiva kvinnorna, vilket också innebar en möjlighet att bestämma frekvenserna av symptom och positiv odling hos dessa partners.

Material

Materialet utgörs av 256 kvinnor t.o.m 29 års ålder, som under en tremånadersperiod 1986-09-22–1986-12-22 sökte preventivmedels- och ungdomsmottagningen i Ljusdal, samt partners till de odlingspositiva kvinnorna i undersökningsgruppen.

Metod

Patientmaterialet fördelades slumpmässigt på de tre barnmorskor som arbetade vid preventivmedels- och ungdomsmottagningen. Efter muntlig information erbjöds samtliga kvinnor t.o.m 29 års ålder chlamydiaprovtagning. Alla tillfrågade kvinnor utom en

accepterade att delta i undersökningen. Anamnesupptagningen gjordes enligt särskilt formulär, avseende symptom, eventuell känd chlamydiakontakt, tidigare sexuellt överförd sjukdom och antal partners under de senaste tre månaderna. Efter vaginalundersökning noterades objektiva fynd i form av palpationsömheter, fluor, utseende hos portio och wet smear. Chlamydiaodling togs från cervixkanalen enligt gängse rutiner, vilket innebär rengöring av portio med tork och rotation av odlingspinne i cervix. Odlingsprovet skickades samma dag per post till bakteriologiska laboratoriet i Gävle. (Fyra negativa odlingsprov kan ha fått missvisande svar p.g.a fyra dygns transport till laboratoriet.)

Vid positiv odling följdes kvinnan upp med antibiotikabehandling och kontrollodling via preventivmedels- och ungdomsmottagningen. Antibiotikabehandlingen utgjordes av tabletter Vibramycin 100 mg i dosering 2×1 första dagen och därefter 1×1 i åtta dagar.

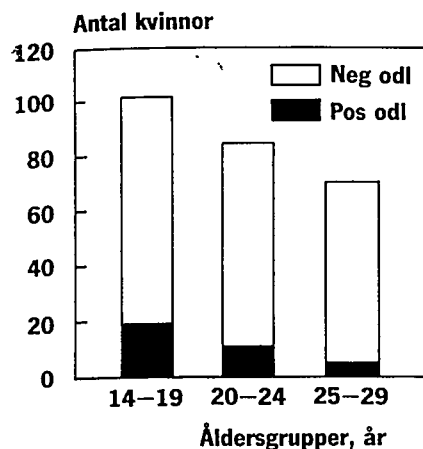
Via kvinnan utdelades till hennes samtliga partners under den senaste tremånadersperioden, dels skriftlig information om chlamydia, dels en nummerad "in blanco" odlingsremiss. Syftet med informationen och odlingsremissen var att motivera, underlätta och påskynda mannens kontakt med sjukvården. Inom två dagar fick mannen läkartid på distriktsläkarmottagningen för uretraodling och antibiotikabehandling utan att avvakta odlingsvar. Avsikten med detta förfarande var att ge partners samtidig antibiotikabehandling. Vid positiv odling kallades mannen för kontrollodling. Vid negativ odling skedde ingen ytterligare åtgärd.

Resultat

Antalet respektive andelar kvinnor med positiv cervixodling avseende chlamydia trachomatis i olika åldersgrupper redovisas i figur 1.

Symtom

Av de 31 odlingspositiva kvinnorna angav 20 (64 procent) total symptomfrihet, 9 förekomst av flytning och 2 låg buksmärta. I den odlingsnegativa gruppen, som utgjordes av 225 kvinnor, angav 180 (80 procent) total symptomfrihet medan 45 angav symtom, varav 34 hade fluor, 8 låg buksmärta och 3 samlagsblödning. Objektivt fann man hos 10 av de odlingspositiva kvin-



Figur 1.
Antal kvinnor med negativ resp positiv cervixodling avseende chlamydia trachomatis i olika åldersgrupper samt andel positiva i procent.

norna misstänkt patologiskt smear samt hos 5 lättblödande portio.

STD-anamnes

Av de 31 odlingspositiva kvinnorna hade 5 (16 procent) tidigare haft STD, varav 3 chlamydia, 1 kondylom och 1 herpes genitalis. I den odlingsnegativa gruppen hade 26 av 225 tidigare haft STD (11 procent). Av dessa var 17 chlamydiainfektioner (varav 1 kvinna under åren 1983-86 behandlats 6 gånger), 2 gonorré, 4 kondylom och 3 herpes genitalis.

Partners

Under den senaste tremånadersperioden före provtagningen hade 22 av de odlingspositiva 31 kvinnorna haft 1 sexualpartner (71 procent), 7 hade haft 2 partners och 2 hade haft 3 eller flera partners. I gruppen odlingsnegativa kvinnor, 225 st, hade under samma tidsperiod 184 st haft 1 partner, 19 st 2 partners och 4 st 3 partners. Återstående 18 kvinnor hade inte haft någon partner under den senaste tremånadersperioden. Av dessa var 3 virgo.

Anamnestiskt fann man till dessa 31 odlingspositiva kvinnor 42 sexualpartners. 26 nummerade odlingsremisser utan namn utdelades via kvinnan till partnern. 21 partners infann sig på distriktsläkarmottagningen i Ljusdal för provtagning. 5 män sökte annorstädes eller uteblev. Av 21 chlamydiaodlingar från uretra hos dessa manliga partners, blev endast 2 positiva (8 procent). Övriga 19 utföll negativt. Samtliga 21 partners angav fullständig symptomfrihet. Av de manliga partners som infann sig för odlingsprov hade 19 under föregående tremånadersperiod haft 1 sexualpartner, 2 hade haft 2 partners. 3 av männen hade tidigare behandlats för STD, i 2 fall chlamydiainfektion, i 1 fall herpes. Övriga män var tidigare genitalt friska.

Av de 16 män som utgjorde sexuella kontakter till några av de odlingspositiva kvinnorna, men som ej fått remiss till odling, visade sig 3 redan vara be-

handlade för chlamydiainfektion och 7 hade sökt läkare på andra mottagningsar, oftast på annan ort, på uppmaning av kvinnan. För de återstående 6 männen gick det inte att få några uppgifter om eventuell uppföljning, då parterna inte längre hade kontakt med varandra eller partners namn var okänt.

Två manliga partners, som sökte distriktsläkare på annan ort, fick på grund av negativt odlingsresultat ingen behandling, utan reinfekterade kvinnan, som vid kontrollodlingen redan var bakteriefri efter den första infektionen.

Kontrollodling

Samtliga kontrollodlingar efter antibiotikabehandling blev negativa.

Diskussion

Undersökningen visar med materialet uppdelat på tre åldersgrupper en med åldern sjunkande frekvens av genital chlamydiainfektion. I tonårsgruppen fanns i Ljusdal hos nästan en femtedel genital chlamydiasmitta (17 procent). Resultatet överensstämmer väl med fynden i andra undersökningar i landet och även med resultatet vid en liknande undersökning vid ungdomsmottagningen i Gävle, där man fann 17,2 procent chlamydiapositiva genitala odlingar hos en stor grupp kvinnor i samma åldersgrupp. Resultaten styrker behovet av screening för genital chlamydia i denna unga högriskgrupp och visar att behovet är lika stort i glesbygdskommun som i storstad.

Det andra syftet med denna studie var att skapa rutiner för spårande och parallellbehandling av manlig partner. Vi fick efter utdelning av blank odlingsremiss och informationsskrift, en uppslutning på 80 procent, dvs 4 av 5 män infann sig vid distriktsläkarmottagningen i Ljusdal för provtagning och receptföreskrivning.

Anmärkningsvärt är att endast 2 av 21 chlamydiaodlingar blev positiva hos dessa symptomfria män, trots förekomst av i samtliga fall odlingspositiv partner. Olika undersökningar har tidigare visat 28-55 procent smittade partners till odlingspositiva kvinnor (8). I det föreliggande materialet är andelen män med positiv chlamydiaodling från uretra ännu lägre. Det kan bero på provtagningsteknik och transportförhållanden. En bakomliggande orsak kan också vara chlamydiainfektionens förmåga att persistera i vävnad utan att kunna upptäckas med gängse metoder, vilket visats hos patienter med trakom och iakttagits vid in vitro-undersökningar i cellodlingar (8).

Något som ytterligare styrker smittsamheten hos odlingsnegativa män är exemplet med de två män som sökt på annat håll, och som p g a negativ chlamydiaodling ej fått antibiotikabehandling. Dessa män reinfekterade snabbt sina partners, som efter doxycyklinbehandling blivit kontrollnegativa.

Fyndet av en mycket låg frekvens positiva uretraodlingar hos manliga partners till odlingspositiva kvinnor väcker flera frågor:

- Är det meningsfullt att över huvud taget undersöka manliga partners till chlamydiabärande kvinnor med uretraodling annat än av epidemiologiska skäl? Manliga partners borde kunna behandlas direkt.
- Är det lämpligt att genomföra odlingscreening avseende genital chlamydia hos symptomfria män? Dessa måste nog sökas och antibiotikabehandlas via den odlingspositiva kvinnliga partnern.

Sammanfattningsvis bör insatserna huvudsakligen inriktas mot att spåra genital chlamydiainfektion hos den unga kvinnan, tex via screening vid preventivmedels- och ungdomsmottagningar, för att på så sätt om möjligt minska smittspridningen och dess konsekvenser, både hos män och kvinnor.

Referenser

1. Mårdh P-A. Den tysta folksjukdomen. Dagens Nyheter Debatt, söndagen den 12 oktober 1986.
2. Örtqvist Å et al. Chlamydia-infektioner på en ungdomsmottagning i Stockholm. Läkartidningen 1984;81:3929-31.
3. Rahm V-A, Gnarpe H, Rosén G. Chlamydia vanligt hos tonårsflickor som sökt preventivmedelsrådgivning. Läkartidningen 1986;83:615-6.
4. Paavonen I, Wölner-Hanssen P. Chlamydiainfektion och infertilitet. Läkartidningen 1986;83:2916-7.
5. Eriksson I, Forsman L. Infertilitet efter chlamydiainfektion. Läkartidningen 1986;83:2890-1.
6. Sandström E. Oroande ökning av chlamydia och papillomvirusinfektioner. Läkartidningen 1986;83:2203.
7. Information från Socialstyrelsens läkemedelsavdelning nr 2 1986. Behandling av sexuellt överförbara sjukdomar.
8. Symposium "Chlamydiainfektion i öppen vård". Moderator Johan Wallin. Abbot Scandinavia AB. Augusti 1986.

Författarpresentation:

Dagmar Edung-Persson, FV-läkare i allmänmedicin vid Ljusdals sjukhus

Postadress: Distriktsläkarmottagningen, Box 702, 827 00 Ljusdal.



Hellre lagom av två mediciner än för mycket av en.

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 lågdos ett förstahandsval. Varför inte använda en låg dos av Salures också i de flesta fall av kombinationsbehandling?

SALURES 2,5-5,0 mg +

ACE-hämmare

beta-blockerare

Ca-antagonister

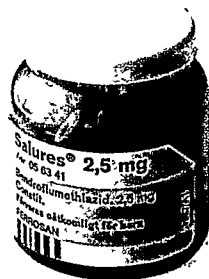
alfa-blockerare

kaliumsparare

Vill man kombinera två preparat för att uppnå ytterligare blodtrycks-sänkning eller reducera biverkningar, lämpar sig i de flesta fall Salures som bas, eftersom Salures går att kombinera med vilket som helst av de nyare blodtryckssänkande medlen.

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

*Drugs 30: 469—474 1985. How Dangerous are Diuretics? Edward D. Freis and Vasilios 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.



 **FERROSAN**
HJÄRTA/KÄRL
TEL. 040-38 30 00

En forskarcirkel i tiden

SVEN-OLOF ANDERSSON

Artikeln beskriver verksamheten i en forskarcirkel som nu fungerat i sju år. Artikeln visar på betydelsen av kollegiala kontakter för allmänmedicinens utveckling som ett självständigt ämne. Artikeln anknyter till tidigare artiklar i AllmänMedicin från forskarcirkeln i Umeå.

Nyckelord: Allmänmedicin, forskning, teori, metoder, debatt

Allmänmedicinska sektionen vid Umeå Universitet började sin verksamhet 1980 och strax därefter började en grupp allmänläkare träffas regelbundet varannan vecka för diskussioner med utgångspunkt från de erfarenheter deras arbete givit dem. Mötena har hållits i form av en studiecirkel med litteraturstudier, diskussioner och smärre undersökningar har genomförts. Vi har tidigare rapporterat från cirkelns arbete (1) och den har fyllt en viktig funktion för sektionen och de deltagande allmänläkarna, inte minst genom att den brutit den ensamhet och isolering som ofta utmärker allmänläkarens arbetssituation och som kan slita hårt.

Syftet med cirkeln var från början att ge stöd åt det allmänmedicinska ämnets pedagogiska form och innehåll och cirkeln var första året i praktiken en lärarutbildning (2). Sedan har ämnets vetenskapliga utveckling kommit alltmer i fokus. I den ömsesidiga diskussionen kring de problem vi mött i vardagsarbetet har förutsättningar skapats för gemensamma uppfattningar och en mer nyanserad bild av allmänläkararbetets innehåll och problem har vuxit fram. På så sätt är cirkeln en referensgrupp som främjar strävandet efter objektivitet och vetenskaplighet i vårt arbete. En följd av cirkelns arbete är fördjupade uppfattningar hos deltagarna om allmänmedicinens innehåll, centrum och avgränsningar, dvs sådant som gör allmänmedicinen till ett eget ämne och skiljer det ifrån andra.

Forskarcirkelns arbete

En av de studier som forskarcirkeln tidigare har genomfört handlade om antalet desintegrerade problem per besök i en diskussion om produktiviteten i allmänläkarens arbete (3). Vi fann då att det inte alltid var möjligt att beskriva patientens problem i medicinskt diagnostiska termer. Vi formulerade begreppet "tjocka streck" som beteckning på patienter som vi

upplevde tunga trots den ringa medicinska tyngden mätt i antalet medicinska diagnoser.

Under senare år har vi diskuterat tidens betydelse för konsultationen varvid olika uppfattningar har redovisats. En del medlemmar menade att tidens betydelse för en god konsultation var överdriven, medan andra talade om "trycket" och stressen i arbetet.

En engelsk undersökning av patientens syn på mottagningsarbetet visade att patienterna var förvånansvärt nöjda trots, utifrån ett svenskt perspektiv, mycket korta besökstider (4). Detta blev incitament till att studera tidens betydelse för konsultationen.

I det följande skall forskarcirkelns arbete med denna tidsstudie redovisas med utgångspunkt från fyra frågor av vetenskapsteoretisk natur. Vi vill lyfta fram dessa frågor därför att de ger en struktur åt vetenskapligt arbete. Vi vill också visa på betydelsen av kollegiala kontakter och gemensamt arbete i en grupp för detta arbete. Tidsstudien är ett exempel på hur forskarcirkeln arbetar.

De fyra frågorna är (5):

a Ontologiska frågor, dvs hur är verkligheten beskaffad? Vilka är de fenomen allmänläkaren möter? Vilka är de frågor vi vill ha besvarade?

b Metodologiska frågor, dvs hur studeras fenomenen? Hur skall vi få svar på våra frågor.

c Kunskapsfrågor, dvs vilken giltighet har resultaten av vårt systematiska sökande efter kunskap? Hur relateras den nya kunskapen till det vi vet sedan tidigare? Stämmer den med vår uppfattning om verkligheten?

d Värdefrågor. Vad är gott? Vad är rätt? Vad betyder den nya kunskapen? Hur förändrar den vårt arbete?

Ontologiska frågor

De problem och frågor som allmänläkaren möter i sin vardag är utgångspunkten för det vetenskapliga arbetet i allmänmedicin och det har också varit fokus för forskarcirkeln. Ett öppet gruppklimat är viktigt för att en opretentiös reflexion över de frågor som väckts i arbetet skall komma fram. Det känns många gånger som en stor förmån att ha möjlighet att ta fram och utveckla sin ofullkomlighet, sina svårigheter och tillkortakommanden. I dessa ofullständigheter finns frö till utveckling av både ny kunskap och på ett mer personligt plan.

Viktiga delar i detta arbete är utveckling av begrepp och teorier. Några av oss brukar säga att det finns

inget så praktiskt som en god teori. Ett av allmänmedicinens svagheter idag är just brister på de teoretiska planet (6).

De fenomen vi möter i vår verklighet är inte alltid enkla och entydiga. De är inte heller alltid lätta att beskriva. Ett exempel från forskarcirkelns arbete är begreppet "tjocka streck" som vi använde i vår studie av antalet problem per patient. "Tjocka streck" betecknade de patienter som endast hade ett problem, men som vi upplevde tunga, de tog lång tid och vi blev frustrerade av dem. Ofta hängde också olika symtom samman i detta tunga problemkomplex. Den gängse medicinska terminologin lämnade oss i sticket och vi fastnade för arbetsnamnet "tjocka streck". Studien handlade egentligen om vår produktivitet. "Tjock streck"-fenomenet var en spin-off effekt och begreppet gjorde det möjligt för oss att kommunicera om det vi upplevde svårt i vårt arbete och också att studera det.

Tidsbegreppet

En svårighet i vårt arbete handlar om brist på tid och hur vi hanterar upplevelsen av tidsbrist. Men vad är egentligen tid? Vilket fenomen är det vi betecknar med tid?

Det finns flera tidsbegrepp. Vår vanliga västerländska tid liknar vi ofta vid en linje, där lika långa ögonblick kontinuerligt följer på varandra i takt med de konstanta svängningarna i kvartsurets kristall. Denna tid kan vi inte påverka. Den rusar oupphörligt emot oss och går lika fort på dagen som på natten. Den saknar innehåll. Den ställer tvärtom krav på oss att fylla den med åtgärder, att prestera något.

Detta tidsbegrepp har haft stor betydelse allt sedan industrialiseringen av vår kultur ägde rum och är kopplad till andra begrepp som produktivitet och effektivitet i ekonomiska termer. Tiden i denna mening är lätt mätbar och kan därför göras till handelsvara (arbetstid, "tid är pengar") eller grund för värdering (tävlingsresultat, produktivitet). Gösta Tibblin har pekat på hur detta tidsbegrepp kan påverka oss och har lanserat begreppet "tidssjukdomar" (7) som beteckning för dess negativa effekter.

En annan aspekt på tiden hänger samman med upplevelser och händelser. Innehållet, kvaliteten är då det centrala i tiden. "Två timmar tillsammans med den älskade är som två minuter, två minuter på en varm platta är som två timmar" (efter Einstein).

Olika kulturer har olika betoningar i sin uppfattning om tiden. När tågen i Afrika inte följer tidtabellen blir vi västerlänningar stressade och upprörda. Tiden går ifrån oss. De infödda sitter snarare och väntar på tiden, dvs att något skall hända. De har bildligt talat "gått ur tiden" medan de väntar. Tiden är således svärfångad och mångtydig. Vi lever med olika aspekter på tiden samtidigt.

Tiden som problem

Arbetsgivaren betalar vår arbetstid för att vissa arbetsuppgifter skall göras. Tiden är vår resurs. Arbetsgivarens krav på ökad produktivitet i ett ekonomiskt hårdnande klimat är styrt av klockans tid: Mer patienter per timme är ett mål i sig.

Vi använder ibland tiden som argument: "Jag har inte tid att stanna . . .", "jag har inte tid att prata med dig . . .", "jag har inte tid att ringa Pettersson idag . . ." etc. Brist på tid får stå för en annan prioritering, något annat är viktigare. "Om jag bara hade haft mer tid, så . . ." – ett uttryck för en frustration som vi inte sällan känner när vi sitter med fullt väntrum eller får order om att starta en ny verksamhet med oförändrade resurser.

Utgångspunkten för diskussionen i forskarcirkeln var dilemmat med upplevelsen av brist på tid och kravet på ökad produktivitet och den professionella ambitionen att göra ett bra arbete med varje patient. God kvalitet i allmänläkarens arbete kräver mer än tid, men tiden är inte oväsentlig i sammanhanget. Men vad betyder tiden för besöket? Innebär mer tid per besök att kvaliteten i patient-läkarmötet ökar eller är korta besök lika bra? Detta var några av de tankar som låg bakom beslutet att genomföra en studie av tidens betydelse för konsultationen.

Vi ville studera sambanden mellan faktisk tid, värderingen av längden för besöket och patientens möjlighet att berätta om sitt problem. Dessutom ville vi undersöka hur patientens ålder och kön samt problemens karaktär påverkade besökens längd.

Metodologiska frågor

Vår utgångspunkt innehöll således flera aspekter på tiden som fick metodologiska konsekvenser. Å ena sidan tickar klockan framåt oavsett besökets innehåll, och å den andra sidan upplevelsen av det mänskliga mötet mellan patient och läkare.

I den engelska undersökningen (4) jämfördes patientens upplevelse i förhållande till den bokade tiden. Vi beslutade att med liknande formulär låta patient och läkare var för sig värdera besökets innehåll och längd samt ställa detta i relation till den faktiska tiden för mötet ansikte mot ansikte.

I forskarcirkeln diskuterades bl a skalans konstruktion. Med utgångs-

punkt från det engelska formuläret, som var validerat, gjordes en svensk översättning och anpassning. Provs-kattningar genomfördes och formuläret korrigerades efter gemensamma diskussioner. Några frågor vi diskuterade var:

- Kan man beskriva patientens problem i polariteten psykologiskt-fysiskt? Hur uppfattas den frågan om patienten har flera från varandra skilda problem? Försöksskattningarna och diskussionerna om detta ledde fram till uppfattningen att det var möjligt att ge en helhetsbedömning av problemens karaktär.

- Vad innebär användandet av assymmetriska skalor där alternativen å ena sidan är avsevärt fler? Vår avsikt var att värdera besökets längd framför allt med hänsyn till brist på tid och då var denna assymmetri riktig.

- Skall diagnoser registreras? Trubbigheten i den medicinska diagnosregistreringen kände vi från vår tidigare studie av antalet problem per besök (3). Dessutom var vi i detta skede intresserade av sambanden mellan faktisk tid och upplevelsen av besökets längd, patientens förmåga att tala om problemen samt deras karaktär och inte av det snävt medicinska innehållet i besöket, varför vi avstod från diagnosregistrering.

De som senare genomförde studien var med i diskussionerna och/eller fick minnesanteckningar, som alltid har förts vid träffarna. Därigenom hade vi fått en gemensam uppfattning om frågorna och hur undersökningen skulle presenteras för patienterna. Efter provskattningarna bedömde vi formulärets reliabilitet acceptabelt. Formuläret hade en sk "face validity", dvs vi frågade direkt efter det vi ville veta. Vi kunde haft fler frågor för att få en mer nyanserad bild, men enkelheten i undersökningen var också viktig.

En mindre studie med 20 besök/läkare genomfördes, sammanställdes och diskuterades varefter formuläret accepterades i oförändrat skick och en utvidgad studie genomfördes och resultaten är nu under bearbetning.

Kunskapsfrågor

Den grundläggande frågan är om den kunskap vi fick vid undersökningen är sann i den meningen att den stämmer med vår erfarenhet. Resultaten av studien visade sammanfattningsvis att den faktiska tiden inte tycktes påverka bedömningen av besökens längd. Istället antyder resultaten att konsultationerna avslutades när de upplevdes färdiga, dvs när patient och läkare kommit överens. Detta gick ibland snabbt (4 min), ibland tog det lång tid (60 min). En del läkare var snabbare, andra långsammare. Delvis kunde detta förklaras av patienternas ålder, men läkarnas personliga stil hade också betydelse. Förstagångsbesök gick ofta snabbt, liksom besök med problem av helt fysisk karaktär. Det mest

slående var att patienterna i stort sett var nöjda med besökens längd och sina möjligheter att berätta för läkarna om sina problem och att läkarna i allmänhet var mindre tillfredsställda, särskilt om de uppfattade att patientens problem hade övervägande psykologisk karaktär.

Resultaten var inte direkt överraskande. De stämde med vår mer intuitiva upplevelse och erfarenhet. Men vi fick ett mått på det vi anade och kände och en mer nyanserad uppfattning om tidens betydelse. En utgångspunkt om att det inte enbart handlar om att ge patienterna mer tid vid varje besök fick stöd. En annan fråga handlar om resultatens generaliserbarhet. Gäller resultaten alla allmänläkare? Då materialet var litet (7 manliga läkare vid fyra olika vårdcentraler i Umeå, sammanlagt 633 besök) finns givetvis gränser för alltför generella slutsatser.

Studien och resultaten kan också ge infallsvinklar till fortsatta diskussioner och studier av våra arbetsformer och arbetsvillkor liksom vår mer personliga stil.

Värdefrågor

Vilket värde har studien och resultaten? Har de tex någon nytta? Resultaten ger stöd för rekommendationen att hänsyn bör tas till befolkningens åldersstruktur vid värdering av sk produktivitet. Däremot ger den inget underlag för värderingen av effektivitet, dvs vilken effekt på patientens hälsotillstånd som en konsultation har. En intrikat fråga är om landstingen med stöd av studien tex kan premiera läkare som har en arbetsstil med korta besök eftersom studien visar att deras patienter var lika nöjda som de andra läkarnas patienter? Ett sådant resonemang kan ligga nära till hands för dem som uppfattar produktivitet och prestation som värden i sig utan relation till andra mål. Men centralt i studien finns relationen mellan läkare och patient och den ömsesidiga upplevelsen i besöket. Ett intresse för effektivitet i allmänläkarens arbete bör således mer handla om förhållandet mellan läkare och patient än om klockan och besökens längd. Det är närvaron i mötet med patienten som ger grunden för effektiviteten, inte antalet minuter.

Studien rör sig således i spänningen mellan kvalitet och kvantitet. Den är kvantitativ till sin uppläggning. Vi mätte tid, räknade patienter och skattningar etc. Men den belyser allmänläkararbetets kvalitativa sidor.

Diskussion

Kollegiala kontakter har betydelse för kvaliteten i det medicinska arbetet (8). En grupp av forskarcirkeln typ inriktad på att öka vetenskapligheten i arbetet har betydelse för det kliniska vardagsarbetet. När läkare arbetar gemensamt på detta sätt fördjupas professionella attityder och utvecklas nya

kunskaper i arbetet. Ett exempel på betydelsen av arbete i grupp omkring de problem som allmänläkare upplever i sitt arbete är Balints nu klassiska verksamhet med engelska allmänläkare i grupper för att diskutera "krångliga" patienter (9). Det finns också rapporter om betydelsen av AT- och FV-läkargrupper i allmänmedicin (10, 11) liksom av läkargrupper av annat slag som regelbundet möts för att diskutera kliniska problem (12).

Allmänläkarens situation skiljer sig från läkares i slutna vård bl.a. genom risken för kollektal isolering. Ronden i den slutna vården är tex ett naturligt tillfälle för läkare att arbeta tillsammans och gemensamt diskutera patienter. Å andra sidan är det inte heller på sjukhus vanligt att man tar upp misslyckanden och svårigheter som faller utanför de snävt medicinska eller är mer personliga.

Forskarcirkeln har fyllt en sådan funktion också. Den är uttryck för en strävan efter ökad vetenskaplighet i patientkontakten för varje deltagare i Balints anda men har en annan betoning än en traditionell Balintgrupp.

Utgångspunkten i de problem vi möter i vår vardag, dvs våra ontologiska frågor, är viktig. Den utgångspunkten måste styra utvecklingen och valet av metoder för att studera verkligheten. Om man i stället utgår från tillgängliga eller kända metoder begränsar man fältet för sina studier till det redan kända och vetenskapligt accepterade. En sådan hållning skulle vara ytterligt skadlig för ett nytt ämne som allmänmedicin. I stället måste vi vara öppna för anomalier, dvs sådant som vi inte kan förklara eller förstå och söka de metoder som är anpassade till det fenomen vi ser framför oss. Det innebär också att vi får acceptera en spänning mellan olika synsätt inom allmänläkarkåren och om möjligt låta dessa ömsesidigt befrukta varandra i stället för att bekämpa varandra.

Att mäta det man kan mäta, studera det tillgängliga metoder ser och lämna resten därhän med kommentaren "icke forskningsbart", tyder snarare på brist på intresse och verklighetsflykt än en kritiskt-kreativ förmåga.

Förankringen i allmänläkarens vardag är också viktig för de kunskaps-teoretiska frågorna. Vår kunskap utgörs bl.a. av erfarenhet. Denna form av kunskap karaktäriseras av helhet och djup som vi inte alltid lyckas beskriva. Vi talar ibland om "tyst kunskap" (tacit knowledge = kunskap man får tex genom praktik och som inte enkelt kan formuleras) som ett uttryck för denna svårångade del av vår kunskap, men ämnet rymmer också annan kunskap som ännu inte formulerats. Vi känner och vet att den har betydelse för vårt arbete men den är ännu inte formulerad eller metodiskt studerad.

Behöver vi studera och formulera kunskapen? Ja, det är nödvändigt för att vi skall kunna kommunicera om

den och utveckla vårt arbete. Det är också viktigt för utbildningen av läkare och annan vårdpersonal och för hela ämnet. Den akademiska allmänmedicinens lyhördhet för allmänläkarnas vardagsproblem är avgörande för denna process. Den akademiska och mer vardagliga allmänmedicin är komplementära och behöver ömsesidigt varandra. Den akademiska allmänmedicinen bör stimulera och medverka till att en "decentraliserad massforskning" kommer till stånd (13) och tillvarata och utveckla den kunskap som finns ute på vårdcentralerna. En viktig komponent i detta är av språklig karaktär. Vi måste hitta ord och begrepp som hjälper oss att bättre beskriva vår verklighet.

Avslutning

Forskarcirkeln är en bas för vår bearbetning av dessa frågor. Vi har genom åren utvecklat en samstämmighet om vardagsarbetet och dess problem som också innefattar en öppenhet inför nya fenomen och iakttagelser. Vi söker metoder för att studera verkligheten och kan i cirkeln också diskutera och värdera resultaten. Forskarcirkeln är således en viktig bas för konkretisering av begrepp som objektivitet och vetenskaplighet i vardagsarbetet.

Centralt i forskarcirkelns arbete är ämnet allmänmedicin. Ändå finns patienten ständigt närvarande i våra diskussioner och det kliniska arbetet utgör hela tiden grogrund för forskarcirkelns arbete. I diskussioner kan klarhet skapas om begreppen och den verklighet de representerar. I det ömsesidiga tankeutbytet får vi också nya kunskaper. Gruppen genererar på så sätt i sig självt kunskaper om den verklighet som är vår vardag.

Dessutom ger gemenskapen i gruppen praktiska förutsättningar för gemensamma studier, ömsesidig hjälp med material och synpunkter samt ett stöd för utveckling av det kliniska vardagsarbetet.

Referenser

1. Lynöe, N. Bidrag till diskussionen av det allmänmedicinska forskningsområdet. Rapport från en allmänmedicinsk forskningscirkel. AllmänMedicin 1984; 5:36-9.
2. Mattsson B, Westman G. Om undervisningen i allmänmedicin i Umeå. SFAM-nytt 1981; 2:32-5.
3. Lynöe N, Mattsson B. Att mäta primärvård - problem och möjligheter. AllmänMedicin 1984; 5:28-31.
4. Hull FM, Hull FS. Time and the general practitioner: The patient's view. J Roy Coll Gen Pract 1984; 34:71-5.
5. Lindholm S. Vetenskap, verklighet och paradigm. Stockholm: AWE/Gebbers, 1980.
6. Bruusgaard D. Skal teoretisk almenmedisin ofres på praksisens innehåll? AllmänMedicin 1986; 7:123-6.
7. Tibblin G. Är tidens sjukdomar tids-sjukdomar? Installationsföreläsning. Uppsala Universitet, 1983.
8. Rhee S-O, Luke RD, Culverwell MB.

Influence of client/colleague dependence on physician performance in patient care. Medical care 1980; 8:829-39.

9. Balint M. Läkaren Patienten och sjukdomen. Lund: Studentlitteratur, 1980.
10. Andersson SO. AT-läkargrupp i allmänmedicin - ett sätt att förbättra handledningen. Läkartidningen 1986; 83:4338-40.
11. Carlgren G, Thurfjell M. FV-läkargrupp i allmänmedicin ett sätt att förbättra allmänläkarutbildningen. Läkartidningen 1986; 83:707-8.
12. Frederiksen P, Knutsen K, Löfgren T, Persson L, Thors CE, v Scheele C. Nya samarbetsformer mellan allmänläkare och invärtesmedicinare i Sollefteå. Läkartidningen 1980; 77:2596-7.
13. Borschgreving C. Forskningsområdet i almenpraksis. Ur Forskning i almenpraksis. Red S Westin. Oslo: Universitetsforlaget, 1983.

(I tidsstudien och/eller forskarcirkelns bearbetning av artikeln har deltagit: Sven-Olof Andersson, Örjan Andersson, Inger Bylen, Sven Ferry, Gunnar Lundquist, Niels Lynöe, Bengt Mattsson, Pertti Pihlflyckt, Gunilla Risberg, Carl Edvard Rudebeck, Ulla Söderström, Göran Westman (samtliga distriktsläkare i Umeå sjukvårdsdistrikt).)

Författarpresentation:

Sven-Olof Andersson, distriktsläkare, Mariehems Vårdcentral

Postadress: 902 37 Umeå

MIGRÄN

Den karaktäristiska huvudvärken kommer när den inledande kärlsammandragningen övergår i en pulssynkron vidgning av artärväggarna.

ANERVAN[®]

Genom sin kärlkontraherande effekt förhindrar ergotaminet i Anervan att dilatationsfasen och därmed den svåra huvudvärken utvecklas.

Huvudprincipen vid anfallsbehandling med Anervan är att en enda tillräckligt stor dos tas så tidigt som möjligt, gärna i suppositorieform.

OBS! Anervan skall ej användas vid kontinuerlig terapi. För fullständig information se FASS. Δ
Suppositorier: Ergotamin 1 mg, klorcyklizin 20 mg, koffein 100 mg, meprobumat 200 mg.

KABI

Pharma

Tei 08 705 40 00



Fallbeskrivningen – ett symbolvetenskapligt kunskapsdokument

LB06379

OLLE HELLSTRÖM

Allmänmedicinsk forskning och praktik domineras av naturvetenskap. Genom att analysera en patients journal kan jag åskådliggöra vad det betyder för människors hälsa och sjukvårdens effektivitet att det mänskliga i vården kommit att skymmas av det tekniska. Samtidigt antyder jag värdet av symbolvetenskap i framför allt allmänmedicinen.

Nyckelord: Psykosomatiska sjukdomar, läkare-patientrelationer, holism

Verksamheten vård har, precis som all annan organiserad verksamhet, tex jordbruk, utbildning och krig, ett karaktäristiskt mål. När flera personers handlingar ska samordnas mot ett gemensamt mål i vården, är det nödvändigt att så många som möjligt hyser likartade föreställningar om vad tex en patient är. Jag tror att det går att återupptäcka och tydliggöra grundvärderingarna genom att *tolka* hur vi utför våra arbetsuppgifter. En människas handlingar, är nämligen alltid målinriktade. Till grund för subjektets handlande ligger en föreställning om verkligheten – en subjektiv bild av relevanta fenomen eller företeelser i handlingssituationen. Om denna bild överensstämmer med den konkreta verkligheten ökar förutsättningarna för ett ändamålsenligt handlande.

Allmänmedicinsk verksamhetsanalys
Jag har länge fruktat att gängse outtalade kollektivt närda föreställningar om vissa grundläggande fenomen i vår allmänmedicinska praktik kan föra oss på villovägar i mötet med patienten. För att materialisera tankeinnehållet i detta påstående har jag försökt gruppera tvåhundra konsekutiva besök på min mottagning med avseende på mötenas dominans av *medicinska* handlingar resp *förståelseutvecklande* dialog: När jag tex opererade nageltrång eller gipsade brutna ben klassade jag mötet som klart dominerande "fysiskt" till sin natur. Mötet med en patient som presenterade sina ångestframkallande relationer till sin döende far som om hon själv drabbats av svår yrsel, högt blodtryck och depression klassade jag som lika klart dominerande "existentiellt". Klassificeringen grundades på idén att det måste vara lika ödesdigert för patienten om läka-

ren inte förstår och åtgärddar förekommande fysiskt fel som om han manipulerar de fysiska fel som inte finns. På samma sätt är det inte ändamålsenligt att försöka härleda en symtompresentationens innebörder till patientens behov av förståelse och strävan att reducera sin känsla av meningslöshet om patientens sjukdomsupplevelse verkligen motsvaras av ett identifierbart missförhållande. En symtompresentation bör alltid inspirera läkaren att tänka i parallella banor.

I min studie kom patientens behov av förståelse att dominera mötet i 40% dvs i 80 av 200 möten. I praktiken lät jag mig – och låter mig – vägledas av ett övergripande symbolvetenskapligt organiserat perspektiv på människan. Idémässigt förutsätter jag också att det är framgångsrikt att i möten med patienter ta hänsyn till människans grundläggande mänskliga karaktärstiska: hennes symbolproducerande och symboltolkande relation till en värld av betydelse; jag ser människan som i första hand en symbolnärdd handlingsvarelse.

En journalanalys

För att belysa konsekvenserna av vårt dominerande biomedicinskt-tekniska handlingsperspektiv ska jag presentera en nu 76-årig kvinnas mångåriga erfarenhet av sjukvården. Jag baserar min kritiska analys på en radikal syn på människan och kan utifrån denna begreppsliga plattform peka på *dokumenterad avsaknad* av gensvar på patientens symbolspråk. Syftet med journalanalysen är att visa existensen av ett klart dominerande handlingsperspektiv i vården, en självklar, genomskinlig och sällan tydliggjord naturvetenskapligt och biomedicinskt organiserad föreställning om vad som karaktäriserar fenomenen människa, sjukdom, hälsa, möte, relationer mm. Journalutdragen kommenteras och tolkas löpande. Jag kommer också att visa exempel på vilka handlingar en *symbolvetenskapligt* orienterad grundsyn kan ge upphov till. Som huvudargument publiceras ett autentiskt brev till patienten. En del sjukvårdsekonomiska konsekvenser av de två synsätten berörs. Slutligen diskuterar jag effektivitet och kunskapsspridning i en visionär allmänmedicinsk verksamhet.

Betydelsefulla journaluppgifter

En 76-årig kvinna, fru L, söker mig som första patient under en veckas till-

fällig tjänstgöring på en vårdcentral i Dalarna. Hon är besvärad av yrsel, ostadighet, depression och sömnlöshet. Av *betydelsefulla* moment och händelser i kvinnans historia och sociala situation bör nämnas att hon för tjugofem år sedan flyttade från Stockholm med sin femton år äldre man och tre barn. För fem år sedan dog mannen i en blodsjukdom. Kvinnan är sömmerska och mannen var skraddare. De arbetade tillsammans ända fram till hans död. Flera år efter mannens död kunde hon "se honom sitta i rummet och sy". Patienten har två döttrar. Båda är gifta och bor i samma samhälle som fru L. En son bor i Stockholm. För två år sedan måste patienten flytta från den lägenhet hon bott tillsammans med maken i under tjugotre år. Hon trivs inte i den nya lägenheten.

Journalutdrag

Distriktsläkare har vid åtskilliga tillfällen bitt organspecialister om hjälp med diagnos och behandling och för att få hjälp med en förklaring till varför patienten inte mår bra.

Remiss till ortopedklinik

83 11 07: Denna patient har besvär med smärta, ostadighetskänsla, svaghetskänsla i vänster och numera också i höger ben. Har någon gång ramlat omkull. I övrigt besvär från halsryggrad och yrsel. Har nu ordentligt nedtrampade främre fotvalv och har inte haft någon större nytta av hålfotsinlägg. Smärttillståndet kvarstår och frågan är om hon inte behöver opereras också på höger sida.

Svar: Patientens besvär är atypiska. Det finns möjlighet att hon kan ha en förträngning i spinalkanalen, men varken neurologiskt eller anamnesticiskt får man något klart belägg för detta. Röntgen ländrygg och bäcken har varit ua. Sedan januari har hennes besvär varit mycket svåra. Vi blir trots allt tvungna att genomföra en lumbal myelografi med frågeställningen spinal stenosis.

Min tolkning: Maken är nu död sedan fem månader. Remitterande läkare omtolkar patientens med kroppsspråk uttryckta existentiella situation till att gälla operation eller inte operation av de fötter hon "vacklar fram på". Fastän tveksam om värdet av sina maskiner, måste ortopedspecialisten göra något för den lidande människan. Inga andra relationer än de tekniska står honom till buds.

Remiss till medicinavdelning

84 10 09: Ber att få remittera denna patient för intagning och övervakning. Har varit hos er vid flera tillfällen tidigare pga oklara symptom i form av ledvärk, yrsel och domningar. Har också legat inne på ortopedavdeln, där man gjort myelografi utan att finna något anmärkningsvärt. Patienten har dels ett yrseltillstånd som hon haft länge och som kommer i vissa röresler och när hon vrider på huvudet. Har därtill en typ av yrsel som kommer mera attackvis. Hon blir illamående både när hon ligger och är uppegående. Får samtidigt liksom en klump alldeles i jugulum. Denna senare yrsel skulle jag kunna tänka mig härrör från hennes återkommande växlingar i hjärtrytm och jag vill därför ha en diagnos på den.

Svar: Anamnestiskt ingen stark misstanke på cardiell orsak till yrseln, ostadighetsbesvären. Telemetrisk övervakning ger inga hållpunkter för arytmi. Har under vårdtiden inga allvarliga attacker som beskrivs i anamnesen. Har varit mycket rörlig och försökt provocera besvären men misslyckats. Utskrives till hemmet utan ytterligare åtgärd. Skulle i framtiden misstanke om rytmrubbningar uppstå som orsak till patientens besvär, rekommenderas ny remiss för längre telemetrisk övervakning tex med bandspelar-Ekg i hemmet.

Min tolkning: Ur ett symbolvetenskapligt perspektiv är det svårt att se hur en allmänläkare kan notera att patienten känner trånghet i strupen utan att reflektera över symboliken i kroppsspråket. Hela hans remiss är genomsyrad av existentiellt signifikanta uttryck, utan tecken på att han själv förstår det.

Remiss till medicinklinik

86 07 14: Rubr patient har under loppet av 2–3 år utvecklat domningar, stickningar och smärtor i framför allt benen och har nu en känsla av att gå på kuddar, ostadig då hon vänder sig. Har nedsatt djup känsel- och vibrationssinne från knäna och nedåt samt saknar patellar- och akillesreflexer. Myelografi är gjord 1985 med negativt resultat.

Svar: Ovanstående patient undersöktes av mig i nov -85. I samband med återbesök då konstaterades att patienten har en lindrig polyneuropati samt spänningssyrsl. Kontroll gjordes då av fasteblodsocker, B 12 och thyr.status, allt bra. Föreslår att du också kontrollerar en elfores med avseende på M-komponent och aktivitetstecken. Visar den undersökningen ingenting särskilt, tycker jag att du kan förskriva patienten B-vitamin.

Min tolkning: Att "gå som på kuddar" är ett uttryck som ofta återkommer hos den som upplever sin situation "i gungning", eller snarare hos den som försöker benämna eller organisera sitt kaos så att hotet om meningslöshet

och tomhet avvärs. Specialistens råd att ge B-vitamin ser jag som ett försök att undanröja en besvärande känsla av oförmåga att möta kvinnan.

Patienten som människa med bland annat kropp

För att antyda vad existensen av ett levande symbolvetenskapligt organiserat handlingsperspektiv kan leda till för relationer mellan läkare och patient redovisar jag ett brev, skrivet i anslutning till mötet med den sjuttiosexåriga kvinnan. Efter att ha läst brevet säger hon i samband med ett hembesök en dag senare: "I natt låg jag och tänkte på det där du sa om psykofarmaka. Jag fick tabletter mot depression och blev så pigg för några år sedan. När jag tog dessa tabletter var jag i Stockholm med min dotter och hennes familj i fjorton dagar. Men när jag fick samma tabletter mot samma depression ett år senare hjälpte dessa inte alls. Då var jag ensam här hemma. Du har rätt. Kemiska medel ersätter inte ensamheten."

Bästa fru L

När jag kom hem från arbetet kunde jag inte låta bli att tänka på allt det Du berättade. Jag har under senare år försökt förstå själva människan bakom symtomen. Om jag vill förstå varför Du inte mår bra, måste jag engagera mig själv som människa. Detta engagemang är ingen uppoffring. Livet har blivit rikare också för mig, sedan jag börjat lyssna till det unikt mänskliga hos mina patienter.

Det som skiljer oss från djuren är vårt ständiga och starka behov av att känna mening i våra liv, förstå betydelsen, tecknen i tillvaron. När Du berättade för mig att Du kände dig yr och inte kunde böja dig så sa Du att detta var besvärligt vid tex graven. Jag fick också veta att din man är död sedan fem år. Du berättade sedan vakert och rörande om Era liv tillsammans, om den självklara och förstående kärleksfulla gemenskapen som bundit Er samman.

När man som Du minst en god vän och nära anhörig så mister man också den som förstår en allra bäst. Livet får inte samma mening när ens små vardagliga gester, handlingar och omsorger inte längre förstås av någon. När livet blir uttannat på mening av efterlängtat slag försöker människan fylla det med något annat. Här har vi troligen grunden till olika typer av missbruk, men också grunden till många slag av kroppsliga besvär. Du berättade om allt det Du drabbats av efter din mans död. Din journal bär spår av många besök och många missförstånd.

Jag vill med det här brevet påminna dig om det vi *egentligen* gjorde på mottagningen, när Du sökte för yrsel och vinglighet. Jag bemötte dig inte som Du i första hand var där med din kropp. Vi samtalade om de viktigaste förutsättningarna för ditt fortsatta liv

och vi möttes som två människor. Inte enbart som sjukdomsbärare och organreparatör. De viktigaste förutsättningarna för ditt fortsatta liv är att Du bär med dig dina kanske sällsynt vackra minnen och samtidigt är vaksam på alla nya möjligheter att se meningen i tillvaron. Jag förstod dig tex ganska bra utan att först fästa särskilt stor vikt vid dina kroppssymtom. Du behöver kanske inte längre dessa? När Du var i Stockholm för en tid sedan kände Du dig helt frisk. Är inte detta ganska märkligt?

Jag vågar skriva så här, eftersom jag är säker på att Du inte misstänker mig för att påstå att Du skulle *inbilla* dig att Du är sjuk. Naturligtvis förstår jag att Du lider, men detta lidande måste förstås som en mänskligt ofrånkomlig reaktion, en del av hopplösheten. Min uppgift är att hjälpa dig att återknyta kontakten med hoppet.

Under vårt samtal kände jag att Du var på väg att åter igen hoppas. Du såg så klart sambandet mellan vantrivsel i din nya lägenhet och det faktum att Du, när Du flyttade från den bostad Ni bott tillsammans i så länge, samtidigt lämnade många vackra minnen och därmed de delar av dig själv som var gemensamma med din man. Du såg också klart hur din mörka framtidssyn är kopplad till brist på mening.

Jag fick också en klar känsla av att Du var nöjd med besöket och vårt samtal. Själv lärde jag mig mycket under den stund vi samtalade. På så sätt var det meningsfullt för dig att uppleva och söka för yrseln. Men om jag inte hade förstått själva *meningen* med yrseln, utan bara sett den som föremål för tekniskt medicinskt utredning, hade Du blivit missförstådd igen. Nu talade vi om ditt fortsatta liv och om hur det påverkas av det som hänt dig. Jag uppfattade yrseln som ett språk, därför att Du "råkade" säga att det var vid *graven* som yrseln var som besvärligast.

Patienten som förståelseutvecklande dialogpartner

Jag vill med min "fall-redogörelse" inte *bevisa* värdet av ett visst förhållningssätt till patienter. Avsikten med den är att inspirera kollegor att i egna möten själva pröva de tankegångar min redogörelse antyder. Kvinnans problem är inte av rent fysisk natur: en fråga om kroppens anpassning till en artspecifik plan eller till en materiell omgivning. Problemen är inte heller psykiska. Hur skulle någon komma på idén att avfärda de kroppsliga aspekterna på patientens lidande, eller se eventuella organförändringar som *orsakade* av ett metafysiskt väsen? Inte tror vi väl på spöken? Kvar står då möjligheten att kvinnan med sin symtompresentation är ute efter att reducera sin känsla av hotande meningslöshet, förtvivlan, tomhet, oförståelse.

Genom att möta patienten som om

hennes symtompresentation kan visa hån mot både medicinskt tekniska funktioner och mot vilja till mening, reducerar jag risken för missförstånd. Denna dubbla handlingsväg är bara möjlig att följa om jag föreställer mig att patienten primärt är ett handlande subjekt med ständigt behov av att via innebörder i sina handlingar stå i förbindelse med betydelsevärlden. Vi måste föra en dialog, vilket inte innebär att jag informerar eller får information av någon som jag kan påverka. Samtal innebär ömsesidighet. Jag måste vara medveten om att jag själv förändras om patienten skall kunna förändra sig. Jag får inte veta något intressant om jag inte är så öppen att patienten finner det lönt att förmedla sin uppfattning om signifikanta moment i sitt liv. Denna öppenhet innebär maximal fördomsfrihet. Jag måste med andra ord försätta min egen föreställning, mina hållpunkter i livet, i gungning. Vågar jag släppa den säkra medicinskt vetenskapligt utvecklade föreställningen om typpatienten, har jag också möjlighet att utvecklas i konsten att möta människor.

Patienten använder sin kropp för att uttrycka sig. Det vi kallar kropp kan naturligtvis drabbas av yttre skadeverkningar. Den kan också användas som medel att uttrycka likartade funktioner med. Genom att läkaren försöker se symbolinnehållet i en sjukdomsupplevelse, kan han träna upp sin förmåga att avgöra när symtomen motsvarar ett genuint primärt organfel. Försöker vi bara utesluta organfel har vi egentligen inte kommit någon vart i mötet. Genom att närma sig en människa med målet att förstå något tillsammans, kan läkaren utöver det direkt frigörande i samförståndet också handlägga de tekniska aspekterna av patientens problem. Om läkaren däremot närmar sig patienten med målet att ta kontroll över henne som ett tekniskt system, kan de naturligtvis inte samtidigt nå samförstånd. Hur ska ett tekniskt system kunna förstå något? Patienten måste underordna sig, förtingliga sig, passiviseras.

Det jag nu säger är att vi i mötet med patienten måste låta oss vägledas av symbolvetenskaplig kunskap och sedan komplettera våra handlingar med sådan naturvetenskaplig kunskap att vi kan upptäcka och behandla också organfel.

Är symbolvetenskaplig allmänmedicin effektiv?

Textutdragen ur vår patients journal visar hur hon med sina symbolvetenskapligt signifikanta uttryck är ute efter *förståelse* mer än *förklaring*. Vetenskapen om makens död borde ha fått inblandade allmänläkare och organspecialister att se sambandet mellan innebörden i patientens symtompresentation och det betydelsefulla som hänt henne i verkligheten.

Vår patient tillhör de svårtolkade

fyrtio procenten och kan således råka möta allmänläkare utan att bli förstådd som människa med "vilja till mening" (Frankl). Kvinnan sökte sju gånger på fem år före 1983. Om alla läkare hon mött efter mannens död hade förhållit sig mer genomtänkt till henne, hade den årliga besöksfrekvensen kunnat förbli oförändrad. Nu sökte hon istället 42 gånger på 5 år, dvs 6 gånger så ofta.

Låt oss anta att vår patients ökade besöksfrekvens uteslutande beror på missförstånd och att patientens bemötande i allmänhet leder till "onödiga" besök. Detta skulle innebära att en hög procent av våra patienter är hos oss som resultat av missförstånd och att besöken pga nya missförstånd ger upphov till ytterligare kontakter som skulle kunna undvikas.

Missförstånd leder inte bara till ökat lidande och ökad besöksfrekvens hos läkare. Det leder framförallt till "onödiga" specialistkonsultationer och utredningar, vård på sjukhus och iatrogena sjukdomar. De ekonomiska konsekvenserna av en renodlat teknisk syn på människan skulle vara intressanta att undersöka.

Hur gick det då för fru L? Frågan är intressant. Hon mår utmärkt. Hur kan jag veta det? Handslag, ögonkontakt, patientens sätt att tala och att gå – allt säger mig att hon mår bättre nu än före besöket hos mig. Ett brev från fru L säger en del:

"Jag vi så gärna tacka för den uppmuntran jag fått genom att jag hade turen att möta dig som läkare. (..) Jag har nog blivit lite mer företagsam tack vara samtalen med dig. Du har haft tålamod att lyssna. Du förstod så fint och skrev om saknaden av vardagliga ord och handlingar (...). Efter ditt brev och efter det att du varit hos mig är sorgen efter min man liksom borta. Det är som om något skulle vara avklarat. (...) försök bortse från att jag påtvingar dig mina bekymmer, men jag är så glad och tacksam över att våga tala om hur det känns. (...) men jag får nog leva med både min kroppsliga och själsliga "vinglighet" för resten av mitt liv."

Författarbeskrivning

Olle Hellström, är distriktsläkare vid vårdcentralen i Gagnef

Postadress: 780 41 Gagnef

Recensioner

Helhetsvård i livets slutskede *LB06385*

SVEN-OLOF BRATTGÅRD
BENGT JOHANSSON

Studentlitteratur Lund 1987.

I denna bok redovisas erfarenheterna från den försöksverksamhet med helhetsvård i livets slutskede som bedrivs vid Bräcke Diakonigård. Inspirerade av den engelska hospitsrörelsen startade man 1982 ett gästhem för vård av främst cancersjuka. Gästerna är före ankomsten färdigutredda och färdigbehandlade på sjukhus. Gästhemmet drivs i samverkan mellan Stiftelsen Bräcke Diakonigård och Göteborgs socialförvaltning med bidrag från Göteborgs kyrkonämnd. Denna uppläggning medför att det är socialtjänstlagens föreskrifter som styr verksamheten.

Vid gästhemmet har man kunnat ge kvalificerad vård till svårt sjuka i hemlik miljö. Personalens engagemang inger gästerna trygghet och lugn. Det är alltid möjligt att få samtala med någon om de svåra frågor som ofta tränger sig på vid livets slut.

Anhöriga får vara hos den sjuke så mycket som denne önskar. Det finns också möjlighet för anhöriga att övernatta på gästhemmet. Personalen är till även för de anhörigas behov av samtal och stöd.

Gästhemmets ledning och personal har utöver omsorgen om gästerna haft till uppgift att utbilda personal inom hemtjänst och sjukvård. Detta har skett genom föreläsningar, studiecirklar och studiebesök. Också den här boken får ses som ett led i arbetet att föra ut kunskaperna och erfarenheterna kring *helhetsvård i livets slutskede*.

Texten känns ibland lite tung då den har stark prägel av vetenskaplig redovisning. Trots detta finns det en del att hämta för alla som arbetar med vård av svårt sjuka inför livets avslutning.

Sven-Olof Johansson, avd. forest,
Sjukhemmet avd 1.

Postadress: Vårdcentralen, 695 00 Laxå.

Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ

På ett flertal platser i landet finns det numera läkemedelsinformationscentraler. För att ge ökad spridning av frågor/svar som där behandlats, särskilt från Huddinge och Lunds (ELIS) läkemedelsinformationscentraler, kommer jag även under 1989 att i ALLMÄNMEDICIN publicera några frågor som kan intressera läsekretsen. Jag kan även förmedla frågor och svar om Du önskar. Du kan också själv söka i databasen Drugline om Du har tillgång till persondator (eller terminal) och modem. Har du frågor eller synpunkter på denna spalt skriv till DL Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 13400 Gustavsberg tel 0766/38500.

Fråga:

En 85-årig kvinna har den senaste månaden klagat över trötthet, dimsyn, huvudvärk. Under denna period har patienten påbörjat behandling med cimetidin 800 mg/dygn. Övrig behandling är digoxin 0.13 mg/dygn. Den uppmätta digoxinkoncentrationen är 1.1 nmol/l. Patientens njurfunktion är inte känd. Hon väger 67 kg. Har dimsyn eller andra ögoneffekter rapporterats som biverkan vid cimetidinbehandling?

Svar:

Det är väl dokumenterat att cimetidin kan utlösa centralnervösa biverkningar i form av trötthet, rastlöshet, huvudvärk och i sällsynta fall desorientering och hallucinationer. Dessa symtom anses vara koncentrationsberoende och har framför allt rapporterats hos äldre där man inte sänkt dosen trots att cirka 40–50 procent av given dos utsöndras i oförändrad form. Det finns enstaka rapporter om synstörningar i samband med behandling med cimetidin. Till socialstyrelsens biverkningskommitté rapporterades mellan 1979 och 1985 ett tiotal fall av synstörningar i samband med behandling med cimetidin. Hos två av de beskrivna fallen beskrevs myopi, där symtomen var dosberoende. Synskärpan förbättrades då dosen sänktes från 1000 mg/dygn till 600 mg/dygn. Symtomen uppträdde efter 10–30 dagars behandling. Mekanismen bakom myopin är ännu okänd. Den aktuella patienten är trött, dimsyn och huvudvärk i samband med behandling med cimetidin 800 mg/dygn. Även om patienten har ett normalt kreatininvärde på 90–100 µmol/l är kreatininclearance hos denna patient uppskattningsvis högst 50–60 ml/min. (Angående beräkning av detta se Läkemedelsboken, kapitlet om läkemedel och äldre). Eftersom dosreduktion av cimetidin rekommenderas redan vid en måttlig njurfunktionsnedsättning förefaller den här använda dosen vara i överkant. Det är högst sannolikt att patientens symtom betingas av medicineringen med cimetidin. I första hand bör utsättning av behandlingen övervägas; i andra hand dossänkning.

Fråga:

En 24-årig kvinna som är gravid i vecka 20 undrar om hon kan vaccinera sig mot den aktuella influensan. Kan detta ske utan risk?

Svar:

Frågor om vaccinering under graviditet har vid ett flertal tillfällen besvarats av LIC. Immunisering med avdödade bakteriella vacciner och avdödade virusvacciner har inte visats medföra någon ökad risk för fosterskada. Vaccin mot influensa innehåller formalinavdödat virus och graviditet kan således inte ses som en kontraindikation.

Behovet av en eventuell vaccination inför en hotande epidemi får avgöras från fall till fall, varvid risken för biverkningar får vägas mot en sannolikt 50–80-procentig skyddseffekt. För övrigt gäller socialstyrelsens rekommendation om vaccination, det vill säga att vaccination främst bör övervägas hos personer som på grund av kroniska hjärt-, lung- eller njursjukdomar samt vissa andra

kroniska sjukdomstillstånd löper en ökad risk för komplikationer och allvarigare sjukdomsförlopp vid insjuknande i influensa.

Fråga:

Apekumarol (dikumarol) måste enligt FASS utsättas långsamt. Stämmer detta och i så fall av vilken anledning?

Svar:

Enligt FASS kan utsättning av apekumarolprofylax ske abrupt men vanligen utsätts preparatet successivt under en fyraveckorsperiod. I Meyler's Side Effects of Drugs anges att abrupt utsättning av orala antikoagulantia inte ger upphov till vare sig hyperkoagulabilitet eller ökad risk för trombos. I en workshop om farmakologisk behandling av arteriell tromboembolism, anordnad av socialstyrelsen 1987, har man kommit fram till liknande konklusion. Sammanfattningsvis finns det ingen ökad risk för trombos-komplicationer vid abrupt utsättning av antikoagulantia.

Fråga:

En 45-årig man har under lång period behandlats med tryptofan 3 g/dag för sömnbesvär. Vilka eventuella risker är förenade med behandlingen?

Svar:

Tryptofans primära indikation är depressionstillstånd av olika genes. Den bakomliggande tanken med behandling mot depression med tryptofan är följande: Depressioner antas bero på sänkt serotoninaktivitet varför en behandling av prekursorerna tryptofan borde leda till en ökad serotonin syntes och därmed framkalla antidepressiva effekter.

Tryptofans effekt på sömn är omdiskuterad. Förändringar i sömnrhythmen har dock beskrivits varvid L-tryptofan har föreslagits ha terapeutisk effekt framför allt vid insomningsbesvär.

Tryptofan är en essentiell aminosyra och dagsbehovet beräknas till 0.5 g. Det faktum att tryptofan är nödvändigt i kosten kan dock inte tas som ett bevis för att höga doser skulle vara oskadliga. Det är heller inte möjligt att dra några direkta jämförelser mellan tryptofan i kosten, där den är direkt bunden till proteiner, och ett intag av den fria aminosyran tryptofan. En studie rapporterar om dåsighet, oföretagsamhet och koncentrationssvårigheter i upp till fyra timmar efter en peroral singel dos av tryptofan på cirka 3.5 g. Vidare finns det rapporter om illamående, anorexi samt hypersexualitet, men totalt finns det få biverkningar rapporterade om tryptofan. Djurstudier över kronisk toxicitet av tryptofan eller dess metaboliter har emellertid visat en ökad förekomst av ett flertal tumörformer. Även teratogena skador har konstaterats. Socialstyrelsen har avslagit registreringsansökan för tryptofan på grund av att allvarliga biverkningar, sådana som beskrivs ovan, inte kan uteslutas vid långvarig behandling. Mot bakgrund av detta skall behandling med tryptofan ske under speciellt kontrollerade förhållanden.



Information om förskrivningen

– ett nödvändigt hjälpmedel för att uppnå rationell läkemedelsanvändning

INGEGERD AGENÄS · HANS JOHANSSON

Inom den slutna vården har man sedan 60-talet i Sverige haft tillgång till information om vilka läkemedel som används inom sjukhuset. Med hjälp av den informationen har läkemedelskommittéerna kunnat följa utfallet av sina rekommendationer och sjukvårdsadministratörerna bakgrunden till kostnadsutvecklingen.

För förskrivningen i öppen vård – vid eller utanför sjukhus är det inte lika enkelt att med utgångspunkt från uppgifter om försäljningen besvara samma frågor. Men det är minst lika viktigt att kunna följa utvecklingen där eftersom den helt dominerande användningen av läkemedel sker i öppen vård.

Intresse för läkemedelsanvändningen i öppen vård finns givetvis hos statsmakterna som genom sjukförsäkringen finansierar merparten av användningen. Senast har dessa frågor tagits upp i läkemedelsutredningens betänkande (SOU 1987:20), bl a genom förslaget att åstadkomma generisk förskrivning genom sk substansnamn och i Riksförsäkringsverkets rapport Läkemedel – Uppföljning av förskrivningsregler och förmånssystem (RFV anser 1987:3). Båda utredningarna är efter remissbehandling föremål för överväganden i Socialdepartementet.

Men frågor om rationell läkemedelsanvändning har också diskuterats i professionella sammanhang. Läkartidningen hade under åren 1983–1987 en artikelserie under rubriken "Läkemedel i primärvården" 1983–1987. Serien avslutades med en medicinsk kommentar av Kjell Strandberg, chef för Socialstyrelsens läkemedelsavdelning (LT nr 11/87). Han framhåller att det är viktigt att primärvården själv driver sin del av arbetet:

"Det kommer att behövas lokala analyser av förskrivningsmönster, initierade och utförda av distriktsläkare och en konstruktiv debatt kring tolkningarna av resultaten. Det är rimligt att detta resulterar i ifrågasättanden av såväl terapier som behov av utbildningsaktiviteter och jämförande kliniska prövningar.

Jag tror att det är viktigt att skapa resurser för detta arbete, men än viktigare att vi accelererar det redan inledda förändringsarbetet så fort som möjligt medan vi ännu kan styra utvecklingen. En alltför oklar kurs, utan påtagliga medicinska och sjukvårdsekonomiska positiva konsekvenser, kan dessvärre leda till annan styrman och ytterst äventyra den fria förskrivningsrätten. Alla läkare har här ett stort ansvar, men samarbetet måste stärkas snabbast och mest påtagligt inom primärvården av såväl historiska som ekonomiska skäl."

I många länder förekommer tillsyn över förskrivningen genom uppföljning på förskrivarnivå från myndigheter eller försäkringsansvariga. Så tex har brittiska National Health Service ända sedan den nationella sjukförsäkringen infördes efter kriget haft möjlighet att värdera förskrivningskostnaderna hos den enskilde General Practitioner. I de olika distrikten finns regional medical officers som vid kontakt med den enskilde förskrivaren kan diskutera hans förskrivning. Många av de amerikanska försäkringssystemen – federala, delstatliga, privata – har intensiva uppföljningar av förskrivningsvanor och förskrivningskostnader (Drug Utilization Reviews). Syftena med dessa uppföljningar är både att granska rationaliteten för den enskilde patienten och åstadkomma lägsta möjliga kostnader för försäkringen och/eller den enskilde.

Den metod som byggts upp i slutenvården i Sverige har visat sig vara mycket framgångsrik. Följsamheten till kommittérekommendationerna är hög i den slutna vården. Närheten i beslut och uppföljning ger engagemang till förändringsarbete och möjligheter att förankra förändringar hos alla berörda parter. Det är därför naturligt att man, när det nu finns intresse för och behov

av uppföljning av läkemedelsförskrivning och läkemedelskostnader i den öppna vården så som tex Kjell Strandberg förordar, satsar på samma idé, dvs lokal värdering av egen verksamhet i stället för centraliserad "uppföljning".

Genom att man i Sverige har rätt att hämta ut sina läkemedel på vilket apotek som helst, ger uppgifter om ett apoteks försäljning inte uppgift om vad en viss befolkning använder, även om det finns studier som visar att de flesta apotekskunder bor i vad som skulle kunna kallas apotekets upptagningsområde. Lika litet framgår det av uppgifter om försäljningen om recepten kommit från läkare inom primärvården, sjukhusens öppna vård, företagshälsovård eller privatpraktik. Till skillnad från i den slutna vården kan man således inte använda försäljningsuppgifter som en information om den egna verksamheten. Det finns då några olika vägar att gå, om man vill följa sin förskrivning.

Den norske läkaren Per Fugelli – numera professor i allmänmedicin – genomförde själv i början av 1970-talet en manuell registrering av sin läkemedelsförskrivning, när han tjänstgjorde på atlantöarna Vaerøy och Røst. Han publicerade sina erfarenheter (1) – många har säkert under kortare eller längre perioder gjort på samma sätt som han utan att publicera resultaten. Möjligheterna att registrera och bearbeta har förenklats av modern teknik med tillgång till datorer på vårdcentraler, polikliniker och apotek.

Apotekens möjligheter att hjälpa förskrivare att följa sin egen verksamhet har byggts upp som en specialfunktion till receptexpeditionsarbetet. På alla apotek expedieras recepten idag med datorstöd. Datorerna används för prissättning, etikettskrivning, informationsstöd, ekonomisk redovisning och lagerstyrning. Uppgifter om läkares (eller patienters) identitet bevaras inte. I början av 80-talet startade försöksverksamhet för att göra det möjligt att genom särskild registrering tillfredsställa sjukvårdens behov av information om förskrivningen (2). Den speciella registrering som blivit resultatet kallas inom Apoteksbolaget *Lokal förskrivningsstatistik*. Datafångsten sker samtidigt som recepten hanteras på apoteken. Den information som kan registreras är det som finns på recepten. Eftersom den lokala förskrivningsstatistiken har byggts för att tillfredsställa önskemål från sjukvården genomförs registrering efter *beställningar från sjukvården*. För att möjliggöra identifiering av vårdcentral, poliklinik etc upprättar den som på apoteken ansvarar för undersökningen en förteckning där de deltagande enheterna identifieras med ett nummer, som är det som registreras på apoteksdatorerna. Förteckningen finns bara på apoteken. De recept som kommer från inte deltagande vårdcentraler etc sammanförs i en restgrupp, som inte bearbetas. Minsta registreringsenhet är en vårdcentral osv. Någon övre gräns är inte satt; vid enskilda registreringstillfällen har 30–35 enheter hittills deltagit.

De förskrivare som önskar sin egen förskrivning redovisad kan få det efter speciell beställning. En sådan krävs eftersom individregistrering – även om individen återges som ett nummer på dator, endast får ske efter tillstånd från datainspektionen. Överenskommelsen med datainspektionen innebär att registrering på förskrivarnivå får ske endast efter rekvisition från förskrivaren själv.

Registreringen genomförs under 1–3 månader. Apotekens datorer är inte tillräckligt stora för att bearbetningen av data skall kunna ske i dem. Bearbetningen sker därför i stordator. Utdata levereras tillbaka till apoteken för vidare befordran till sjukvården.

Under 1988 genomfördes drygt 50 förskrivningsstudier.

Fördelen med att hämta uppgifter i samband med receptexpedition är att det kräver liten extra arbetsinsats för registrering och att alla recept som kommer till apoteken kommer med i materialet. Man får också automatiskt tillgång till uppgifter om kostnader, antal definierade dygnsdoser och annan information som redan finns i apotekens datorer.

En nackdel – jämfört med registrering på vårdcentral – är att individdata på patienten inte finns med (endast ålder och kön) och att uppgifter om orsak till förskrivning inte finns med på receptet.

Erfarenheter: Materialen tillhör beställarna. Deras utnyttjande av materialen är därför endast delvis kända. Tidningen Allmänmedicin är ett mycket lämpligt forum även för andra att redovisa erfarenheter, åtgärder och resultat.

Första gången en studie genomförs blir ofta en kartläggning med svar på frågorna: Vilka läkemedel föreskriver vi? Vilken följsamhet har vi till våra egna/socialstyrelsens/läkemedelskommittéens rekommendationer/överenskommelser? Hur mycket

pengar kostar vår förskrivning? Vid upprepade mätningar ökar möjligheterna att följa utfallet av informationsinsatser, ändrade rekommendationer osv. Eftersom verksamheten är ny finns inga standard-vårdcentraler att jämföra med. Hittills har jämförelser nog oftast skett inom det egna området (genomsnitt eller jämförbara vårdcentraler). Allteftersom erfarenheter vinnas kan tro-
ligen vissa jämförelsematerial byggas upp. Fortfarande finns inga mått på "rätt" eller "fel" förskrivningsnivå eller inriktning. Jämförelser mot egna mål och insikt om vad man verkligen gör torde därför även framdeles vara den viktigaste metoden för terapeutisk självvranskan.

Referenser

1. Per Fugelli: Bruk av legemidler på Vaerøy och Røst (Oslo 1978).
2. Knutsson K, Kristoferson K: Lokal förskrivningsstatistik i öppen vård – pilotförsök genomfört i Örnsköldsvik. Svensk farmaceutisk tidskrift 1984; 88:33–37.

Bassortiment av extempore-beredda dermatologiska medel

LARS LANDERSJÖ, Apotekens centrallaboratorium Apoteksbolaget

För behandling av hudsjukdomar finns numera ett stort antal farmaceutiska specialiteter som täcker merparten av de terapi-behov som förekommer i praxis, dock ej alla. Det behov som ej tillgodoses av industriellt framställda produkter leder till extempore-förskrivning.

Denna förskrivning har under de senaste 4 åren mer än tredubblats. Det finns inte någon fullständig och allmänt accepterad receptsamling för dessa beredningar. Av naturliga skäl har därför extempore-beredningarna kommit att variera beträffande halt och aktiv beståndsdel, vehiklar och förpackningsstorlekar. Antalet olika vehiklar har också ökat i antal under senare år.

Extempore-beredningar har vissa nackdelar. De tar förhållandevis lång tid att tillverka och blir därmed dyra. Då de framställs manuellt vid varje enskilt tillfälle kan också patienten få vänta innan preparatet kan expedieras. Kvaliteten på produkterna kan också variera. Ett sätt att eliminera nackdelarna med extempore-beredningar är att tillverka dem i större skala inom Apoteksbolaget. Man brukar kalla dessa lagerberedningar. Eftersom de tillverkas under standardiserade betingelser uppvisar de jämn kvalitet, blir enhetligt märkta och genomgår en rad kontroller. De kan också tillhandahållas snabbt antingen genom att de lagras på enskilda apotek eller centralt inom Apoteksbolaget.

Bassortimentlistor

En artikel i Läkartidningen, 1985 (1985:82:2792-93) beskriver ett projekt som ledde fram till ett bassortiment av extempore-beredda läkemedel för utvärtes bruk (Tabell 1). Alla dessa produkter finns idag som lagerberedningar.

Apoteksbolagspersonal har tillsammans med hudläkare på flera håll i Sverige senare använt denna lista för att lokalt eller regionalt utarbeta ett "eget bassortiment" av lagerberedningar.

Den senaste tillkomna listan har utarbetats av en grupp läkare från slut- och öppenvården i Stockholm samt representanter för Apoteksbolaget, och presenterades första gången vid ett möte i Svenska Dermatologiska sällskapet, Mellansvenska sektionen, i början av november (Tabell 2).

Även här gäller att då läkare förskriver någon av dessa beredningar kan patienten få sitt läkemedel snabbare eftersom de finns färdiga som lagerberedningar.

Lokala terapivariationer kan naturligtvis förekomma och det bör påpekas att möjligheterna att förskriva beredningar med annan sammansättning än de föreslagna givetvis kvarstår på samma sätt som tidigare.

Tabell 1 Förslag till bassortiment av ex tempore-beredda läkemedel för utvärtes bruk.

1. Karbamid 5% i Essex kräm (Karbamid 5 g, Cremor Essex ad 100 g)	100 ml (tub) 300 ml (burk)
2. Karbamid 10% i Essex kräm (Karbamid 10 g, Cremor Essex ad 100 g)	100 ml (tub) 300 ml (burk)
3. Salicylsyra 2% i Essex kräm (Acid salicyl 2 g, Cremor Essex ad 100 g)	100 ml (tub) 300 ml (burk)
4. Hydrokortison 1% i Cremor vaselini (Hydrocortison 1 g, Cremor vaselini ad 100 g)	100 ml (tub)
5. Hydrokortison-svavel 1%+3% kräm (Hydrocortison 1 g, Sulfur medicinale 3 g, Cremor vaselini ad 100 g)	20 ml (tub)
6. Zinkpudervätska (Linimentum zincil)	100 ml
7. Zink-paraffinpasta (Pasta zinci paraffini)	25 ml (tub)
8. Stenkolstjära 3% i zinkparaffinpasta (Pyroleum lithantracis 3 g, Pasta zinci paraffini ad 100 g)	100 ml (tub)
9. Svavel 10% i Essex kräm (Sulfur medicinale 10 g, Cremor Essex ad 100 g)	100 ml (tub)
10. Metylosanilinlösning 0,1%	50 ml
11. Metylosanilinlösning 0,25%	50 ml
12. Kaliumpermanganatlösning 3%	300 ml
13. PABA-sprit 5% (Acidum p-aminobenzoicum 5 g Glycerolum (85%) 10 g Spir dilutus ad 100 g)	100 ml
14. Solskyddspuderkräm AKS (Cremor antisolaris AKS)	100 ml (tub)
15. Aluminiumkloridsprit 25%	50 ml 300 ml

Läkartidningen 1985:87:2792-93.



Några kommentarer till enskilda beredningar

Karbamidberedningarna är de klart dominerande där 5 och 10% anses täcka det medicinska behovet i flertalet fall. Ibland finns också önskemål om 2% karbamid bl a i Locobase. Det är inte ovanligt att man kombinerar salicylsyra med karbamid. Beroende på att salicylsyra ger blandningen ett lågt pH fås dålig stabilitet av karbamid. Detta gör lagerproduktion omöjlig.

Salicylsyra förskrivs ofta i koncentrationer 2 och 5%. Här finns lång erfarenhet angående hållbarhet i flertalet baser och några

problem att åstadkomma stabila lagerberedningar finns i allmänhet inte. Det bör dock påtalas att tillsats av 2% salicylsyra i Cremor ACO utgör en inkompatibilitet. Salicylsyra kristalliserar ut vid denna koncentration och får krämen efter en tid att närmast se ut som en "nåldyna". Tillsats av Spir carbonis detergens har ofta en negativ inverkan på den fysikaliska stabiliteten av krämbaser. Basen spricker efter en tid. Detta är skälet till att det inte går att hålla preparatet med högre halt Spir carbonis detergens i lager.

Tabell 2. Rekommenderade extemporeberedningar för dermatologiskt bruk

Tillsatser	Hydro- kortison	Hydro- kortison + svavel	Karbamid + natrium- klorid	Karbamid	Svavel	Salicylsyra	Salicylsyra + Spir. carb. deterg.	Spir. carbonis detergens	Stenkols- tjära (Pyrol lith)	Ichtam- mol	Propy- len- glykol
Bas											
Cr ACO				5%, 10%		1%, 5%					
Cr Essex		1%+5%		2%, 5%, 10%	5%, 10%	2%	2%+5%*	5%, 20%*		1%	20%
Cr Decubal				5%, 10%		2%, 5%					
Cr Locobase				2%, 5%		2% 5%					
Cr Pharmacia			2%+2%	5%, 10%							
Ung Merck	1%					2%					
Ung Merck med 20% vatten				5%, 10%							
Ung Merck med 40% vatten			4%+4%								
Ung diachylon sine aetherol (Svec 46)						5%**					
Zinkparaffin- pasta (AKS)									3%		
Förpackn. storlek	100	100	100 350	100 350	100	100 350	100	100 350	100	100	100

* Av hållbarhetsskäl kan dessa inte läggas i lager utan de tillverkas alltid för tillfället.

** Förpackningsstorlek 100.

DITRANOLBEREDNINGAR

Salva	Ditranolvaselin x% med salicylsyra 1%	
	Dithranolum	0,1—0,25—0,5—1,0—2,0—3,0
	Acid salicylicum	1,0
	Vaselinum album	ad 100
Kräm	Ditranolkräm 0,2% med salicylsyra 0,2%	
	Ditranolkräm 0,4% med salicylsyra 0,4%	
	Dithranolum	0,2 resp 0,4
	Acid salicylicum	0,2 resp 0,4
	Natril laurylsulfas	2,5
	Cetanolium	21,7
	Paraffin liquidum	ad 100
Pasta	Dithranolum	0,5 eller 0,1
	Acid salicylicum	1,0
	Amylum tritici	12,0
	Zinci oxidum	12,0
	Vaselinum album	ad 100
	Förpackningsstorlek: 100	

Beredningarna har utvalts av en grupp läkare från slutet och öppenvård i Stockholm samt representanter för Apoteksbolaget. Produkterna i listan tillverkas i större serier (=lagerberedningar) och lagerhålls på de apotek som patienterna nyttjar.

ÖVRIGA BEREDNINGAR

		Förpackningsstorlek
Emulgerbar stenkoltjära (Pyroleum lithantrasis emulgebile AKS)		100
Kaliumpermanganatlösning 3%		300
Metylrosanillinlösning 0,1%		50
Propylenglykollösning 50%		500
Salicylsyreolja 3% och 5% (Oleum salicylicum AKS)		300

Då läkaren föreskriver någon av dessa lagerberedningar istället för extemporepreparat kan patienten få sitt läkemedel snabbare samtidigt som de får en bättre kontrollerad produkt. Listan är framtagen för Stockholmsregionen. Motsvarande listor finns i andra regioner.

Attityder och attitydförändringar, *LB06380* meningsfullt och möjligt att mäta?

Sammanfattning av en undersökning vid en nyöppnad vårdcentral

BERTIL MALMODIN

Om det fanns telefon i närheten skulle vi kunna ringa upp ett sjukhus och begära råd som ingen kunde ge eller vi skulle kunna tillkalla en läkare som ingenting kunde uträtta"

Ur Om det fanns telefon i Halmfackla av Karl Vennberg

Attityder till olika vårdformer är ofta positiva (1). I samband med öppnandet av en vårdcentral och efter ett års verksamhet gjordes en attitydundersökning. Deltagarna var samma patienter vid båda tillfällena. Några entydiga attityder eller attitydförändringar gick ej att påvisa (2,3).

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

Inledning

I Falun öppnades en vårdcentral hösten 1984, som ett led i utbyggnaden av primärvården. Innan dess hade Falun två till tre distriktsläkare på cirka 40 000 invånare. Den nyöppnade vårdcentralen har ett upptagningsområde på cirka 12 000 invånare. Dessa är fördelade på fem vårdlag, med en distriktsläkare i varje.

Syfte

Avsikten med studien är att dels försöka få en uppfattning om det är möjligt och meningsfullt att mäta attityder och attitydförändringar till primärvård i samband med en utbyggnad, och dels att göra en attitydmätning vid öppnandet av vårdcentralen och efter ett år för att se eventuella förändringar och om attityderna varierar med individuella variabler som kön, ålder, civilstånd, utbildning, diagnos m fl.

Attityder, attitydförändringar och attitydmätningar.

Begreppet attityd är inte entydigt. En attityd kan ses som en benägenhet att reagera eller handla på ett visst sätt. Närbesläktade begrepp är vana, värdering och åsikt. En attityd kan mätas

eller iaktas endast indirekt. Den kan visa sig i spontana yttranden kring olika företeelser eller som ett aktivt deltagande i ett politiskt parti eller en opinionsrörelse. Det vanligaste sättet att bedöma attityder är med mer eller mindre sofistikerade attitydformulär (Figur 1).

En attityd innehåller tre komponenter, en kunskapsmässig, en känslomässig och en beteendemässig. Olika företeelser kring vilka attityder bildas har olika betydelse eller centralitet för olika individer, beroende på vilken kunskap eller erfarenhet de har av "attitydobjektet" och hur känslomässigt viktigt "attitydobjektet" är för dem. För att det ska vara meningsfullt att mäta attityder kring primärvård måste denna ha betydelse för de undersökta, ha en viss centralitet, annars blir det meningslöst att mäta attityderna.

Attitydbildning och attitydförändringar hos den enskilde individen samvarierar med en mängd faktorer. Förutom kön, ålder, utbildning, diagnos och behov hos den enskilde, påverkas attitydbildningen till hälso- och sjukvård av omgivningsfaktorer som artiklar i tidningar, anhörigas och bekantas erfarenheter mm. Attityderna hos den enskilde påverkar i sin tur dennes beteende och val av handlingar och även behandlingsresultatet, genom att attityderna till vårdgivaren styr "compliance", vad gäller medicinering, följa givna råd mm.

Attitydförändringar kan mätas genom att upprepa attitydmätningar, antingen till samma individer vid olika tidpunkter eller till slumpmässiga urval från samma population vid olika tidpunkter. Ett annat sätt att se attitydförändringar är att försöka få en uppfattning om förändringar i beteenden, antingen genom direkta förändringar i hur människor söker vid sjukdom, eller genom ställningstaganden till hypotetiska valsituationer. Båda sätten har sina brister. Det direkta handlandet vid sjukdom styrs av yttre faktorer som hänvisning, remissväg, alternativ mm, och inte enbart av attityder. En förändring i "patientströmmar" behöver inte innebära en attitydförändring. Att patienter kommer till en nyöppnad vårdcentral behöver inte betyda annat än att ett nytt alternativ finns att pröva eller att man blivit hänvisad dit (4,5).

1. Likertskala, attityden mäts med påståenden graderade från ett till sex, från ett fullständigt instämmande till ett kraftigt avståndstagande.

2. Guttman-skala, påståenden med fallande (stigande) "styrka" med avseende på attityden. Besvaras med ja eller nej. Skalan konstrueras utifrån ett flertal påståenden besvarade av en stor referensgrupp.

Exempel: ja nej

- På vårdcentralen finns bra personal, är ofarligt att gå där
- På vårdcentralen kan enkla fall som förkylningar och liknande skötas
- På vårdcentralen kan de fall skötas som inte kräver inläggning på sjukhus
- På vårdcentralen kan patienter som kräver stor medicinsk kunskap skötas, enstaka fall kan vara nödvändigt att remittera.

3. Konstruktion av motsatspar, där det som bäst stämmer med den egna uppfattningen väljs.

Exempel:

Primärvården bör få mer resurser genom fler vårdcentraler. Lasarettets resurser får ej minskas för att fler vårdcentraler ska kunna byggas

4. Semantisk differential, där ett begrepp eller en företeelse ska karaktäriseras utifrån motsatta adjektiv parvis.

Exempel:

Primärvård är:

Personlig	Opersonlig
Förstående	Oförstående
Nödvändig	Onödig
Billig	Dyr
Jämlig	Ojämlig
Effektiv	Ineffektiv

Figur 1. Olika typer av attitydskalor.

Metod

*Attityderna och attitydförändringarna mättes med ett attitydformulär vid två tillfällen. Det första tillfället var i samband med öppnandet av vårdcentralen och det andra efter drygt ett års verksamhet. Formuläret innehöll förutom attitydpåståenden även frågor kring tidigare besök på sjukhus och distriktsläkarmottagning. Attitydpåståendena var graderade i en sexgradig skala, från "instämmer fullständigt" till "har kraftigt avvikande uppfattning".

I samband med besöket vid vårdcentralen fyllde läkaren i uppgifter om diagnos och åtgärder. Patienten besvarade även påståenden om det aktuella besöket. Uppföljningsformuläret sändes till dem som fyllt i det första så gott som fullständigt, vilket var nödvändigt då jämförelser har gjorts påstående för påstående hos varje enskild individ.

Vid det första frågetillfället sändes attitydformuläret ut till 200 patienter i samband med kallelsen till läkarbesök.

Resultat

Av de 200 patienter som fick formuläret kom 176 till sitt tidsbeställda besök. Hälften var äldre än 66 år och 2/3 var kvinnor. Under uppföljningsperioden gjorde nästan samtliga, 94 procent, minst ett besök vid vårdcentralen och alltså har dessa gjort minst två besök vid vårdcentralen sedan den öppnades. Innan vårdcentralen öppnades var primärvården dåligt utbyggd. Drygt 80 procent hade besökt den tidigare primärvården och av dessa tyckte drygt 80 procent att den fungerat "mycket" eller "ganska bra". Första besöket vid den nyöppnade vårdcentralen var nästan samtliga, drygt 90 procent, "mycket" eller "i stort nöjda" med. Lika många tyckte att de fått tillräckligt med tid hos läkaren och att de fått veta tillräckligt om sitt hälsotillstånd.

Någon entydig attityd till vårdcentralen och primärvården gick ej att påvisa, då svaren på en del påståenden verkar motsägelsefulla (tabell I) och ibland inkonsekventa (tabell II).

Handlingsmönstret vid olika symptom ändrades till att söka vid eller kontakta vårdcentral i större utsträckning efter ett år (tabell III).

Bortfallet i uppföljningen bestod av två grupper. Dels de som flyttat under uppföljningsåret, åtta personer, vilka var yngre än 35 år. Dels de som ej återsänt uppföljningsformuläret, sju personer. Dessa sju avvek genom att vara sjukskrivna mer än övriga, de hade muskel-ledbesvär i större utsträckning än övriga och de var i åldern 36 till 50 år. Vid undersökningens början uppstod två bortfallsgrupper. De som ej fyllt i formuläret fullständigt var 22 personer. Av dessa var de flesta äldre än 66 år. Den andra gruppen var de som inte lämnat något formulär alls. Den gruppen utgjorde 27

Tabell I. Svar på attitydpåståenden rangordnade utifrån hur de kan förmodas spegla en positiv attityd till vårdcentraler

		1-2	3	4	5-6	N
Jag tror att vårdcentralen vid Tisken kommer att ge den vård och de råd jag behöver	T1	2	4	8	85	99
	T2	9	3	6	82	
På vårdcentralen vid Tisken har jag fått den vård och de råd jag behövt	T1	8	10	21	63	105
	T2	8	12	18	64	
Rent allmänt tror jag att de flesta sjukdomsfall kan skötas på en vårdcentral	T1	41	21	15	22	97
	T2	46	14	16	23	
Jag tror att det är bättre för mig att få gå på sjukhusets specialistmottagningar	T1	17	32	19	31	94
	T2	22	17	14	46	
Sjukhusvårdens resurser får ej minskas för att vårdcentraler ska byggas	T1	0	2	3	96	104
	T2	2	2	6	91	

1-2 = kraftigt eller i stort sett avvikande uppfattning

3 = något avvikande uppfattning

4 = instämmer med tvekan

5-6 = instämmer i stort sett eller fullständigt

T1 = ställningstagande vid första besöket, T2 vid uppföljningen.

Alla siffror i procent utom den understrukna som anger hur många som svarat vid båda tillfällena, (N).

Tabell II. Jämförelse i individuella svar på två påståenden vid första besöket

		Jag har saknat vårdcentraler med distriktsläkare och distriktssköterska i Falun			
		1-2	3	4	5-6
Lasarettet är tillräckligt för falubornas sjuk- och hälsovårdsbehov	1-2	1	3	4	36
	3	2	4	4	12
	4	3	2	3	8
	5-6	4	3	3	10

1-2 = kraftigt eller i stort sett avvikande uppfattning

3 = något avvikande uppfattning

4 = instämmer med tvekan

5-6 = instämmer i stort sett eller fullständigt

Alla frekvenser i procent, 119 besvarade båda påståendena.

Tabell III. Förändringar i hypotetiska beteenden vid olika symptom

		1	2	3	4	N
A Du har haft feber en dag kring 39 grader. Vad gör Du på morgonen andra dagen om febern kvarstår men Du i övrigt mår ganska väl?	T1	7	1	74	12	108
	T2	16	0	72	6	
B Du har haft ont i knät senaste månaden. Vad gör Du?	T1	40	6	29	20	94
	T2	61	3	26	11	
C Du får plötsligt svåra brostmärtor på natten och dessa sitter fortfarande kvar efter en halvtimme. Vad gör Du?	T1	15	57	10	18	97
	T2	26	56	10	8	

1 = "kontaktar distriktsläkarmottagningen" vid A och B, "kontaktar vårdcentralen på morgonen" vid fråga C.

2 = "söker lasarettet akut" vid alla tre frågorna.

3 = "ligger till sängs tar ev febernedsättande medicin" vid A, "försöker klara det själv med värktabletter och vila så mycket som möjligt" vid B och "försöker klara det själv med värktabletter" vid fråga C.

4 = annat - vad? vid alla tre frågorna.

Alla siffror i procent utom de understrukna som anger hur många som svarade vid båda tillfällena, (N).

T1 = svar vid första besöket, T2 = svar vid uppföljningen.

personer, vilka avvek genom att göra färre besök vid den nya vårdcentralen än övriga under uppföljningsåret.

Diskussion

Attitydpåståendenas innehåll och konstruktion styr i stor utsträckning resultatet. Vilka påståenden är relevanta och bör väljas vid en undersökning av attityder? Är önskan att få gå på specialistmottagning ett påstående som bättre speglar attityden till vårdcentralen än att man fått det omhändertagande man förväntat sig på vårdcentralen? De flesta var nöjda med tidigare förhållanden och ville inte göra ekonomiska omprioriteringar för att bygga vårdcentraler. Speglar det samma attityd som att de flesta upplevde den nya vårdcentralen positivt och ansåg att de flesta sjukdomsfall kan skötas på en vårdcentral? Styr tolkning och val av attitydpåståenden av undersökarens attityder i så stor utsträckning att en attitydundersökning egentligen bara speglar undersökarens attityder?

Möjligen skulle en attitydundersökning ge mera om man riktar den mot väldefinierade grupper och inte mot en heterogen grupp som patienter vid en vårdcentral eller boende inom ett upptagningsområde. Flertalet av dem som ingick i den här undersökningen har en ganska regelbunden "sjukvårdskonsumtion" och har förmodligen välgrundade attityder. Inkonsekvenser och motsägelser kan därför knappast bero på liten erfarenhet av sjuk och hälsovård.

Enskilda påståenden har olika "laddning" med avseende på den attityd de mäter. En attitydskala med summan av flera påståenden kan ge en bättre uppfattning av attityden. Detta innebär att man har en starkare positiv attityd till primärvård och vårdcentralen om man vill omprioritera och inte väljer att gå på specialistmottagningar, än om man endast är nöjd med vårdcentralen. Ett försök gjordes att konstruera en skala, vilken ej gav ytterligare information om attityderna. Detta behöver inte innebära att en attitydskala för att mäta attityder till olika vårdformer inte skulle gå att konstruera. Att konstruera en reliabel och valid attitydskala är arbetskrävande och det är tveksamt om en sådan ger information av större betydelse. Attitydskillnader och attitydförändringar, som är små, är förmodligen av marginell betydelse.

Enklare attitydundersökningar kan användas som en grov "produktkontroll" men man måste vara medveten om att det kanske krävs näst intill katastrofala förhållanden för att negativa attityder och attitydförändringar ska upptäckas. Det som snedvrider resultatet mest är förmodligen benägenheten i att instämma. Hälften instämde fullständigt i hälften av sina svar. Endast ett fåtal hade kraftigt avvikande uppfattning i minst hälften av sina svar. Beteendeförändringar ger kanske en bättre uppfattning om attitydförändringar.

När en enkät utformas och utvärderas måste man fundera över vems atti-

tyd enkäten ska spegla och innebörden av de undersökta attityderna. Attitydförändringen som visar sig i att avvakta vid nattliga bröstsmärtor eller att kontakta vårdcentralen vid "banalare" åkommor är kanske inte eftersträvarvärd? Vems attityder är intressanta? En kroniskt sjuk 60-åring som går på regelbundna kontroller har attityder av annan tyngd än en frisk 30-åring som stukat foten i en korpmatch. Är 30-åringens attityder intressanta över huvudtaget?

Referenser

1. Hofoss D. Hva vet vi om patienttilfredshet. Tidskr Nor Laegeforen nr 14, 1986;106:1188-95.
2. Malmödin B. Attityder till primärvården och vårdcentraler hos patienter - möjligt och meningsfullt att mäta? Stencil. Mellersta Dalarnas hälso- och sjukvård 1986.
3. Malmödin B. Attityder till primärvården och vårdcentraler hos patienter - uppföljning av attityder. Stencil Mellersta Dalarnas hälso- och sjukvård 1987.
4. Oskamp S. Attitudes and opinions. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall 1977.
5. Green B. Attitude measurement. I G. Lindzey & E. Aronson (Eds) The handbook of Social Psychology. Reading Mass.: Addison-Wesley 1968.

Författarpresentation

Bertil Malmödin, FV-läkare i allmänmedicin i Falun vid undersökningens utförande.

Postadress: Medicinkliniken, Falu lasarett, 791 82 Falun.

Lokala hälsoprogram – ett hjälpmedel i det förebyggande arbetet

IRMA BERGGREN · MARIA FALK · PER-ERIK GRANLUND · ALLAN HANSSON ·
URBAN JANLERT · ULRICH SCHÄUFELE · TORE STENVALL · LEIF WIKMAN

Lokala hälsoprogram är en av de metoder som landstinget i Norrbotten lanserar för att utveckla det förebyggande arbetet. En arbetsgrupp har under ett par år arbetat med att ta fram principer för hur ett sådant programarbete kan gå till och också prövat arbetsmetoden i praktiken. Här redovisar gruppen sina erfarenheter.

Nyckelord: Hälsoprogram, prevention, primärvård, samarbete mellan myndigheter, kommuner, Norrbotten, lokalsamhälle.

Folkhälsan i fokus

Begreppet folkhälsa har rönt ett mycket stort intresse under de senaste åren. Det hänger framför allt samman med att sjukvårdshuvudmännen

genom hälso- och sjukvårdslagen fått ett lagstadgat ansvar för folkhälsan.

Det traditionella arbetsområdet för landstingen är emellertid sjukvård – och sjukvården har rätt litet samband med folkhälsan. Sjukvården är viktig för de sjuka men spelar en obetydlig roll för de friska. Det är alltså inte genom att behandla de sjuka som vi kan förbättra folkhälsan utan genom att arbeta förebyggande. Och ser vi till de hälsorisker som skall förebyggas ligger dessa till allra största delen utanför landstingets domvärja.

Ansvar utan makt

Det råder idag stor enighet om att de viktigaste orsakerna till sjukdom och ohälsa står att finna i maten vi äter, luften vi andas, vattnet vi dricker, tobak och alkohol, arbetsmiljö, trafik, bostadsförhållanden, socialt nätverk m m (1).

För nästan alla dessa områden gäller att de inte är några landstingsuppgifter. Här är det kommuner, staten, organisationer, företag eller enskilda som bestämmer.

Om vi skall få ned den höga frekvensen hjärt-kärlsjukdomar vi har idag så förslår inte sjukvårdande insatser långt. Däremot är det av mycket stor betydelse att vi kan minska rökningen, att människor äter mindre fet mat, motionerar mer och att arbetsmiljön och vissa sociala förhållanden förbättras (2). Här måste man påverka hela befolkningen, inte bara de grupper som kommer till hälso- och sjukvårdens kännedom som patienter. Den epidemiologiska paradoxen lär oss också att det ur folkhälsosynpunkt är viktigare att göra små förändringar i riskfaktorer för en stor befolkningsgrupp, än stora förändringar för en liten riskgrupp (3).



Patienten ringer sent en fredag eftermiddag. Du känner patienten väl och har haft henne hos dig många gånger för stödsamtal under hennes återkommande ångestperioder. Nu när hon ringer vill du träffa henne så snart som möjligt, men har ingen chans att göra det före helgen. I den situationen väljer du kanske att ringa in ett telefonrecept på ett anxiolytikum, för att hjälpa patienten över helgen och för att sedan träffa henne så snart som möjligt.

Alopam i 10-förpackning

OXAZEPAM

för de tillfällen då du vill skriva ut ett anxiolytikum
för bara några dagars behandling.

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

Tabletter 10 mg: 10 st, 25 st, 100 st, 250 st.

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

Tabletter 25 mg: 25 st, 100 st, 250 st.

Samtliga tabletter är försedda med mittskåra för att kunna delas.



En produkt från
A.L. Läkemedel AB, Tel. 08-716 9265
Dotterbolag till
Apothekernes Laboratorium A/S, Oslo

Vill man spetsa till det kan man säga att hälso- och sjukvårdslagen på ett sätt försatt landstingen i en situation av "Ansvar utan makt". Landstinget har ansvaret för befolkningens hälsa men ingen makt över de viktigaste förhållandena som påverkar hälsan.

Hur löser man detta dilemma?

Ansvar för hälsan

Landstinget delar sitt ansvar för människors hälsa med kommunerna, framför allt miljö- och hälsoskyddet och socialtjänsten. Kombinationen av det här ansvaret och det förhållandet att många av de faktorer som måste angripas i det förebyggande arbetet ligger utanför vars och ens egentliga kompetensområde ställer särskilda krav på verksamheten: den måste vara *målstyrd*, man måste arbeta *förebyggande* och *samarbeta över sektorsgränserna*.

Målstyrd verksamhet

Tidigare lät vi inom hälso- och sjukvården i stor utsträckning resurserna (eller de prestationer som vi ställde i utsikt) styra vårt arbete. Norrbottens läns landstings senaste hälso- och sjukvårdsplan, HSBD90, är ett brott mot den traditionen (4). Som sådan är den intressant därför att denna hälso- och sjukvårdsplan var den första i landet som tillämpade den nya principen om hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering (5).

Förebyggande arbete

Den andra punkten gäller att vi måste arbeta mer förebyggande än tidigare. Prevention har alltid varit ett honnörsord, men mer sällan ett område för aktiva insatser.

Prevention kontra sjukvård är en klassisk konflikt inom hälso- och sjukvården (6). Det preventiva arbetet kommer lätt i skymundan så länge väntrummet är fullt med patienter – och väntrummet blir inte tomt utan särskilda åtgärder. Samtidigt är det alldeles uppenbart att om vi vill göra något åt folkhälsan så måste man utveckla det preventiva området kraftigt.

Sektorsövergripande verksamhet

En av svårigheterna med prevention är att om det förebyggande arbetet skall bli effektivt så måste vi gå till de områden som ligger utanför hälso- och sjukvården. Här är det ju egentligen andra än landstingen som skall agera – och delvis redan gör det. Men arbetar man med rätt saker?

Vi är övertygade att om tex kommunen fick bära de fulla ekonomiska kostnaderna för alla olycksfall som inträffar i kommunen, så skulle mycket se annorlunda ut.

Vi tror dock inte att svårigheterna att koppla tex kommunens verksamhet med sjukvårdens kunskap i första hand ligger på det ekonomiska området – men en ekonomisk koppling

mellan verksamheterna skulle möjligen kunna påskynda samarbetet.

Vad sjukvården gör är ju att den varje dag fungerar som en stor undersökningsapparat, som tar emot tusentals patienter och får mängder av information om varför dessa människor blivit sjuka.

Däremot underlåter man att tala om dessa fynd för dem som egentligen behöver informationen bäst. Kunskapen stoppas in i journalarkiven – och där får den ligga.

Den lösning som vi i Norrbotten har föreslagit för att komma till rätta med en del av de här problemen – en lösning som för övrigt är en viktig del av vårt hälso- och sjukvårdspolitiska program – är de lokala hälsoprogrammen.

Vad är ett lokalt hälsoprogram

För att utarbeta riktlinjer för hur sådana lokala hälsoprogram kan skrivas, tillsatte landstinget en särskild arbetsgrupp som arbetat fram ett förslag. Detta förslag har också prövats i praktiken i två primärvårdsområden – Älvsbyn och Piteå, och sammanställts i en särskild skrift (7).

Vilka är hälsoproblemen
Vad skall man göra åt dem
Vem skall göra det

Ett lokalt hälsoprogram är ett dokument som görs gemensamt mellan primärvården och primärkommunen. Programmet anger vad man betraktar som de viktigaste hälsoproblemen som man bör åtgärda inom området. Dokumentet anger också vilka åtgärder som skall vidtas, och vem som skall göra vad.

Det arbete som pågått under ett par års tid i landstinget är att utarbeta en receptsamling för hur man praktiskt skall gå tillväga för att åstadkomma detta. Receptsamlingar brukar kallas kokböcker – alltså heter även vår receptsamling kokbok. I kokboken går man steg för steg igenom principerna för hur man gör ett lokalt hälsoprogram (7). Tanken är att den här skriften på lokal nivå skall underlätta det praktiska arbetet – gärna som komplement till den skrift om hälsoarbete i samverkan som Socialstyrelsen har givit ut (8).

Hur läggs arbetet upp

Primärvården tar initiativet
Kommunen måste vara med
Ett hälsoprogram per
primärvårdsområde
Programmen måste ses över då
och då

Någon måste börja med det lokala hälsoprogramarbetet, och det är lämpligt att primärvården tar initiativet. En förutsättning för ett förtroendefullt samarbete mellan kommun och primärvård är att kommunen får vara med redan från början.

Det är viktigt med en lokal anknytning av programmet och man bör göra ett program för varje primärvårdsområde. Detta kan i en del fall leda till problem för de kommuner som rymmer flera vårdcentraler. Här måste man kanske göra vissa samordningar i programarbetet.

Programmet måste också revideras med jämna mellanrum – förslagsvis vart tredje till femte år.

Hälsoprogramarbetet steg för steg

Själva programarbetet kan sammanfattas i sju olika steg:

1. Beskriv verkligheten
2. Välj ut
3. Analysera
4. Vad göra
5. Planera genomförandet
6. Agera
7. Följ upp

1. Beskriv verkligheten

Man måste vara överens om utgångspunkterna för programarbetet. Man måste veta något om befolkningen, om hälsoriskerna, om ohälsopanorama och om vårdresurserna. En sådan beskrivning kan emellertid göras till ett omfattande självändamål, och då förfelas effekten. Man måste vara klar över ändamålet med beskrivningen. Genom de samhällsmedicinska enheterna torde det nu i de flesta landsting vara betydligt enklare än tidigare att få fram de relevanta data som man behöver.

2. Välj ut

Sedan man beskrivit verkligheten måste man välja ett eller flera problem som man särskilt vill koncentrera sig på. Man måste prioritera – dvs sätta något problem före andra problem på grund av vissa skäl. Det är viktigt att man blir klar över dessa skäl så att inte slentrian inom sjukvården eller resursstarka grupper omedvetet får styra prioriteringen.

3. Analysera

Detta steg måste delvis ske samtidigt med det föregående. För att man skall kunna angripa ett problem effektivt är det till god hjälp (även om det inte alltid är nödvändigt – vilket historiska exempel visar oss) om man vet orsaksmekanismer eller riskfaktorer bakom problemet.

4. Vad göra

Utifrån denna kunskap kan man så bestämma vilka åtgärder man skall vidta – i både primärpreventivt och sekundärpreventivt syfte. De lokala hälsoprogrammen utesluter inte traditionell vård och behandling, även om syftet är att styra över tankegångarna i primärpreventiva tankebanor.

5. Planera genomförandet

Efter detta måste man komma överens om vem som skall göra vad. Vad faller på primärvården, vad faller på hälsoskyddet, vad skall skolan göra,

socialtjänsten, idrottsföreningen, pensionärsföreningen etc.

6. Agera

Efter detta kan det praktiska arbetet vidta.

7. Följ upp

När man gjort en insats måste man följa upp resultaten. Återföring av resultat är en av de viktigaste faktorerna för att stärka och utveckla ett beteende. Visar resultaten att man är inne på fel väg finns det också möjlighet att korrigera åtgärderna.

Många av de mått som man arbetar med är dock av mycket långsiktig karaktär. Har man föresatt sig att minska hjärt-kärl dödligheten tar det avsevärd tid – trots ett mycket förtjänstfullt förebyggande arbete – innan insatserna kan avläsas i en minskande dödlighet. Vi måste alltså hitta mått som ligger närmare i tiden än dödsfall – sjuklighetsmått, mått på riskfaktorer eller kanske mått på kunskaper och attityder. Vi känner ju orsaksskedjan. Om folk är mer kostmedvetna, om rökningen minskar och om serumkolesterolvärdet går ner i befolkningen vet vi att detta på sikt också kommer att få genomslagskraft på mortaliteten.

Pedagogiska effekter

Vi inbillar oss nu inte att vi kan åstadkomma några helt revolutionerande förändringar av folkhälsan på det här sättet, från en dag till en annan.

Men den här typen av programarbete har också – utöver de direkta effekter som programmet och dess insatser kan tänkas ha – en pedagogisk funktion. Det lär – åtminstone oss inom vården – att tänka på ett annat sätt: målstyrt, förebyggande och sektorsövergripande. Även om vi till en början kanske åstadkommer dåliga hälsoprogram så är programarbetet ett sätt att lära oss att tänka och arbeta på ett annorlunda sätt än tidigare.

Referenser

1. Carlsson G, Arvidsson O, Bygren LO, Werkö L. Liv och hälsa. En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige. Stockholm: Liber, 1979.
2. HS90. Att förebygga hjärt-kärlsjukdom. Ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Stockholm: Liber, 1984 (SOU 1984:43).
3. Svanström L, Haglund B. Att förebygga – samhällsmedicin i praktiken. Lund: Studentlitteratur, 1987.
4. HSBD90. Hälso- och sjukvården i Norrbottens län inför 1990-talet. Luleå: Norrbottens läns landsting, 1984.

5. HS90. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Stockholm: Liber, 1984. (SOU 1984:40)
6. Freymann JG. Medicine's great schism: Prevention vs cure: An historical interpretation. Medical Care 1975;13:525–36.
7. Kokbok i hälsoarbete – råd och anvisningar för lokalt hälsoarbete. Luleå: Norrbottens läns landsting, 1988.
8. Hälsoarbete i samverkan. Metodbok för lokalt hälsoarbete. Stockholm: Socialstyrelsen, 1987.

Författarpresentation

Irma Berggren, landstingsledamot och direktionsordförande Piteå.

Maria Falk, distriktsläkare Piteå.

Per-Erik Granlund, miljöchef Piteå.

Allan Hansson, socialchef Älvsbyn.

Urban Janlert, chef för landstingets samhällsmedicinska enhet i Norrbotten.*

Ulrich Schäufole, vårdcentralchef Älvsbyns vårdcentral.

Tore Stenvall, tidigare sjukhusdirektör Piteå sjukvårdsförvaltningsdistrikt.

Leif Wikman, projektledare och verksam vid hälso- och sjukvårdsavdelningen vid landstingets kansli.

* Postadress: Köpmangatan 36 B, 951 32 Luleå

Män efter separation – en möjlighet till samarbete?

HANS HALLBERG

Bland samtliga män som under ett år erhållit äktenskapsskillnad i Borlänge kom över hälften till en kostnadsfri hälsoundersökning och besvarade även en postenkät.

Andelen dagligrökare var stor. Närmare hälften uppgav psykiska besvär. Hälsoundersökningen påvisade ett flertal tidigare ej kända hälsoproblem. Var tredje hälsoundersökt man kom att delta i samtalsgrupp ledd av manlig familjerådgivare. Familjerådgivningsbyrån förefaller som organisation väl lämpad att ge psykosocialt stöd till fränskilda män. Samarbetsförsöket mellan primärvård och familjerådgivningsbyrå gav positiva erfarenheter varför liknande samverkansförsök på andra orter kan rekommenderas.

Nyckelord: Män, skilsmässa, hälsokontroller, hälsoproblem, intervju/enkätundersökningar, gruppterapi, samverkan mellan myndigheter, primärvård, prevention, Borlänge, familjerådgivningsbyrå.

I en tidigare artikel (1) har redogjorts för en pilotstudie av ett trettioårigt nyligen fränskilda medelålders (30–44 år) män i Borlänge kommun. Bakgrunden till undersökningen var den konstaterade överdödligheten (2) och över sjukligheten (3) i riket avseende denna grupp. I undersökningen ingick även ett interventionsförsök i form av en samtalsgrupp avsedd att fungera som en psykosocial stödinsats.

Nedan refererade undersökning beskriver ett försök att arbeta preventivt mot samma målgrupp i samverkan med en annan organisation – familjerådgivningsbyrån. Tyngdpunkten i artikeln ligger på en presentation av resultaten från hälsoundersökningen samt erfarenheterna av samtalsgruppen.

Material och metod

Undersökningspopulationen bestod av samtliga män som 1986 erhöill äktenskapsskillnad i Borlänge kommun och som vid undersökningstillfället ej hade avflyttat till annan ort – 85 personer. Genomsnittsåldern var 41 år med en spridning från 24–72 år. Personuppgifterna erhöills från pastorsämbetet i Borlänge.

Männen inbjöds genom brev till kostnadsfri hälsoundersökning vid

vårdcentralen Jakobsgårdarna i Borlänge mellan 6–12 månader efter tidpunkten för äktenskapsskillnadsdom. Efter två veckor skickades påminnelse till dem som ej hade svarat.

Undersökningen omfattade även ett sextioårigt enkätfrågor fördelade på två formulär varav det första skickades ut före hälsoundersökningen och det andra besvarades i samband med denna. Frågorna hämtades till största delen från det frågebatteri omfattande hundraårigt frågor som tidigare använts i samband med pilotstudien. Det första formuläret innehöll framförallt frågor angående socioekonomiska betingelser samt subjektiva hälsoindikatorer och sjukvårdsutnyttjande medan det andra formuläret i huvudsak avsåg att belysa olika aspekter av det sociala stödet före respektive efter skilsmässan.

Hälsoundersökningen innefattade en enkel somatisk undersökning med mätning av blodtryck samt längd, vikt, Hb och gamma-GT. I de fall där riskindikatorer för hjärt-kärlsjukdom förelåg eller förhöjt blodtryck uppmättes (n = 7) togs även EKG.

Undersökningen omfattade även analys av uppgifter från pastorsämbetet (antal äktenskap och deras varaktighet, hustruens födelseår, antal barn

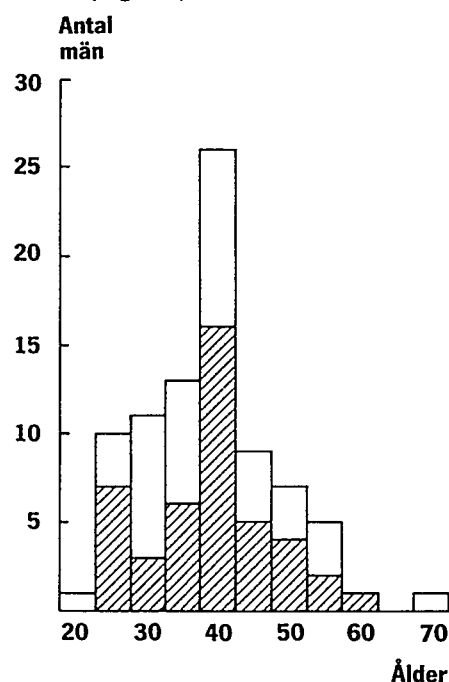
LB06382

och deras födelseår, årtal för eventuell inflyttning till Borlänge), försäkringskassa (sjukdagar och sjukskrivningsdiagnoser 1982–86) samt öppenvårdsjournaler (antal läkarbesök samt respektive kontaktorsaker, fördelning på akutbesök och tidsbeställda besök).

I inbjudningsbrevet omtalades möjligheten för intresserade män att delta i en samtalsgrupp ledd av manlig familjerådgivare och i samband med hälsoundersökningen lämnades närmare information om denna verksamhet. De män som önskade deltaga tillfrågades huruvida familjerådgivaren kunde få tillgång till de besvarade enkätformulären. Alla männen samtyckte härtil.

Resultat

44 av männen (52 procent) kom att hälsoundersökas och besvara enkäten. Populationens åldersfördelning totalt samt fördelat på hälsoundersökta respektive icke hälsoundersökta framgår nedan (Figur 1).



Figur 1. Fördelningen av hälsoundersökta (streckad stapel) resp icke hälsoundersökta (ofylld stapel) fränskilda män (85 personer).

Ytterligare 6 män (7 procent) besvarade enbart enkäten men avböjde hälsoundersökningen (två av dem då de ansåg sig helt friska och ej i behov av hälsoundersökning, ytterligare två då de hade en redan etablerad läkarkontakt på grund av aktuellt sjukdomstillstånd). Totalt besvarades enkäten av 50 män (59 procent) av den totala undersökningspopulationen.

Av enkäterna framkom att 44 procent av männen var dagligrökare. 12 procent kunde bedömas som högkonsumenter av alkohol (uppgav sig dricka mella 38–75 cl starksprit minst en gång i veckan) medan 6 procent däremot var helynkterister.

Beträffande ofta förekommande aktuella subjektiva besvär uppgav 38

procent sömnbesvär, 46 procent psykiska symtom i form av ångslan, oro, ångest eller nedstämdhet samt 52 procent trötthet. Värk i nacke, axlar eller skuldror bejakades av 36 procent och lika stor andel hade värk från rygg, höfter eller ben.

Endast 24 procent av männen uppgav att de själva hade tagit initiativet till skilsmässa. 22 procent hade haft kontakt med familjerådgivningsbyrå i anslutning till skilsmässan.

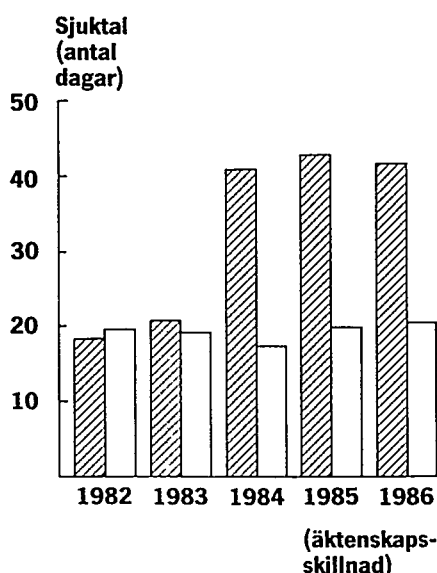
I samband med hälsoundersökningen kunde en del avvikelser påvisas bland de undersökta männen. För att skatta graden av övervikt använde vi oss av Body Mass Index [BMI = vikt (kg)/längd (m)²]. Med en övre gräns för normalvikt vid BMI-värde 25 var 39 procent av männen överviktiga.

Fem män (11 procent) hade förhöjt blodtryck. Hos fyra av dessa män var blodtrycksförhöjningen ej tidigare känd och för dem initierades fortsatta kontroller för ställningstagande till behandling. (Som förhöjt blodtryck definierades systoliskt värde ≥ 160 mm Hg i kombination med diastoliskt värde ≥ 100 mm Hg uppmätt i liggande efter 10 minuters vila.) För de sju män som undersöktes med EKG kunde några patologiska fynd ej registreras.

Tre män (7 procent) hade förhöjt gamma-GT värde. Två av dem hade dessutom förhöjt Hb och en av dem därutöver förhöjt blodtryck. Förhöjd alkoholkonsumtion var den sannolika orsaken till avvikelserna i dessa två fall.

Två män (vilka båda hade uppgivit hustruns otrohet som skilsmäsoorsak) önskade HIV-testas. Testerna utföll negativt.

Sjuktalet för de hälsoundersökta männen under skilsmäsoåret (1986) samt de närmast föregående fyra åren beräknades och jämfördes med sjuktalet för alla män registrerade vid försäkringskassan i Borlänge kommun under motsvarande år (Figur 2).



Figur 2. Sjuktalet hos hälsoundersökta fränskilda män (44 personer, streckad stapel) jämfört med alla sjukförsäkrade män (ofylld stapel) i Borlänge (1982–86).

Familjerådgivningen

Familjerådgivningsverksamheten i Sverige startade 1951 (4). Syftet var då att lösa äktenskapsproblem för att undvika skilsmässa. Idag finns 45 familjerådgivningsbyråer i landet med ungefär 200 anställda familjerådgivare av vilka trettioåttio är manliga. De flesta familjerådgivningsbyråer ligger under landstingskommunalt huvudmannaskap.

Familjerådgivaren är i regel socio-ekonom med vidareutbildning i psykosocialt behandlingsarbete samt kunskaper i familjerätt och sociallagstiftning. Målet med den nuvarande behandlingsinriktningen är att hjälpa parterna att förstå och bearbeta delaktigheten i relationsproblematiken för att möjliggöra ett bättre fungerande handlingsmönster såväl om förhållandet fortsätter som om det upplöses. Kontakt med familjerådgivningen tas på eget initiativ. Psykodynamiska teorier utgör bas i behandlingsarbetet (5). Familjerådgivarna arbetar mestadels ensamma men i tilltagande omfattning tillsammans med så kallad coterapeut. Handledning – intern eller extern – ges enskilt eller i grupp. Verksamheten är kringgärdad av mycket sträng sekretess i förhållande till såväl enskilda som myndigheter. Registrering eller journalhandlingar förekommer ej.

Vid sidan om själva det individinriktade behandlingsarbetet bedriver även familjerådgivarna utåtriktat arbete i form av handledning och konsultation till yrkesgrupper inom socialtjänst samt hälso- och sjukvård.

Samtalsgruppen

Samtalsgruppen leddes av manlig rådgivare vid familjerådgivningsbyrån i Borlänge. Bland de män som erhållit äktenskapsskillnad första halvåret 1986 (n = 40) deltog sex män i samtalsgrupp under våren 1987 ("Vårgruppen"). Av dem som erhållit äktenskapsskillnad under sista halvåret 1986 (n = 45) deltog sju män i samtalsgrupp under hösten 1987 ("Höstgruppen"). Männen i respektive grupper kom att träffas en kväll i veckan under tio veckors tid på familjerådgivningsbyrån.

Urvalsprocessen för sammansättningen till de båda grupperna kom att variera. Männen i "Vårgruppen" kontaktades per telefon och inbjöds till ett gemensamt informationsmöte på familjerådgivningsbyrån. Tre av de män som kontaktats uteblev dock helt. Gruppen kom att bestå av sex män. Var och en av männen i "Höstgruppen" fick tid att först själv samtala med familjerådgivaren innan gruppen startade. Avsikten med detta samtal var att etablera en personlig kontakt och ge möjlighet att närmare diskutera syfte och förutsättningar vad beträffar samtalsgruppen. Dessa samtal ledde till att en person avstod från att delta. (I "Höstgruppen" hade tidigare



La dolce vita?

Det finns ett samband mellan fett, socker, övervikt och högt blodtryck. Du känner till det.

De flesta patienter också.

Men folk är människor.

De har svårt att helt avstå från livets goda.

Det kan bli nödvändigt med en blodtryckssänkande medicin också.

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

Försök först med icke-farmakologiska åtgärder.

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

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

Namn _____

Adress: _____

Postnr. _____ Postadress. _____
i.g. texta

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

också i samband med läkarundersökningen ytterligare en intresserad person bedömts som olämplig för deltagande i samtalsgrupp på grund av tung psykiatrisk problematik.)

Samtalsgrupperna kom således att omfatta sammanlagt 13 män vilka ej kände varandra från tidigare sammanhang. Ungefär hälften av männen hade administrativa yrken och hälften var anställda inom industri-, hantverk-, och serviceyrken. En man var sedan lång tid arbetslös. Mer än hälften av männen upplevde att den ekonomiska situationen hade försämrats efter skilsmässan.

Nio män uppgav att hustrun hade tagit initiativet till skilsmässan, i tre av dessa fall hade hustrun träffat en annan man. Tolv av männen hade minderåriga barn varav alla utom en hade *gemensam juridisk vårdnad* om barnen. Tio av dessa män hade vid skilsmässotillfället mer än ett barn och i denna grupp hade fyra *delad praktisk vård* om minst ett av barnen. Umgängeskontakt med de barn som bodde hos före detta hustrun hade mer än hälften av männen minst en gång i veckan.

Arbetet med grupperna utgick från en psykodynamisk referensram med tyngdpunkt på kris- och kommunikationsbearbetning (6, 7). Processhandledning gavs av en familjerådgivare och handledare med stor erfarenhet av gruppterapiutbildning. Som underlag för handledningen fanns minnesanteckningar från gruppsamtalen.

När männen började i grupperna hade minst ett år förflutit efter tingsrättens beslut om äktenskapsskillnad och minst två år sedan paret ursprungligen flyttat isär. I separationsprocessen innebär detta också att samtliga män ansåg sig till största delen ha kommit igenom sorgearbetet och försökt hantera den nya livssituationen.

Männen önskade samtala om ekonomin, kontakterna med barnen, före detta hustrun och eventuellt hennes nya partner, ensamhetsupplevelser, förhoppningar om nya vänskapskontakter och ny partner samt om mäns utsatta situation vid skilsmässa.

Så gott som samtliga män uttryckte behov av att aktivt kunna ta del i barnens uppväxt. Samtalen rörde förhållningssättet till och samarbetet med den andra föräldern samt relationen till barnen. Många av männen uttryckte att de nu kunde se sin del i separationen klarare än vid själva skilsmässotillfället. Skilsmässos erfarenheterna innebar bland annat insikt i vikten av att aktivt arbeta med sitt förhållande. Männen ansåg sig nu ha bättre förutsättningar för att gå in i en ny relation.

Att gruppen hade en stödjande funktion konkretiserades bland annat för en av männen som en längre tid hade haft svårigheter att våga ta kontakt med socialförvaltningen för att ansöka om ekonomiskt bidrag. Diskussion i gruppen resulterade i att

mannen fick motivation och mod till kontakt med socialbyrån vilket ledde till att hans ekonomiska situation förbättrades.

För båda grupperna upprättades likartade kontrakt i vilka kontinuerligt deltagande starkt betonades. Deltagandet i höstgruppen var dock större än i vårguppen.

Utvärdering

Vid sista gruppmötet utvärderades gemensamt gruppsamtalen utifrån tiotalet frågeställningar. Samtliga män ansåg därvid att samtalen hade varit viktiga genom att stärka deras självförtroende. Mötet med andra män i en likartad situation hade inneburit en upplevelse av att ej vara ensam med sina problem. I höstgruppen ansåg samtliga att behovet av samtalsgrupp hade varit större i en tidigare fas av skilsmässan – under själva betänketiden. Däremot ansåg flertalet män i vårguppen att tidpunkten för samtalen kom lämpligt. Männen i höstgruppen planerade att fortsätta träffas själva i grupp efter avslutad kontakt med gruppledaren.

Alla i höstgruppen upplevde det som väsentligt att de hade fått träffa gruppledaren innan de träffade övriga grupplemmar. Detta möte aktiverade på nytt tankar och känslor kring skilsmässan. De enskilda samtalen gav också bättre möjlighet att ta ställning till eventuellt deltagande i gruppen.

Männen gav uttryck för att det var viktigt att gruppledaren var man. Män i skilsmässokris tycks således i första hand behöva kontakt med andra män för att kunna öppna sig och söka efter sina egna genuina uttrycksmedel.

Diskussion

Liksom i den tidigare pilotstudien (1) förelåg bland de frånskilda männen en överrepresentation av hälsoproblem i form av rökning samt subjektiva psykiska besvär. Däremot var andelen högkonsumenter av alkohol ej oproportionerligt stor vilket sannolikt beror på ett selektivt bortfall i detta avseende. Det är ju väl känt från andra undersökningar (8) att personer med alkoholproblem har mindre benägenhet att medverka i hälsoundersökningar.

I andra studier (9) har redovisats stora bortfall just bland kategorien frånskilda män. I denna undersökning kom mer än hälften av männen till hälsoundersökning trots den föga omfattande kallelserutinen med endast en skriftlig påminnelse.

Bortfallet skiljer sig ej från de hälsoundersökta vad avser männens ålder, äktenskapets varaktighet, andelen med mer än en skilsmässa, andelen med barnlöst sista äktenskap respektive genomsnittliga antalet barn. Däremot fanns bland de hälsoundersökta mer än dubbelt så stor andel personer som bott i Borlänge hela sitt liv.

Beträffande sjukutvecklingen

förelåg en signifikant ökning av sjukfallen för bortfallsgruppen under åren 1983 samt 1986 (skilsmässåret). Andelen personer som var kända i primärvårdens journalhandlingar var ungefär lika stor i de båda grupperna medan den hälsoundersökta gruppen hade gjort signifikant fler läkarbesök än bortfallsgruppen.

Männen i den hälsoundersökta gruppen karaktäriserades således av större geografisk stabilitet och konsumtion av öppen vård men mindre antal sjukdagar under två av de senaste fem åren. Generaliserbarheten synes framförallt begränsad vad gäller möjligheterna att nå frånskilda män med alkoholproblem med denna typ av undersökningsdesign.

Den enkla och icke tidskrävande hälsoundersökningen kunde påvisa kliniskt signifikanta avvikelser – övervikt, blodtrycksförhöjning, alkoholbehandlingad leverpåverkan – hos flera av männen vilket möjliggjorde en individriktad hjärt- kärl- eller alkohol-sjukdomsförebyggande verksamhet inom ramen för en fortsatt primärvårdskontakt.

Sjukutvecklingen illustrerar övertygande hur separationsprocessen påverkat hälsan i vid bemärkelse. Att äktenskapsskillnadsdom meddelats under 1986 innebär att skilsmässan blivit en praktisk och känslomässig realitet ett eller två år tidigare. Detta avspeglas i de markant stegrade sjukfallen under dessa tre år.

Gruppen frånskilda män har således komplexa sociala, psykologiska och medicinska behov som endast i liten utsträckning tycks vara kända i primärvården. Tillgången till socialt stöd är ofta begränsad (10). Frekvensen subjektiva psykiska besvär är hög men uppmärksammas sällan i samband med besöken hos distriktsläkare där kontaktorsaker och åtgärder mestadels är av somatisk karaktär (1). Detta beror sannolikt såväl på männens oberoende att spontant presentera sina psykiska besvär som distriktsläkarens svårigheter att på ett adekvat sätt tolka och förhålla sig till patientens symtom (11).

I denna atomiserade verklighet – som förvisso ligger långt borta från primärvårdsvisionerna presenterade i HSL och andra ramlagar – tycks familjerådgivningsbyrån kunna utgöra en organisation med goda möjligheter att ge psykosocialt stöd till frånskilda män. Nästan en tredjedel av de hälsoundersökta männen deltog i gruppsamtalen. Fördelarna med familjerådgivningsbyrån är i detta sammanhang flera: personalens kunskap och förtrogenhet med att arbeta med relationsproblem, avsaknaden av stigmatiserande psykiatrisk sjukdomsmodell eller social kontrollfunktion, den stränga sekretessen utan registrering och journalhandlingar, de relativt goda möjligheterna till samtal utanför ordinarie arbetstid samt (för ett flertal

familjerådgivningsbyråer) inga avgifter. En del fränskilda män har också tidigare erfarenheter av familjerådgivningsbyråns verksamhet då de sökt tillsammans med före detta hustrun i ett tidigare skede av separationsprocessen.

Männen som deltog i samtalsgrupperna uttryckte alla att de hade upplevt detta som positivt. Frågan huruvida detta också i "yttre objektiva" avseenden inneburit att deras hälsa förbättrats kan detta praktiskt inriktade samarbetsförsök ej säkert besvara. Med tanke på de kontrollerade vetenskapliga studier där positiva effekter av liknande interventionsförsök kunnat påvisas (12, 13) håller vi dock detta för troligt.

Det är vår förhoppning att denna artikel skall kunna inspirera andra till liknande försök. Därvid bör praktiskt beaktas våra erfarenheter beträffande vikten av att söka kontakt med männen så tidigt efter äktenskapsskildnad som möjligt, att familjerådgivaren helst bör vara man och att denne bör träffa männen enskilt innan gruppkontakten påbörjas.

Referenser

1. Hallberg H. Hälsoproblem hos fränskilda män Allmänmedicin 1987;8: 195-8.
2. SPRI-rapport 122. Dödsorsak? Dödsorsaksstatistik som underlag för planering, Stockholm 1983;99-107.
3. Nyström S. The use of somatic hospital care among divorced. Scand J Soc Med, supplement 17, 1980.
4. Familjerådgivning - psykosocialt behandlingsarbete. SFPH:s monografiserie nr 15, Norstedts tryckeri, Stockholm, 1981.
5. Cullberg J. Dynamisk psykiatri i teori och praktik. Natur och Kultur, Arlöv, 1984.
6. Lorentzon L. Gruppen. Rabén & Sjögren, Stockholm, 1985.
7. Heap K. Socialt arbete med grupper. Wahlström & Widstrand, Stockholm, 1975.
8. Rosengren A, Wilhelmsen L, Berglund G, Elmfeldt D. Non-participants in a general population study of men, with special reference to social and alcoholic problems. Acta Med Scand 1987;221:243-51.
9. Bergstrand R, Vedin A, Wilhelmsson C, Wilhelmsen L. Bias due to non-participation and heterogenous subgroups in population surveys. J Chron Dis 1983;36:725-8.
10. Hanson BS, Östergren P-O. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia. Theoretical and methodological aspects on some results from the population study "Men born in 1914", Malmö. Soc Sci Med 1987;25:844-59.
11. Kessler LG, Cleary PD, Burk JD jr. Psychiatric Disorders in primary care. Results of a follow up study. Arch Gen Psychiatry, vol 42 1985, jun;42(6):583-7.
12. Budman S, Clifford M. Shortterm group therapy for couples in a health maintenance organization. Prof Psychol 1979, s 419-29.
13. Bloom B, Hodges W, Kern M, Mc Faddin S. A preventive intervention program for the newly separated - final evaluations. Amer J Orthopsychiat 1985;55:9-26.

Författarpresentation:

Hans Hallberg är distriktsläkare vid Norslunds vårdcentral i Falun och chef för Utvecklingsenheten i primärvård, Kopparbergs läns landsting.

Postadress: Utvecklingsenheten i primärvård, Vårdcentralen Norslund, Kopparvägen 29, 791 42 Falun.

Leif Jonsson är familjerådgivare vid Familjerådgivningsbyrån i Borlänge.

Postadress: Familjerådgivningsbyrån, Bergebyvägen 8, 781 41 Borlänge.

Högonkonumenten av primärvård - vem är det?

HÅKAN CARL · ANDERS HÅKANSSON · CHRISTER PETERSSON

På Vårdcentralen Teleborg i Växjö studerades retrospektivt alla patienter, som under en treårsperiod avlagt 10 besök eller fler hos distriktsläkare. Dessa högonkonsumenter utgjorde 8,6% av patienterna och stod för 27,9% av besöken och 33,7% av diagnoserna. De dominerande diagnoserna var bland barnen mediaotit och otosalingit, och bland pensionärerna hypertoni, hjärtsjukdomar och diabetes. I de arbetsföra åldrarna fann vi ett mera varierat diagnospanorama med förutom infektioner och muskuloskelettala sjukdomar en hel del nervösa och psykosomatiska åkommor.

Nyckelord: Vårdkonsumtion, diagnos, registerstudier, forskning, Växjö.

Introduktion

Patienten med de många besöken och den digra journalen är välkänd överallt inom sjukvården. Många försök har gjorts att klarlägga orsakerna till de talrika kontakterna såväl inom slutten som öppen vård, och vitt skilda resultat har uppnåtts.

Inom den slutna vården har högonkonumenterna visat sig vara de allra svårast sjuka med diagnoser som cancer och njursvikt och med en mycket dålig prognos (1). Inom primärvården har istället, naturligt nog, de dominerande diagnoserna varit sådana, som inte påverkat prognos och allmäntillstånd mer, än att talrika öppenvårdsbesök varit möjliga (2).

Definitionen av högonkonsumtion som tex antal besök per tidsenhet, andel av alla besök eller rentav total vårdkostnad, har också haft betydelse för resultaten, liksom eventuell köns- och åldersstratifiering (2,3).

Från vårt dagliga arbete har vi haft intrycket, att högonkonumenterna grovt sett sönderfaller i två grupper. Den ena består av patienter, som avlagt ovanligt många besök för vanliga, åldersspecifika åkommor, den andra av patienter, ofta medelålders kvinnor, med en ökad andel nervösa och psykosomatiska besvär.

Avsikten med denna artikel är, att presentera diagnospanoramats för högonkonumenterna inom olika ålders- och könsstrata.

Material och metoder

Vårdcentralen Teleborg är belägen i södra Växjö. I dess upptagningsområde bor gott och väl 11 000 människor,

flertalet inom stadsdelen Teleborg, men ett par tusen på landsbygden söder därom (4).

Under treårsperioden 1984-1986 registrerades vid varje besök basala data innefattande bland annat patientens personnummer och därmed ålder och kön samt diagnoser enligt Socialstyrelsens "Diagnoskoder i öppen vård" (5). Registreringen av dessa data skedde med hjälp av Kommundatas patientadministrativa datasystem (PAS).

Inför bearbetningen med hjälp av "Application system" avidentifierades personregistret av sekretesskäl (5). Från det avidentifierade registret uthämtades uppgifter på alla patienter, som avlagt 10 besök eller fler under perioden. Dessa benämndes högonkonsumenter, och fördelades efter kön och ålder i ett antal undergrupper.

Diagnosfördelningen jämfördes, dels mellan dessa grupper, dels mellan högonkonumenterna å ena sidan och samtliga mottagningspatienter respektive samtliga invånare i distriktet å den andra. Uppgifter om distriktets invånare hämtades från Statistiska centralbyråns Demopak och avser förhållandena vid studieperiodens slut.

Resultat

Gruppen högkonsumenter bestod av 704 personer, 262 män och 442 kvinnor. Dessa utgjorde 8,6% av totala antalet patienter och 6,2% av upptagningsområdets befolkning. Under treårsperioden gjorde dessa högkonsumenter 7080 läkarbesök på distriktsläkarmottagningen, varvid 10916 diagnoser sattes. Högkonsumenterna stod för 27,9% av besöken och 33,7% av diagnoserna.

Tabellerna I och II beskriver för respektive kön och åldersgrupp, hur vanlig högkonsumtionen var i absoluta och relativa tal. Antalet diagnoser per patient ökade med stigande ålder, liksom antalet diagnoser per besök. Från att i de lägsta åldrarna bara ha utgjort 2,5% av det totala antalet patienter, blev de som nådde högkonsumtions-tröskeln i den högsta åldersgruppen nära 30%. Andelen högkonsumenter i åldrarna 15–64 år var högre bland kvinnorna än bland männen.

Tabellerna III och IV visar de vanligaste diagnoserna i rangordning. Listan har för varje åldersgrupp utsträckt till att omfatta det antal diagnoser, som tillsammans svarade för minst 40% av det totala antalet diagnoser. Siffrorna inom parantes anger diagnosernas rang bland mottagningspatienterna totalt. I den yngsta åldersgruppen stod två diagnoser för ungefär hälften av de högkonsumerande pojkarnas och flickornas besök. För såväl de manliga som de kvinnliga pensionärerna var det hjärt-, kärlsjukdomar och diabetes, som utgjorde de vanligaste diagnoserna. I åldrarna 15–64 år hade de högkonsumerande männen och kvinnorna ett mer varierat diagnospanorama, och det behövdes ett tiotal diagnoser för att komma upp i 40%.

För såväl män som kvinnor var rangordningen bibehållen bland högkonsumenterna jämfört med mottagningspatienterna totalt i den högsta och den lägsta åldersgruppen. Inom åldrarna 15–64 år uppträdde vissa olikheter. För båda könen intog diagnosen psykoneuros en högre plats på ranglistan inom högkonsumtionsgruppen. Detsamma gällde diagnosen gastrit i åldersgruppen 15–44 år. Vissa kroniska folksjukdomar var något överrepresenterade bland högkonsumenterna. Sålunda var diagnosen hypertoni vanligare än i totalpopulationen i åldrarna 15–44 år, medan kvinnorna i åldrarna 45–64 år hade en ökad frekvens av diabetes, och män i samma åldrar en ökad frekvens av arthros. Vissa diagnoser såsom tonsillit, bronchit och sinuit hade bland de högkonsumerande männen en avsevärt lägre rang än inom jämförelsegruppen.

I åldrarna 15–44 år sattes diagnosen alkoholism på 3 män vid 16 tillfällen. Detta motsvarade 4% av männen och 1% av besöken.

Tabell I

Antalet patienter, besök och diagnoser bland högkonsumenterna fördelat på åldersgrupp och kön

	Åldersgrupp (år)							
	0–14		15–44		45–64		65–	
	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor
Patienter	22	22	82	204	63	115	95	101
Besök	217	195	872	2171	669	1216	874	866
Diagnoser	268	252	1133	2945	1028	1852	1738	1700
Dia/Pat	12,2	11,5	13,8	14,4	16,3	16,1	18,3	16,8
Dia/Bes	1,24	1,29	1,30	1,36	1,54	1,52	1,99	1,96

Tabell II

Högkonsumenternas andel av totalantalet patienter, besök och diagnoser respektive av antalet invånare vid studieperiodens slut fördelat på åldersgrupp och kön (procent)

	Åldersgrupp (år)							
	0–14		15–44		45–64		65–	
	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor
Patienter	2,5	2,5	4,0	7,9	10,2	16,8	30,8	27,7
Besök	10,0	9,1	17,0	26,9	32,8	45,2	58,0	53,8
Diagnoser	10,7	10,3	19,0	30,3	37,7	51,2	66,4	61,5
Invånare	1,5	1,6	2,8	7,1	5,9	12,8	28,1	27,4

Tabell III

De diagnoser (i rangordning), som bland de högkonsumerande *männen* svarade för minst 40% av alla diagnoser. (Siffror inom parantes anger diagnosens rang bland samtliga patienter inom åldersgruppen).

Rang	Åldersgrupp (år)			
	0–14	15–44	45–64	65–
1	mediaotit (1)	gastrit (6)	hypertoni (1)	hypertoni (1)
2	otosalpingit (2)	öli (1)	lumbago (2)	symt hjärtsjd (2)
3		lumbago (3)	ang pect (3)	diabetes (3)
4		psykoneuros (14)	psykoneuros (11)	cardioscleros (4)
5		hypertoni (11)	tendinit (4)	ang pect (5)
6		tendinit (7)	bronchit (5)	
7		sinuit (4)	gastrit (7)	
8		bronchit (5)	arthros (17)	
9		tonsillit (2)	diabetes (9)	
10		prostatit (13)	ledsmärta (16)	
11		extern otit (20)		
12		mediaotit (9)		
Totalt	51,5%	40,3%	40,6%	41,9%

Tabell IV

De diagnoser (i rangordning), som bland de högkonsumerande *kvinnorna* svarade för minst 40% av alla diagnoser. (Siffror inom parantes anger diagnosens rang bland samtliga patienter inom åldersgruppen).

Rang	Åldersgrupp (år)			
	0–14	15–44	45–64	65–
1	mediaotit (1)	öli (1)	hypertoni (1)	hypertoni (1)
2	otosalpingit (3)	sinuit (2)	psykoneuros (3)	symt hjärtsjd (2)
3		bronchit (5)	lumbago (2)	diabetes (3)
4		gastrit (8)	tendinit (5)	cardioscleros (4)
5		psykoneuros (9)	sinuit (7)	ang pect (5)
6		lumbago (6)	bronchit (4)	
7		nackbesvär (11)	öli (6)	
8		cystit (14)	diabetes (12)	
9		hypertoni (17)	myalgi (10)	
10		kolpit (7)	nackbesvär (11)	
11		tendinit (10)		
Totalt	46,4%	40,5%	40,4%	41,6%

Diskussion

Huvuddragen i våra resultat är, att i mellanåldrarna 15–64 år är högkonsumtion vanligast bland kvinnor, och är nervösa och psykosomatiska besvär överrepresenterade. Detta överensstämmer med tidigare genomförda studier inom primärvården (2, 6, 7). Detsamma kan sägas om iakttagelserna, att besöksfrekvensen i allmänhet tilltar med åldern, och att högkonsumerande barn i stort sett är liktydigt med öronbarn. Bland de högkonsumerande pensionärerna dominerar hypertoni, hjärtsjukdomar och diabetes.

Vad beträffar alkoholismens betydelse för antalet läkarbesök avviker våra resultat från vad som tidigare visats (2). Att alkoholdiagnos sattes oftare på medelålders män i Dalby kan bero på, att en forskningsläkare där ägnade sig speciellt åt en grupp alkoholister. Bland våra medelålders män kan naturligtvis diagnoser som gastrit och lumbago vara förtäckta alkohol-diagnoser.

Vanliga akuta luftvägsinfektioner uppvisar i vår studie ovanligt låga relativa frekvenser, särskilt bland de manliga högkonsumenterna i mellanåldrarna. Detta är sannolikt en utspädningsseffekt och bekräftar indirekt, att denna grupps besöksmönster verkligen är annorlunda än kontrollernas. Bland de högkonsumerande kvinnorna i åldrarna 15–44 år ligger däremot

infektionsdiagnoserna i topp. Detta skulle kunna bero på deras täta småbarnskontakter.

Att vårt material avidentifierats före bearbetningen har medfört, att flera variabler som tidigare visat sig betydelsefulla inte har kunnat belysas. Sålunda saknas uppgifter om hur till exempel socialgruppstillhörighet, reseavstånd till mottagningen, rökning och andra faktorer av betydelse för högkonsumtion påverkar besöksmönstret. Detsamma gäller uppgifter om patienternas sjukvårdskonsumtion hos andra vårdgivare och deras läkemedelsförbrukning. Sådana data skulle kasta ytterligare ljus över vad som ligger bakom högkonsumenternas besöksmönster.

Vi tror det skulle vara givande, att närmare studera de verkliga högkonsumenterna bland de medelålders männen och kvinnorna. Om vi i åldrarna 25–54 år kunde ta ut de 2–3%, som gjort flest besök skulle vi få en hanterbar grupp på ett hundratal patienter. Efter journalgenomgång skulle vi då närmare kunna karaktärisera vår medelålders högkonsument. Den här aktuella studien ger vid handen, att det skulle kunna röra sig om en *kvinn*a med nervösa besvär, upprepade luftvägsinfektion och smärtor i nacke och längdrygg, eller en *man* med högt blodtryck, låga ryggbesvär, höga magbesvär och nervositet.

Referenser

1. Zook C, Moore F. High-cost users of medical care. N Engl J Med 1980; 302:996–1002.
2. Ejlerstson G. Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning (sid 153–65). Lund: Studentlitteratur 1981.
3. Isacsson D, Smedby B. Defining heavy use of prescription drugs. A methodological study. Medical care (in press).
4. Håkansson A, Andrén P, Rangert B. Kommundelsdiagnos Teleborg. AllmänMedicin 1986; 7:61–4.
5. Håkansson A. Badata – till vad nytta? Redovisning av ett treårsmaterial från vårdcentralen Teleborg. AllmänMedicin 1987; 8:154–7.
6. Smedby B. Sjukvårdens storkonsument. Storkonsumenter av läkarvård. Socialmedicinsk tidskrift 1974; 51:462–8.
7. Westhead J N. Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics, J R Coll Gen Pract 1985; 35:337–40.

Författarpresentation:

Håkan Cars,

Anders Håkansson,

Christer Petersson, distriktsläkare vid Vårdcentralen Teleborg

Postadress: Box 5044, 350 05 Växjö

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

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

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

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

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

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

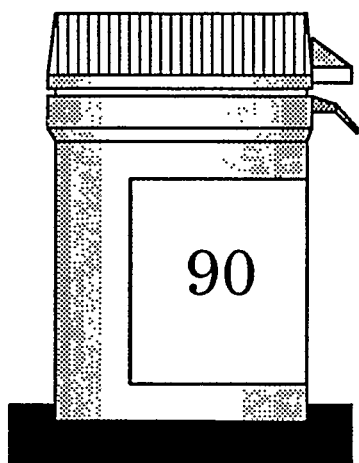
Vi vill särskilt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar *blivande allmänläkare* för SFAM. Årsavgift 270 kronor.

Obs! Alla medlemmar i SFAM erhåller för 1989 automatiskt tidskrifterna AllmänMedicin och Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Skicka anmälan till AllmänMedicin, Margareta Lindborg, 172 83 Sundbyberg eller ring 08/98 94 92.

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,
(kaliumsparande diuretikum,
blodtryckssänkande medel)
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 !

SFAM:s höstmöte i Gävle 1988 *LB 08808*

– ett collage i ord och bild

DAN ANDERSSON



Mats Ribacke blev på flera sätt huvudperson under höstmötets första dag. Som faderlig gestalt välkomnade han tillsammans med andra i organisationskommittén närmare 200 distriktsläkare och andra intresserade till Gävleborgs läns landstings vackra vårdhögskola. Senare under dagen valdes Mats till ny ordförande för SFAM – en procedur som bidrog till att tidsschemat under eftermiddagen blev kraftigt förryckt.



En annan debattglad estradör var Niels Lynøe från Umeå. Udden i debattinläggen var tydligt riktad mot professorer och andra institutionsföretträdare. Niels agerade också på fredagen i ett av de fria föredragen med rubrik "Kriser i den kliniska medicinen". Ett kontroversiellt inlägg i den för allmänmedicinen tydligen eviga frågan om vilket paradigm som är det rätta.



Avgående SFAM-ordföranden Göran Sjönell var flitigt i elden som debattör och frågeställare. Mest intensivt blev engagemanget när det gällde programskriften "Allmänmedicin inför år 2000". Den uteblivna revideringen av programskriften var det skäl Göran Sjönell åberopade för att avgå som SFAM-ordförande.



Öppningsföreläsningen hölls av professor Gösta Tibblin från Institutionen för Allmänmedicin i Uppsala. Via en kort betraktelse över den akademiska allmänmedicinens situation i landet och regionen, samt information beträffande den utökade undervisningen i allmänmedicin i Uppsala, övergick professor Tibblin till att introducera "medicinsk sociometri". Vem tycker om allmänmedicin och vilka är allmänmedicin förtjusta i? Med utgångspunkt från olika specialiteters målbeskrivningar hade uppgifter om angivna samarbetspartners vaskats fram och sammanställt till ett så kallat sociogram. Många intressanta reflektioner kunde göras utifrån den "ämnes-syn" som växte fram i sociogrammet.



Uppmärksamma åhörare i Vårdhögskolans välfyllda aula.



Segrade i posterpristävlingen gjorde Jan Stålhammar och Barbro Nordström från Svartbäckens vårdcentral, Uppsala, med en studie om vårdtyngdsmätning (enligt Katz ADL-index) vid ett ålderdomshem i Uppsala. Studien var rubricerad "Servicehus med helinackordering – Kommunal långvård?"

Den välgjorda postern tog upp ett högaktuellt ämne – hur ser dimensioneringen av resurser ut inom primärvårdens och kommunens äldreomsorg och kan vårdtyngdsmätning bidra till en bättre fördelning av resurserna?



Posterutställningen var välbesökt. Det var åtta utställare som berättade om allt ifrån nagelträngsbehandling via äldrevårdsorganisation till suicid. De bästa skärmarna belönades med priser. Skarpsynt bedömare var docent Kurt Svärdsudd IAMU som här ses poängsätta ett av Håkan Unnegårds alster.



Lena Kälvesten

Tomas Hörnström

Distriktsläkare Lena Kälvesten var moderator för ett minisymposium om skolhälsovård i vilket också Tomas Hörnström (barnläkare/skolläkare/distriktsläkare) medverkade.



Tf distriktsläkare Staffan Ekedahl redogjorde i ett av de fria föredragen för "Hälsoproblem hos vietnamesiska invandrare i primärvården". Såväl studien som presentationen var utmärkt och den problematik som belystes torde beröra allt flera vårdcentraler i takt med en ökad invandring.

Ett av höstmötets huvudteman var kvalitetssäkring. I det inledande symposiet "Kvalitetssäkring – varför och hur?", redogjorde Måns Rosén för SPRI:s arbete med att stimulera och stödja andra att arbeta med kvalitetsfrågor. Anders Lindman gav mycket konkreta exempel på hur ett långt drivet och metodiskt arbete med att hitta kvalitetsmått i primärvården kunnat leda till effektivitetsvinster i vården. Den "Guide Médécine" som presenterades utgjorde för de flesta åhörarna ett helt nytt sätt att se verksamheten på. Urban Rosenqvist belyste kvalitetssäkring utifrån LUCD:s (Lands-tingets undervisningscentrum för diabetes) devis "Bra vård på Dina villkor". Lars Fredén betonade vikten av att kombinera kvalitativa och kvantitativa metoder när det gällde att få fram kvalitetsaspekter på vården också utifrån patientens synvinkel. Niels Bentzen, allmänpraktiker och lektor från Danmark, betonade vikten av att sätta "standards" och att detta måste ske inom professionen. I Niels Bentzens sammanfattande inlägg infördes också begreppet kvalitetscirklar.

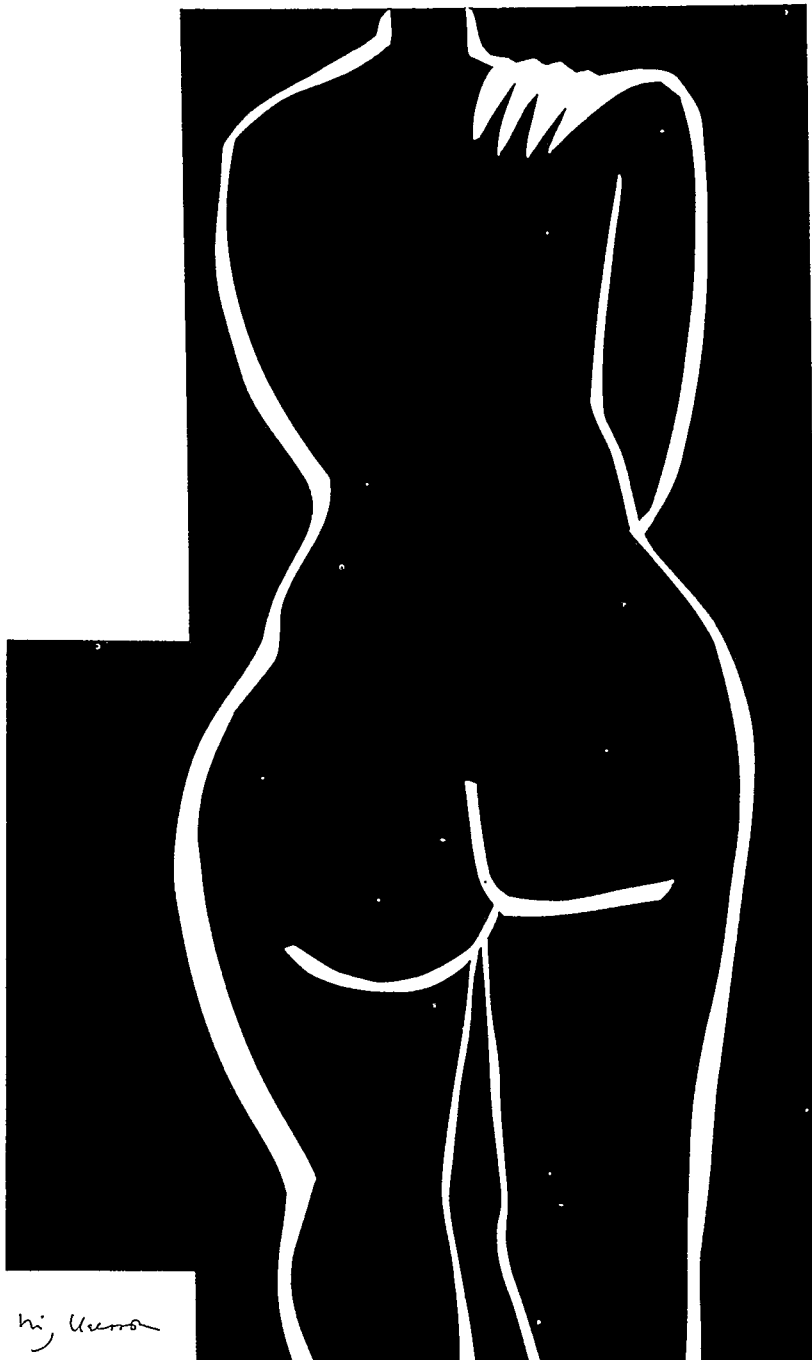


Om kvalitetssäkring och kvalitetscirk- lar i vården redovisade bland andra Iris Blomberg och Göran Falck (se bild), två olika projekt under fria före- drag. Görans anförande anslöt mycket väl till de förutsättningar för kvalitets- säkring i allmän praxis som Niels Bentzen tidigare sagt måste föreligga.



Det avslutande symposiet "Allmänlä- karrollens gränser" formade sig till en mosaik av gränsöverskridanden, initi- alt mest geografiska och litterära av Benkt Åbom och Olov Svender. I Henrik Asks gestaltning formulerades också ett gränsöverskridande. För att kunna fortsätta vara allmänläkare kände sig Henrik tvungen att bryta upp från landstingets organisatoriska tvångströja och bli sin egen herre. Ironi- nin i Henriks burleska och starkt per- sonliga framställning, blev än mera pregnant när symposiet avslutades av Niels Bentzens kommentar att det Henrik Ask bröt upp ifrån var vad många danska allmänpraktiserande lä- kare längtade till. En tankeväckande avslutning på ett par engagerande och välarrangerade SFAM-dagar.

SVART PÅ VITT OM
ABBOTICIN NOVUM 500 MG
ERYTROMYCIN



ABSORBERAS AV ALLA
MINDRE MAGSTÖRNINGAR
DOSERAS 2×2

Referenser 1. Elwin C-E et al. Third World Conference on Clinical Pharmacology & Therapeutics 1986, Abstract II 91. 2. Bertrand A et al. Br J Clin Pract 1988 42 (Suppl. 55): 98-9. 3. Data on file. Abbott Scandinavia AB. Abbotcin Novum Antibiotikum. Jof A01 R Deklaration. 1 tablett à 500 mg innehåller Erythromycin ethylsuccinat. Erythromycin 500 mg constituet color (kinolimgull) q.s. Egenskaper. Abbotcin Novum tablett innehåller erythromycinethylsuccinat. Denna ester av erythromycin hydrolyseras efter absorption till fritt aktivt erythromycin. Absorptionen av erythromycinethylsuccinat är något lägre än för erythromycinstearat (Abbotcin tablett), varför en högre dos av den biologiska-aktiva estern måste ges för att motsvara de plasmakoncentrationer av erythromycin skall uppnås. Indikationer. Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för erythromycin tex: lufsvägsinfektioner – speciellt då överkänslighet för penicillin föreligger. kikhosta, mycoplasmapneumonier, legionärsjuka samt stafylokokinfektioner. Infektioner orsakade av Chlamydia trachomatis tex: icke gonorröisk uretrit, cervicit samt konjunktivit och pneumoni hos spädbarn. Biverkningar. Gastrointestinala besvär i form av magknip, illamående och diarré kan förekomma, särskilt vid höga doser. Dessa biverkningar kan försvinna under pågående behandling. Liksom vid annan antibiotikaterapi kan, speciellt vid långtidsbehandling eller upprepad terapi, överväxt av icke känsliga bakterier eller svampar inträffa. Erythromycin skall då utsättas och lämplig terapi inledas. Allergiska reaktioner är sällsynta, men fall från lätta hudreaktioner och urtikaria till anafylaxi har rapporterats. Dosering. Normaldos för vuxna samt barn över 35 kg: 2 tabletter 2 gånger per dygn. Alternativt ges 1 tablett 4 gånger per dygn. Vid svårare infektioner kan upp till 4 gram per dygn ges. Optimal absorption erhålles om dosen njuges omedelbart före måltid. Förpackningar. Tablett 500 mg (gula, spöformade med Abbotts symbol på ena sidan). 40 st Vnr 004721. 100 st Vnr 004804. Kontraindikationer. Försiktighet. Graviditet och amning. Interaktion. Se Abbotcin tablett.

Abbott Scandinavia AB, Box 1074, 164 21 KISTA. Tel. 08-752 00 50.

Smärtpatienter i hemsjukvården

BIRGITTA PERSSON

Att acceptera en önskan att få vara ifred, tillbringa den sista levnadstiden efter egna önskningar, kanske t o m avstå smärtlindring, detta kan vara mycket svårt för vårdpersonal, alla kategorier. Men med vilken rätt sätter vi oss över en sjuk människas uttalade önskan?

Genom en fullständig ärlighet i information till patient, anhöriga och vårdpersonal under hela sjukdomstiden går det i de flesta fall att finna en vårdform, som blir den rätta.

Erfarenhet av många års arbete i hemsjukvården har visat att alla varianter av vård, hur udda de än kan verka för personalen, kan kännas som helt rätt om det är patientens intensiva önskan.

Nyckelord: Hemsjukvård, smärta, vårdare-patientrelationer, holism.

Det finns många olika sorters smärta, lika många som det finns människor.

Genom att ta till sig detta påstående förstår var och en som arbetar i vården vilket område vi ger oss in på. Vi inser också det omöjliga att ge lösningar i förväg. Hur vi handlar är helt beroende på hur patienten upplever sin smärta, och det är här vi finner så många faktorer som är av stor betydelse. Familjens, vännernas och arbetskamraternas hållning till det som sker. Patientens egen rädsla, oro och bekymmer för framtiden och för familjen.

Vi som arbetar i hemsjukvården har kanske en fördel framför personalen på sjukhusen. Vi har lättare att förstå helheten med allt vad det innebär, just därför att vi arbetar i patientens hem.

Familj och vänner kan vara flitiga besökare på en avdelning, men där är man ändå inte i hemmet. När man går från avdelningen, kan man klara av situationen därför att man bara är på besök. I hemmet blir man delaktig och måste aktivt delta i det som händer.

De medicinska och praktiska åtgärderna vid smärtlindring har hemsjukvården klarat av vid det här laget och de olika administreringsformerna erbjuder inga oöverkomliga svårigheter, antingen det gäller peroral intagning, injektioner, venaporta kateter, pumpar eller andra administreringsformer.

Distriktssköterskorna måste därför söka kunskap och försöka lära av allt det nya som hela tiden händer. Utnyttja kollegerna inom slutenvården, våga säga; det där kan inte jag. Jag

kommer in så får ni lära mig. Inte förrän jag själv känner mig säker och trygg kan jag förmedla den känslan till patienten och omgivning.

Distriktssköterskorna måste vara patientens förbindelse till den behandlande läkaren, till sjukgymnasten, till arbetsterapeuten, till specialistläkaren, avdelningen på lasarettet, hemtjänsten och så vidare, för det är hon som står för kontinuiteten under hela sjukdomstiden. Distriktsläkaren har inte samma möjlighet som avdelningsläkaren att tala med patienten och anhöriga då och då, kanske flera gånger under samma dag. Men en väl genomtänkt vård med öppenhet och ärlighet och med så täta besök som möjligt av dem som behövs och hela tiden löfte om större insatser när det behövs, gör att tryggheten i hemsjukvården ofta upplevs som mycket positiv och upplevs som fin trots att det är en påfrestande tid för omgivningen.

Ärlighet i information till patienten och anhöriga är bland det viktigaste i hela arbetet. Att aldrig lova mer än vad vi kan hålla. Att inte förespegla en hjälp och ett stöd som sedan inte fungerar. Mycket av smärtans intensitet beror på oro och rädsla. Därför hävdar jag bestämt att ett fullkomligt förtroende är nödvändigt för att göra tillvaron så dräglig som möjligt för den drabbade och hans/hennes omgivning. Det är lika viktigt att personalen visar förståelse och acceptering och att vi helt inställer oss på att förstå hur patienten tänker och tycker. Sören Kirkegaard skriver; "Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där. För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad hon gör, men först och främst förstå det hon förstår."

En man med mycket svåra smärtor som åt sina tabletter enligt ordination och då var smärtfri, upptäckte att han inte uttryckte sig så klart som han brukade när han varit frisk. Till sin förtvivlan förstod han att det han sade inte var klart och tydligt nog för hans omgivning. Som han led! Till slut valde han smärtan, och kunde istället i korta stunder samtala med sin familj på den nivå som han brukade och resonera om sin sjukdom med oss. Nu var det vi som led, när vi såg hans smärta och ingenting kunde göra. Olika försök med smärtlindring gav samma resultat; oklarhet i uttryck och tal och det var för den här mannen värre än smärtan.

En ensamstående kvinna, som ingenting högre önskade än att få dö hemma. I god tid hade vi talat om

detta och var överens. Smärtorna lyckades vi kontrollera och hålla undan. Ensamheten var inte något problem för kvinnan, hon var van vid den. Efterhand som tröttheten mer och mer tog överhand fick hon utökad hjälp av underbara hemsamariter och undersköterskor som vågade låta kvinnan få ha sin önskan ifred. Vid ett av mina besök fann jag henne ledsen och orolig som jag aldrig sett henne tidigare. Vad hade hänt? Hade smärtan tagit överhand? Oro? I så fall, för vad? Till slut fick jag klart för mig det hela. Bekanta som inte besökt henne på länge hade dykt upp och förfasat sig. "Så här kan du väl inte ha det, du måste till lasarettet där du kan få dropp och bli ordentligt omskött".

Jag har funderat över dessa ofta återkommande problem med bekanta och anhöriga på avstånd. Deras oro och förskräckelse när de ser patienten så förändrad och sjuk. "Varför är det ingen som gör något? Så här kan det bara inte få vara".

Det kan vara svårt ibland att acceptera patientens önskan. Det kan strida så totalt mot vad vi anser vara det bästa att det blir vi, personalen som mår dåligt. Men försök då tänka efter. Om du hade en innerlig önskan om hur du vill ha det, och någon annan sedan bara bestämde över dig, att nu gör vi så och så och sedan blir det nog bra. Om man kämpar tappert och ändå hamnar där, att någon annan tar över, är det nog många som ger upp.

En man med svåra smärtor av cancer med metastaser. Han svarade bra på behandlingen och epiduralkatetern fungerade utmärkt. Vi hade fått fin information från lasarettet och var förberedda. Men så fort hemgång fördes på tal blev smärtan okontrollerbar. Man slutar tala om hemgång och då fungerar det igen. När utskrivningen åter förs på tal blir resultatet detsamma. Avdelningen frågar distriktssköterskan om det kan finnas någon förklaring. Efter samtal med patienten och familjen börjar något skymta som vi inte anat. Makarnas känsla för varandra var slut och hade så varit i många år. Vi ordnade med allas samtycke plats på sjukhemmet där personalen blev som goda vänner och dit familjen kom och hälsade på och kunde börja prata på neutral mark. Med personalen som en extra familj varade besöken allt längre och mot slutet av patientens levnad kunde besöken sträcka sig över hela dygn i sträck. Det var inga pliktskyldiga besök, utan besök av kärlek.

Efterhand som vi mer och mer upplever sådana och liknande händelser

och mer, såväl inom slutet som öppen vård, deltagar och engagerar oss, känns det riktigt att tillmötesgå patientens önskan. Men visst kan det vara svårt ibland, när omgivningen näst intill förbannar oss och menar att patienten kunde ju levt ett tag till om hon fått vara kvar på avdelningen.

Smärtpatienter i primärvården måste få känna att de är delaktiga i en sammanhängande vårdkedja, och att det hela tiden finns kommunikation mellan de olika vårdformerna så att patienten har möjlighet att ändra sig om det inte känns som man trodde.

Att se och förstå helheten kräver att man har förmågan att se delarna. Vad är orsaken till en oväntad reaktion? Ett stort ansvar vilar på distriktssköterskan som finns nära hela tiden, att försöka finna det som inte stämmer. Lyhördhet inför den sjuka och hans omgivning, återkommer jag ofta till. Det är ett måste i all vård och inte minst när vi har med smärtpatienter att göra. Oro, rädsla, ångest, men också lugn förtröstan eller aggressivitet, ja alla sorters känslor kan vi möta i de här situationerna. Lyhördhet är inget man kan läsa in, men man kan träna sig, ge av sig själv, känna efter hur det känns och då förstå och lättare agera.

Kvinnan som fick beskedet, "det finns inte mer att göra för dig" åkte

hem och lade sig, pratade inte med någon, ville inte äta, men tog sin smärtlindring per os och var smärtfri fysiskt men långt ifrån psykiskt! Efter några dagar fick distriktssköterskan en förfrågan om hon ville komma. Patienten hade hört talas om mistelpreparat och ville prova. Redan efter en injektion var kvinnan uppe och pigga-re. Tala om trons inverkan! Tillståndet försämrades dock och kvinnan blev åter sängliggande. Maken blev sjukskriven och stannade hemma. Efter en tid märker vi och får signaler; Maken håller på att köra slut på sig själv. Klockan på ringning för att inte missa smärtlindringen under natten, ständigt passning. Maken vågar inte lämna, vågar inte sova, vill inte säga maken hur det är. Här blir det distriktssköterskan som får prata med den sjuka och ordna så det blir lite avlastning för maken som orkade den lilla tid som var kvar.

Av allt jag har varit med om har jag lärt mig att man måste tänka på förplanering. Det är lätt att förbise och så hamnar man onödigt i osäkra situationer. Försök tala med patienten medan tid finns, så jag vet hur hon vill ha det. Tala med behandlande läkare och skaffa ordinationer ett litet steg i förväg. Patienten ska inte behöva vänta medan vi söker distriktsläkaren.

En söndagskväll blev smärtan

okontrollerbar för en av mina första smärtpatienter. Jourläkaren ordinerade och jag fick lämna patienten och köra de två milen tur- och retur till sjukhemmet för att låna! På vägen blev jag stoppad av en polispatrull, som undrade vad jag hade för mig. Patienten fick sin medicin och jag stannade hos mannen, som bara hade en äldre syster i huset. Efter en stund vaknar mannen och behöver några ögonblick för att orientera sig. Han ser sig om och får syn på mig. "Sitter du där"? – Ja – "för min skull"? – Ja – "Då så" säger han och dör helt lugn. De sista ögonblicken blev lugna, men hade jag vetat lite mer hade mannen inte behövt plågas medan jag jagade medicin och polisen jagade mig.

Det jag berättat om är inga märkvärdigheter, inga nya sensationella upptäckter utan helt vanliga saker som händer inom hemsjukvården och som gör arbetet så omväxlande och engagerande. Genom att vi arbetar i patientens hem blir händelseförloppet så personligt och så nära oss som vårdar.

Författarpresentation

Birgitta Persson, distriktssköterska i Kyrkhult (Olofström primärvårdsområde).

Postadress: Box 46, 290 60 Kyrkhult

BASDATA I PRIMÄRVÅRDEN

LB06384

En klassifikation för åtgärder

Dags för inventering och synpunkter!

Redan i SPRI-rapporten "Basdata om kontakter i primärvården" nr 142/1983 i serien "Primärvård i utveckling" beskrev vi som deltog i det arbetet olika tillgängliga klassifikationer, som var tänkbara att använda för att dokumentera vad man gör i vården. Det största intresset tilldrog sig då i första hand diagnosklassifikationen. Vi levde då med den åttonde revisionen av ICD och stred för att få tillgång till den internationella primärvårdsklassifikationen, vilket vi sedermera fått.

Ett annat lika väsentligt område var då liksom nu, patienternas kontaktorsaker/"presenting problems" och ett förslag till klassifikation togs fram.

Nu är det dags för nästa klassifikation för åtgärder, som vidtages i hela primärvården, såväl i förebyggande verksamhet som i behandlande och för både enskilda patienter och för grupper. Även skolhälsovården och företagshälsovården kommer troligen att komma med i denna nya klassifikation.

Jag citerar argumenten varför vi behöver dokumentera just åtgärder, som

det beskrivs i basdatabeskrivningen: "Medicinska åtgärder påverkar patientens sjukdomsförlopp och har betydelse för planering av fortsatta åtgärder.

Medicinska åtgärder tar i anspråk resurser vad gäller personal, tid, lokaler och material ...

De medicinska åtgärderna speglar kvaliteten i den vård som ges. Till exempel kan vårdresultat i förhållande till insatta åtgärder användas i resultat och kvalitetsstudier."

Och där är vi nu! Kvalitetssäkring, DRG och AVG, resurshushållning, utvärdering av nya teknologier m m kommer att på 1990-talet ställa oss vårdgivare till svars och då behöver vi verktyg.

Regeringen har tillsatt en utredning om informationsstrukturen m m för hälso- och sjukvården (Dnr 1988:28). Där tas upp behov av förslag till enhetliga beskrivningssätt, definitioner, klassifikationer m m. Såväl kontaktorsaker, olika åtgärder, resursmätt och resultatmätt har utredningen att ta ställning till.

Som ett led i detta arbete har Soci-alstyrelsen gett mig i uppdrag att med stöd av Björn Smedby, föredragande i klassifikationsfrågor, ge förslag till en ny svensk åtgärdsklassifikation.

Vi uppmanar nu er alla, som har tankar, ideer, material i skrivbordslådan eller i persondatorn, att höra av er. Det gäller både åtgärder och besöksorsaker/kontaktorsaker!!! Speciellt intressant är att få in förslag kring prevention!!! Där är det magert internationellt. Arbetet bedrivs skyndsamt, så lägg inte detta uppdrag åt sidan för senare åtgärd, utan verkställ!!!

Distriktsöverläkare

Britt-Gerd Malmberg

Vårdcentralen Kronan

172 83 SUNDBYBERG

Tel arb 08-98 91 92

tel hem 0753-528 22

Långvårdsboken

lärobok om äldreomsorg i öppen och slutenvård.

MARIANNE ENGBERG

LB 06385

Studentlitteratur Lund 1987.

Pris ca 125 kr.

Med "Långvårdsboken" har vi äntligen fått en lärobok som på ett enkelt och överskådligt sätt tar upp omvårdnaden av långtidssjuka. I boken ges en fin och tankeväckande historisk bakgrund till hur äldreomsorgen fungerar i dag. Lagar och förordningar som styr vården behandlas i ett inledande kapitel. Etik, omvårdnadslära, det naturliga åldrandet, sjukdomslära och vård i livets slutskede är andra ämnen som tas upp i boken.

Till de olika avsnitten finns också korta fallbeskrivningar som säkert kan stimulera till diskussion både i klassrummet och på arbetsplatsen.

Personligen tycker jag det är synd att författaren hela tiden utgår från vården vid långvårdssjukhus. Vården av långtidssjuka bedrivs ju också i andra former. Visserligen är grunderna för vården gemensam men viktiga skillnader finns. Resurserna för rehabilitering är som regel koncentrerade till långvårdsklinikerna. Sjukhemmen skall framförallt ge människor med stort omvårdnadsbehov möjlighet till ett värdigt liv i så hemlik miljö som möjligt. De speciella förutsättningar som behövs för att åstadkomma detta hade varit värda ett eget kapitel.

Ett par felaktigheter stör det positiva intrycket. I avsnittet om försämrad hörsel sägs att ljudvågornas svängningar mäts i decibel, ska vara hertz. Bland symtomen vid Parkinsons sjukdom nämns "månansikte", bör vara "maskansikte".

Långvårdsboken bör kunna bli ett bra läromedel både i den reguljära utbildningen och i intern fortbildning för långvårdspersonal.

Sven-Olof Johansson, avdelningsföreståndare, sjukskötare.

Postadress: Laxå vårdcentral, 69500 Laxå.

Nordiskt Allmänläkarseminarium 1-3/9 1988 i Tavastehus

LB 06372

KENNETH WIDÄNG

I regi av de nordiska Läkarförbunden hölls för tionde gången Nordiskt Allmänläkarseminarium. Sverige representerades av företrädare för Distriktsläkarföreningen, SPLF (praktikerna), Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp, SFAM och tjänstemän från Läkarförbundet. Seminariets uppgift är att nordiska allmänläkare genom jämförelser av varandras villkor drar nyttiga erfarenheter för eget utvecklingsarbete.

Med utgångspunkt från den svenska målbeskrivningen i allmänmedicin framlagd i den statliga utredningen LSU, kom diskussionen i stor utsträckning att handla om hur detaljerad och noggrann en målbeskrivning bör vara. Om målbeskrivningen blir allt för vitt syftande och oprecis blir det oerhört svårt att mäta om den uppfylls. Om å andra sidan målbeskrivningen blir allt för detaljerad, metodbunden och exakt kan den lätt lägga en hämsko på medicinsk utveckling och konservera föråldrad metodologi och föråldrade synsätt.

Svårigheterna för traditionell pedagogik med kunskapskontroll och fokusering på handledarens utgångspunkt jämfört med inläring på elevens ansvar ventilerades. Den svenska målbeskrivningen kritiserades för en allt för stor handledarcentrering i detta avseende. FV-läkaren får ju betraktas som en vuxen individ med stora egna kunskaper och erfarenheter vilket måste få påverka elevhandledarrelationen. Behovet av handledare och fortsatt handledarutveckling ansågs dock vara en av de allra viktigaste åtgärderna för att stabilisera utbildningen inom specialiteten.

Läkartillgången i primärvården var nästa stora ämne. Här fanns både likheter och skillnader. Likheten var att man i samtliga länder uppfattade att man hade lite läkare i förhållande till de arbetsuppgifter som förelåg.

I Danmark finns nu utbildat fler läkare med kompetens som allmänläkare än vad det finns etableringstillstånd. Övriga nordiska länder har däremot läkarbrist åtminstone i glesbygderna och lediga tjänster kan ej besättas. Vid överläggningarna förelåg en rörande enighet om att, för att nå någorlunda behovstäckning klarar en allmänläkare icke av större befolkning än 1500 invånare om läkaren skall kunna ge en komplett allmänmedicinsk service innefattande såväl förebyggande som behandlande insatser.

Förutom rena vakanser föreligger i framför allt Finland och Sverige en brist på färdigutbildade läkare inom allmänmedicin.

Seminiariets sista ämnesområde var värdering av ny teknik i primärvården. I nuläget är den medicinskt-tekniska utrustningsnivån högst i Finland och delar utav Sverige. Betydligt sparsammare i framför allt Danmark. Detta gäller speciellt laboratoriesidan. Vid jämförelse kan lätt konstateras att icke-medicinska faktorer framför allt finansieringsfrågor i stor utsträckning påverkar vilken teknologi som används. Stort intresse anmälades från alla håll om utvärdering av de nya torrkemiska metoderna som sannolikt på sikt kommer att ge möjlighet att i direkt anslutning till patientbesök ha tillgång till relevanta laboratoriedata. Över hela Norden pågår arbete med kvalitetssäkring i den medicinska tekniken och vid diskussionerna framfördes vikten av att alla medicinsk-tekniska metoder kvalitetssäkras genom återkommande tester och genom att ansvar för metoden tydligt åvilar en bestämd individ.

Datateknik för primärvårdens behov under uppbyggnad på flera ställen i Norden. Därvid kan noteras att PLO (praktiserande läkares organisation) i Danmark har ett eget system, tillrättat för allmänläkarens behov. Det är påbyggbart såväl vad gäller antalet ingående läkare som vad gäller vilka rutiner man vill datorisera. Erfarenheten av systemet är ännu mycket begränsad.

Vid allmänläkarseminariet gjordes ett gemensamt uttalande med följande innehåll:

- Att alla medicinska fakulteter i de Nordiska länderna bör ha allmänmedicin som examensämne under grundutbildningen.
- Att arbete inom primärvården skall ingå i allmäntjänstgöringen.
- Att efterutbildningsbehovet för allmänläkare är minst två veckor per år.
- Att lönepolitiska och taxepolitiska åtgärder avsevärt kan öka läkartillgången i primärvården.
- Att allmänläkaren skall fungera som ledare för sitt arbetsteam.

Författarpresentation

Kenneth Widäng är distriktsläkare vid Björknäs vårdcentral

Postadress: Box 511, 96128 Boden

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.

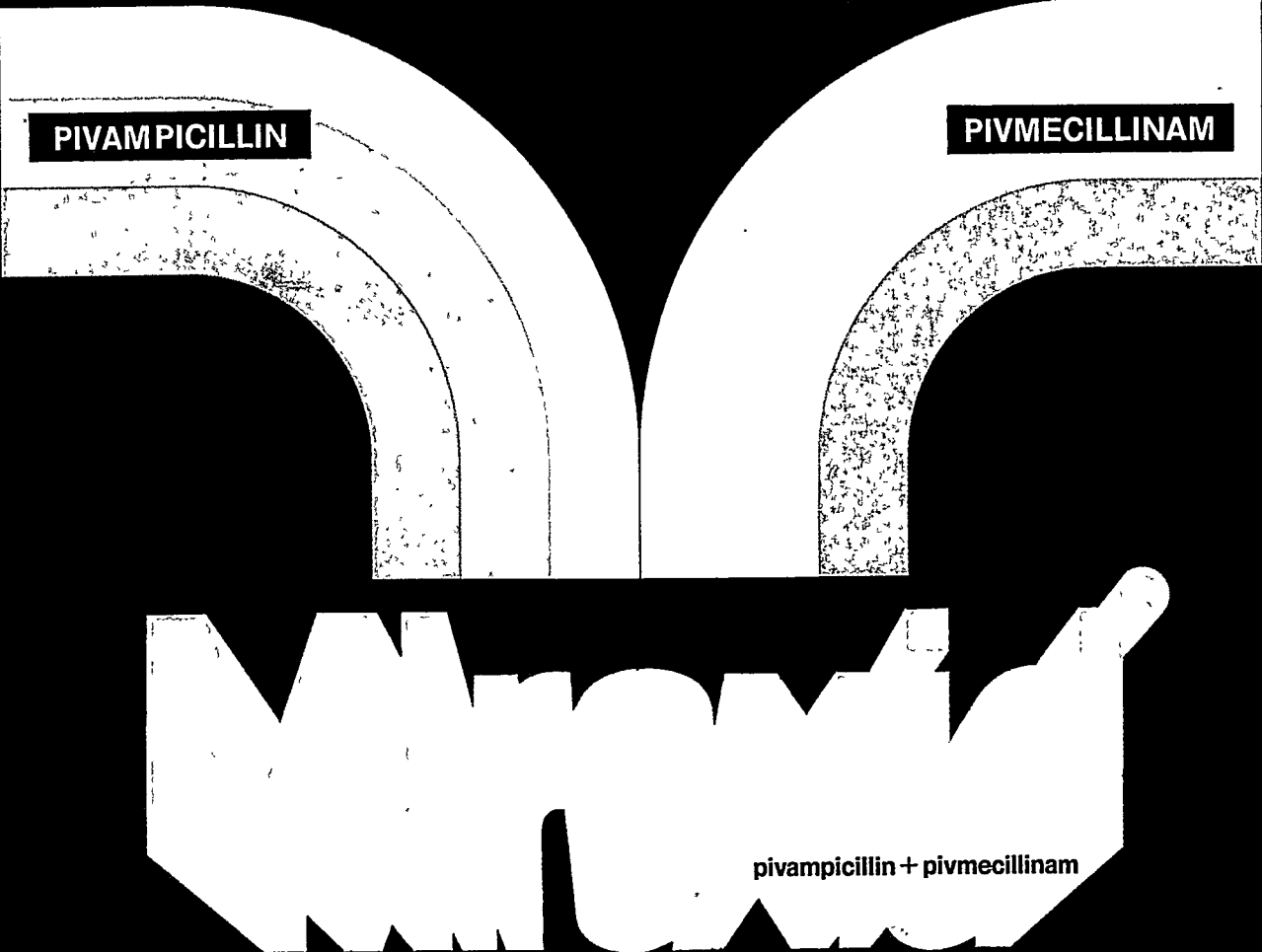
Resultatet blir en ömsesidig fördjupad kunskap om behandling av kardiovaskulära sjukdomar.

**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

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.

