

ALLMAN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

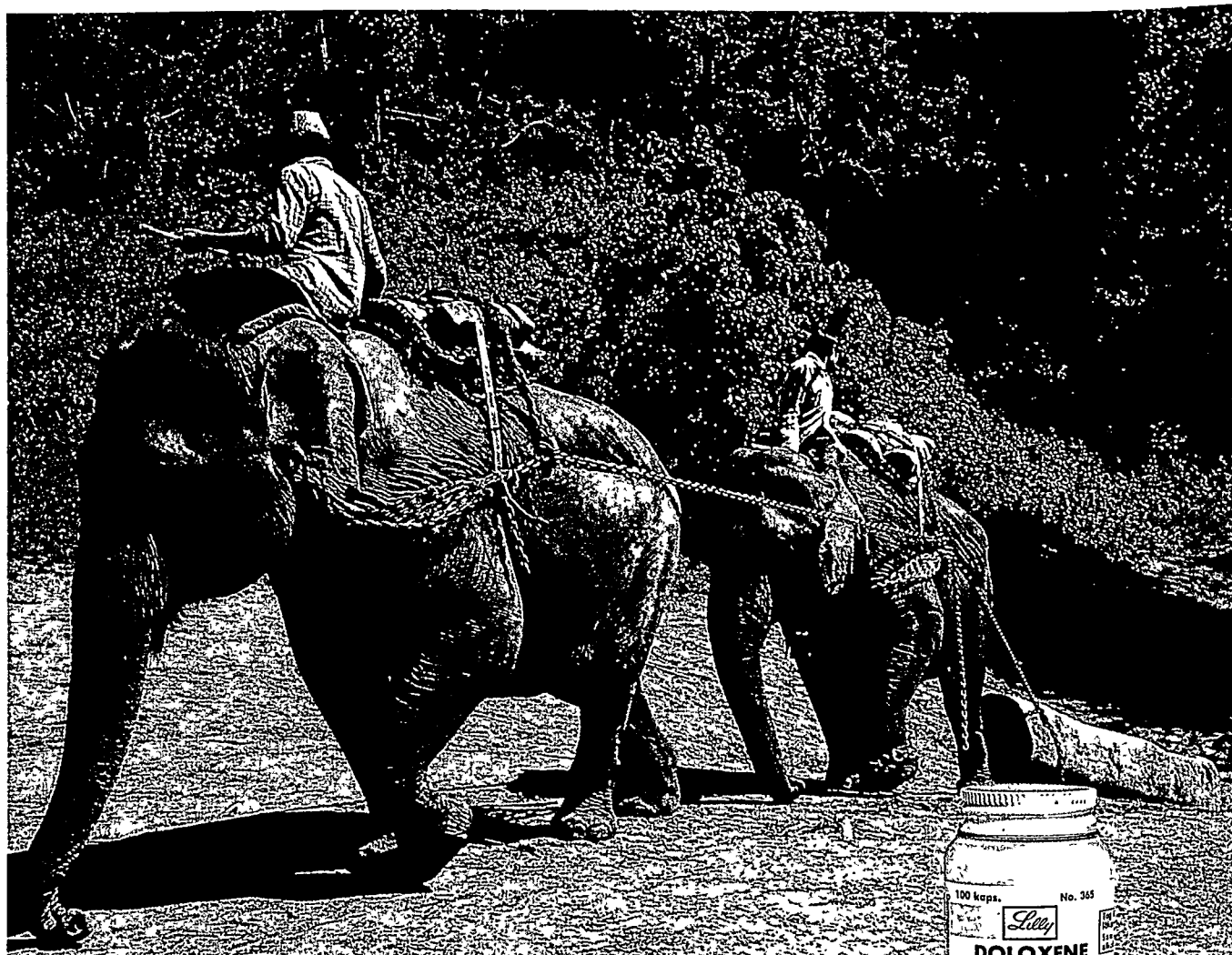


Bo J A Haglund

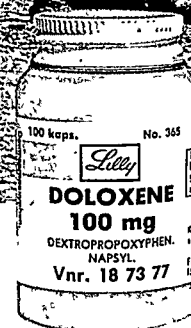
4
1989

Allmänmedicin

Tillsammans blir vi starkare.



DOLOXENE®



Rent dextropropoxifen.

Ger förstärkt smärtlindring* kombinerat med perifert verkande analgetika/NSAID.

Dosera 100 mg×2-3.

Lilly

Eli Lilly Sweden AB, Box 30037, 104 25 Stockholm, Telefon 08-13 02 50.

Δ Doloxene. Deklaration: 1 kapsel innehåller; Dextropropoxyphen. napsil. 50 gm aut 100 mg. **Egenskaper:** Dextropropoxifennapsylat är ett centralt verkande analgetikum. **Indikationer.** Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. **Försiktighet:** Nedsatt njur- eller leverfunktion. Preparatet bör ej förskrivas till patienter som missbrukar alkohol eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstänkas. Dextropropoxifenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med kodein. **Förpackningar:** Kapslar 50 mg. 50 st. 100 st. Kapslar 100 mg. 20 st, 50 st, 100 st.

* För översikt se Beaver, W; Am J of Med; Sept 10; 1984

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1989/90. 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* 1989/90.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivnings-vecka
5/89	1/ 9-89	44
6/89	29/ 9-89	48
1/90	4/12-89	6
2/90	22/ 1-90	14
3/90	26/ 3-90	23

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmän Medicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

Huvudredaktör:
Anders Håkansson
Vårdcentralen Teleborg
Box 5044, 350 05 Växjö
Tel: 0470/888 80

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

Redaktionsadress:
AllmänMedicin
Institutionen för socialmedicin
172 83 Sundbyberg.
Tel: 08/98 94 92 eller 28 22 14 (telefonsv)

Redaktionssekreterare och layout:
Margareta Lindborg

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

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

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

Tryck: Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1989
ISSN 0281-3513

Ledare:

En hyllning till Bo J A Haglund
Göran Sjönell 136

Tack, Bosse!
Mats Ribacke 137

Kort historik
Redaktionen 137

Kalendarium 139

Debatt:

Två tidskrifter som sväljer stort och smått
Mats Ribacke 140

Allmänmedicinen vid vägskalet
Göran Sjönell 140

Detta är allmänmedicinen för mig
Ulf Måwe 142

Kriser i den kliniska medicinen
Sven-Olof Andersson, Niels Lynöe 143

Allmänläkare och BVC
Gunnar Lundqvist 146

Kommentar
Mats Ribacke 146

Om allmänläkare i allmänhet och distriktsläkare i synnerhet
Gunnar Lundqvist 147

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Epidemiology of pregnancy and infancy. Population-based studies in primary health care
Anders Håkansson 50

Prevention

Teorier och metoder för samhällsbaserad intervention
Birger Gran 152

 Apoteksbolaget 155

Utbildning i allmänmedicin:

Stor satsning på handledning under specialistutbildningen i allmänmedicin på Irland och i England
Sten Larsson, Ylva Johansson 159

Bantningsmetoder:

En dubbelverkande avmagringsmetod
Birger Herner 160

Samverkan primärvård-slutenvård:

Norra Halland projektet: Hjärtinfarkt-rehabilitering – ett tvärvetenskapligt vårdansvar
Bengt Fridlund, Anders Landin, Margret Olofsson, Carl-Erik Thors 163

Primärvården och de äldre:

Vårdtyngd på sjukhem och servicehus – en jämförande studie
Gunnel Alm, Carl Magnus Mölstad 166

Idrottsmedicin:

Effekt av röd Ginseng på elittygndlyftare
Stig Lahfi 168

Recensioner:

Roness A: Psykiatri og religion – en religionspsykologisk innføring
Eivor Elkan 174

Dotevall G, Dotevall S: Hälsa och stress – stress och sjukdom
Christer Petersson 174

Landtblom A-M: Spelet om hälsan. Nya spelregler.
Peter Olsson 175

Ny huvudredaktör i AllmänMedicin 178

En hyllning till Bo J A Haglund

När Bo J A Haglund – mer känd som Bosse – den 1 juli 1989 lägger ner pennan som redaktör för Tidskriften AllmänMedicin, innebär detta att en epok i tidskriften ser sitt slut, åtminstone på det redaktionella planet.

Tidskriften AllmänMedicin som senaste åren varit mycket framgångsrik har en kort historia. Gösta Tibblin och jag startade tidningen SFAM-Nytt april 1979. Det var framför allt Göstas initiativ, kraft och entusiasm som gjorde att projektet sjösattes. Hela familjen Tibblin var vid distributionen av de första numren inblandade i redaktionsarbetet med att klista adresslappar, stoppa i kuvert etc. Det Tibblinska hemmet och trädgården var "tapetserat" med SFAM-Nytt. De första SFAM-Nytt blev uppskattade och förningen ville utveckla tidskriften.

Bosse Haglund kom snart att visa sitt intresse för tidskriften och började engagerat att arbeta för densamma. Tillsammans med Magnus Eriksson och Carl Edvard Rudebeck har Bosse skapat denna tidning. Det är många facktidsskrifter som sett ett första succéår och sedan dött, men tack vara Bosses engagerade kompetenta arbete har så inte blivit fallet med SFAM-Nytt, sedermera Tidskriften AllmänMedicin.

Bosse som är en erfaren allmänläkare och som så småningom utvecklat samhällspraktiken inom allmänmedicin, har på ett förträffligt sätt utvecklat vår tidning. I mitten av 1980-talet var det en viss turbulens kring tidningen, kritik fanns både här och var, många tyckte att tidningen dominerades av samhällsmedicinska synpunkter och artiklar. Tillmälen som "socialmedicinskt dravel", "Kronans utpost" och "Kronbladet" hördes av och till i kulisserna. Bosse kunde dock på ett utmärkt sätt tillbakavisa dessa anklagelser om snedvridning genom att år efter år till styrelsens rapporter hur fördelningen i tidningen mellan biomedicin, socialmedicin och administrationsforskning varit.

Vidare visade läsvärdesundersökningar att tidningen var den mest lästa medicinska tidskriften bland svenska allmänläkare. Av dessa sammanställningar framgick klart att tidskriften hade en allmänmedicinsk profil och på intet sätt var propagandanummer för socialmedicin.

Om man försöker mäta alla de timmar som Bosse ägnat vår tidskrift, får man räkna många tusental och ta kalkylatorn till hjälp för att få ihop summan. Detta arbete, som hela tiden bedrivits helt ideellt, är enastående och

unik i svensk allmänmedicin. Inte nog med att Bosse organiserat redaktionen och sett till att tidningen verkligen kommit ut, han har också arbetat aktivt med handledning och rådgivning till artikelförfattare för att förbättra insatserna, så att de har blivit mer läsbara.

Detta arbete har visserligen understundom dominerat över ekonomisk planering och redovisning, men prioriteringen på innehållet har alltid haft styrelsens stöd även om revisorerna haft andra synpunkter.

Bosse har vidare grävt i olika lådor, register och arkiv och publicerat artikelserier om hur man skriver en vetenskaplig artikel etc. Som ledarskribent har Bosse också aktivt skapat en debatt i Sverige. Han har genom att inbjuda ledarskribenter sett till att många svåra och känsliga ämnen blivit behandlade på ett intellektuellt och professionellt sätt.

Den familjemedicinska profilen på Tidskriften AllmänMedicin har vi läsare också kunnat ta del av genom att vi år efter år kunnat följa den Haglundska familjens åldrande. De glada och söta barnen Haglund har i olika situationer prytt omslaget på vår tidning; i snödrivor, bland sommarblommor, på kanotutfärd osv. År efter år har vi fått följa utvecklingen av en mycket sympatisk och trevlig allmänläkarfamilj i Sverige, förevigade med högklassig fotografteknik av pappa själv. Många av oss kommer att sakna dessa ögonblicksbilder ur familjens utveckling. Vi hoppas dock att den nya redaktionen kommer att fullfölja denna tradition.

Bosses talanger är många men de som kanske imponerat mest på mig som sekreterare och ordförande i SFAM, har varit Bosses optimism och arbetsglädje. Svavelosande eder, ilska och förbannelse är på det hela taget okända begrepp för Bo Haglund. Han har med en aldrig sinande optimism och entusiasm arbetat vidare och producerat nummer efter nummer av tidskriften trots motigheter och bristande resurser. Tänk om det fanns dussinet Bosse Haglund på varje tjog läkare ...

Efter att Tidskriften AllmänMedicin har startat från mycket blygsamma utgångspunkter, har den utvecklats på ett snarast häpnadsväckande positivt sätt. Tidskriften AllmänMedicin har mycket aktivt bidragit till att skapa uppmärksamhet och förståelse för svensk allmänmedicin. Att huvudmän och myndigheter har svikit patienterna och svensk allmänmedicin genom att inte bygga ut verksamheten i den



Bo J A Haglund

omfattning som behövs, kan inte på något sätt lastas tidskriften. Tvärtom är det så att situationen för svensk allmänmedicin sannolikt skulle ha varit väsentligt sämre idag om inte tidskriften hade funnits. Svenska allmänläkare är Bo Haglund många tack skyldig.

Jag vill genom denna lite personliga artikel framföra allas vårt tack till Dig Bosse och det fina arbete Du gjort med vår tidskrift! Ditt namn kommer för evigt att vara förknippat med Tidskriften AllmänMedicin. Det är de som utvecklar och skapar monumenten som blir ihågkomna, tex den franske ingenjören Eiffel ...

Vi hoppas dock att Du som skribent fortsätter att aktivt delta i utvecklingen av svensk allmänmedicin, speciellt genom ett aktivt deltagande i vår tidning.

Göran Sjönell
Fd sekreterare och ordförande i
SFAM

Tack, Bosse!

Tidskriften AllmänMedicins tioåriga historia vill jag likna vid ett barns start i livet. Den (tidskrifter är väl könslösa?) framföddes av paret Sjönell-Tibblin. Vårdnadshavare blev snart nog Magnus Eriksson och fostrare Bosse Haglund. Tidskriften lärde sig stå på egna ben, den blev uppmärksam av omgivningen – ömsom åthutad, ömsom eggad – vidgade sin intressesfär och fick dyrare vanor. Nu är skapelsen snart tonåring och då har den för vården hittills främst ansvarigt, Bosse, egentligen Bo J A Haglund, funnit tiden inne att lämna sin planta i andras vård. Inte helt plötsligt, gradvis avvänjning har skett, men ändå!

Bosse har varit journalist, redaktionsssekreterare, redaktör, ekonomischef och VD i en och samma person. Dessutom sponsorjägare, tryckerisambandsman och distributör. Ofta alltihopa på en gång. Det hade förstas

inte gått utan hjälp av den trogna drabanten och medarbetaren Maggan, Margareta Lindborg. Om vi återvänder till bilden av det växande barnet så har Maggan varit barnjungfru, ständigt på plats, vårdande och närande barnet på bästa sätt.

Många är de skribenter som via Bosse lärt sig vad konstruktiv kritik innebär, hur viktig uppmuntran till att skriva ner erfarenheter är, betydelsen av att sätta sig in i andras arbete, vikten av att skriva korrekt, och betydelsen av att vara strukturerat nyfiken och kritisk över huvud taget.

Pappa Bosse har nu fostrat en redaktion, varur Anders Håkansson tar klivet upp som huvudredaktör. Inom styrelsen planerar vi en ny organisation som skall ge AllmänMedicin nya och bättre förutsättningar att svara upp mot högt ställda förväntningar på vidare utveckling. Genom Bosses en-

gagerade insatser har det enkla medlemsbladet för ett begränsat antal intresserade vuxit ut till en viktig sammanhållande, informerande och inspirerande tidskrift för snart 4000 prenumeranter. Den gamla kostymen har sprängts, vi måste skaffa en ny, och tack vare Bosse (skohandlarsonen!), har vi bra på fötterna för den fortsatta vandringen.

Vi i SFAM tackar Bosse för alla år av engagerat och ideellt arbete. Vi tackar också Maggan, som ju fortsätter, nu med omhändertagandet av tonåringen. Det kan vara en nog så krävande uppgift. Vi önskar redaktionen och Anders framgång.

*Mats Ribacke
Ordförande, SFAM*

Kort historik

1979 startade, på initiativ av Christer Gunnarsson, Göran Sjönell, Matteus VC och Gösta Tibblin, Sollentuna VC, föreningens stencilerade medlemsblad, SFAM-nytt. Den gick ut i några hundra exemplar. Redaktionen fanns hemma hos Gösta och man hann göra två nummer, innan han flyttade till Canada.

Redaktörsskapet togs sedan över av Magnus Eriksson, Luleå. Tillsammans med sin vän Thomas Tryckare, vidareutvecklade han stencilerna till en tryckt tidning med trevligare layout. Arbetet sköttes "som ett familjeföretag". Hela den Erikssonska familjen var engagerad hemma i köket med att slicka kuvert för distribution till SFAMs medlemmar.

Redan 1980 kom Bo Haglund med i redaktionen och från nr 2 1981 tog han över produktionen till Skövde. Med hjälp av anständiga och högklassiga Strokirks tryckeri, gav han tidningen dess professionella utseende som i princip bestått genom åren.

Bosses vision var, att få fram en bra variant av "Läkartidningen för allmänläkare". Tidningen skulle vara ett forum för FoU-arbetare i primärvård, något som ditintill saknats. De första åren dominerade organisationsfrågor – hur skulle primärvård, vårdcentraler etc, organiseras.

För att underlätta för kollegor med intressanta FoU-arbeten, men bosatta alltför perifert från institutionernas stöd, genomförde Bosse tex en artikelserie om "Att skriva och publicera

vetenskapliga artiklar".

Tidningens existens hängde ofta på en ekonomiskt skör eller ibland obefintlig tråd. Utan stöd från "sponsorer" som bekostade tryckning och distribution, hade den inte överlevt.

Bland sådana tidningens välgörare kan nämnas Institutionen för Allmänmedicin i Dalby, Spris litteraturtjänst och en rad landsting som bekostat temanummer om primärvård och allmänmedicin i den egna regionen.

1982 flyttade redaktionen med Bosse till VC Kronan, Sundbyberg. Sista året i Skövde hade arbetet med tidningen varit mycket tungt, pga landstingets bristande förståelse och stöttning av verksamheten. Vid ankomsten till Kronan löstes detta, då Bosse fick allt stöd han önskade från Institutionen för Socialmedicin och Stockholms läns landsting.

Från och med fjärde årgången, dvs nr 1 1983, fick tidningen nytt namn – "AllmänMedicin" – och nytt ansikte.

Under de senaste åren har redaktionskommittén tagit ett allt större ansvar för arbetet med tidningens innehåll. Redaktionssekreterare Margareta Lindborg sköter hela den praktiska hanteringen inklusive layout. Apoteksbolagets mitsidor har givit ekonomisk stadga. Ansvarig utgivare har under alla åren varit Ingvar Krakau.

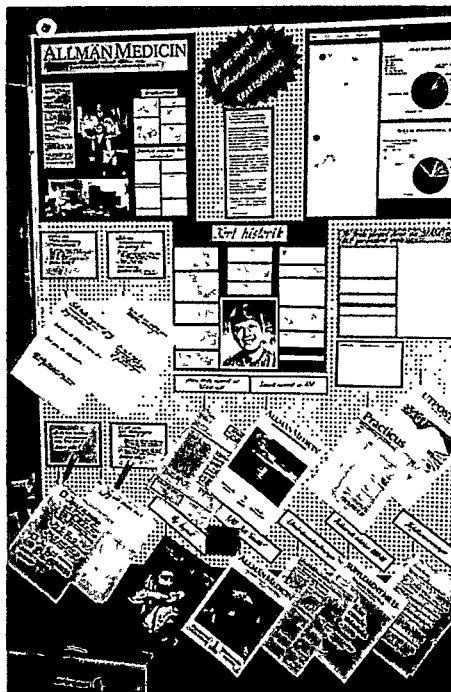
Men tidningen har genom åren i allt väsentligt, varit en mans verk – BO HAGLUNDS. Utan hans visionära idérika, engagerade, uppoffrande, ideella och oförtröttliga arbete, hade

tidningen AllmänMedicin aldrig överlevt och inte kunnat utvecklas till vad den är idag.

I samband med tidningens 10-årsjubileum vill därför SFAMs styrelse och hela den redaktionella grupp som nu krävs för att göra det Bosse tidigare gjorde ensam, ta tillfället i akt och säga:

"TACK BOSSE!"

Redaktionen



Poster vid SFAM:s vårmöte i Sunne, april 1989.

Plendil®

Felodipin

En säker och bekväm väg att sänka blodtrycket hos dina patienter. Doseringen är en gång om dagen och effekten kvarstår 24 timmar.

En gång

Plendil är en kärlselektiv Ca-antagonist som inte påverkar hjärtats kontraktionskraft eller AV-överledning.

om dagen

Plendil lämpar sig väl både i kombination med β -blockerare och som monoterapi. Den blodtryckssänkande effekten har visat sig vara bättre än med andra tilläggsmedel, tex tiaziddiuretika.

vid hypertoni.

Plendil är lämplig terapi vid samtidigt komplicerande sjukdomar som diabetes, hjärtsvikt eller angina pectoris. Starta alltid behandlingen med 5 mg.

Plendil® 
Depottabletter 5 mg och 10 mg.

Hässel Läkemedel AB, 431 83 Mölndal. Tel 031-67 60 00.

SEPTEMBER

□ **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, 17283 Sundbyberg. Tel 08-98 94 61.

□ **18–21 september.** The American academy of family physicians scientific assembly, LOS ANGELES, Californien.

Information: Læge Allan Pelch, Lægehuset Vognporten 6, DK-2620 Albertslund. Tlf 02-64 42 30, 02-89 38 17.

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

Information: EASD Secretariat, 10 Queen Anne Street, London W1N 2AS, UK.

OKTOBER

□ **Oktober.** 2nd World congress of psychosocial rehabilitation, BARCELONA, Spanien.

Information: II Congrés Mundial de Rehabilitació Psicosocial, Unitat de Psiquiatria i Psicologia Medica, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, c/ Cassanova 143, 08036 Barcelona, Spanien.

□ **1–4 oktober.** Konferens om research, competence and communication in biomedical ethics, OSLO, Norge.

Information: Konferansesekr Vera B Halvorsen, Vibesgt 10 B, N-0356 Oslo 3.

□ **2–6 oktober.** Primærmedisinsk uke arrangeres i Oslo med kurser, seminarer, posters, frie foredrag, utstillinger og kultur.

Informasjon: May-Brith Mandt/Olav Rutle, Institutt for allmennmedisin, Fr Stangsgate 11–13, N-0264 Oslo 2. Tlf 02 55 92 10.

NOVEMBER

□ **6–7 november.** Dalby-dagarna. Tema: Vården av de äldre.

Information: Karin Svenninger, Centrum för samhällsmedicin, 240 10 Dalby.

□ **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 Riksstämma.

1990

JANUARI

□ **18–19 januari.** Skolläkarmöte. Tema: Barnets historia och stadens.

Information: Lennart Bråback 060/18 10 00, Lena Kälvesten 060/12 19 00, Staffan Mjönes 060/18 10 00.

FEBRUARI

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

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

MAJ

□ **10–12 maj.** SFAMs/Distriktsläkarföreningens Vårsmöte i Östersund.

Information: Birgitta Berger eller Kaj Norrby, Jämtlands läns landsting, Box 602, 832 01 Frösön. Tel 063-14 76 27 eller 14 76 29.

DUR-kurser höstterminen 1989

Smärta (arr Astra)
1989-09-07–08 i GÖTEBORG

Hyperlipidemi (arr Astra/Parke Davis)
1989-09-14–15 i EKERÖ, STOCKHOLM

Immunologi/Allergologi (arr Pharmacia)
1989-09-28–29 i SÖDERKÖPING

Smärta (arr Astra)
1989-10-05–06 i SUNDSVALL

Hypertoni (arr ICI)
1989-10-12–13 i UDDEVALLA

Hud/Astma (arr Glaxo)
1989-10-19–20 i STOCKHOLM

Immunologi/Allergologi (arr Pharmacia)
1989-11-09–10 i GÖTEBORG

Hyperlipidemi (arr Astra/Parke Davis)
1989-11-16–17 i GYSINGE

Hud/Astma (arr Glaxo)
1989-11-23–24 i STOCKHOLM

KURSANMÄLAN

Hur anmäler man sig till DUR-kurs?

Målet är att alla distriktsläkare någon gång skall få minst en personlig inbjudan till varje kursämne.

Några företag inbjuder rikstäckande varje gång, andra regionvis.

Först till kvarn... gäller – ingen meritvärdering alltså.

Upplysningar lämnas av respektive företag – kontaktnamn finns i landstingsförbundets katalog över Externa kursgivare.

Välkomna till Jämtland/Härjedalen

Sveriges distriktsläkare och FV-läkare allm med

**Välkomna till DLF:s
årsmöte och SFAM:s
vårsmöte i Östersund
10–12 maj 1990**

· TEMA ·

Från detaljmedicin till allmänmedicin
– det nödvändiga steget!

Samhället och distriktsläkaren
Arbete - handledning - framtid

Organisationskommitte:

Hans Beijer, Christan Bergh,
Olof Englund, Kerstin Ermebrant,
Per Malm, Kaj Norrby, Hans-Olof Nylén.

Välkomna med förfrågningar, synpunkter
och förhandsanmälan av fria föredrag
och plakat/posters till

Birgitta Berger
Jämtlands läns landsting

Box 602
832 01 Frösön
Tel 063-14 76 27.

Nytt från SFAM

Årsmöte och Riksstämma

Sektionen för Allmänmedicin har tid för FRIA FÖREDRAG torsdagen 30 november kl 8.30–12.00

Sektionens eget SYMPOSIUM torsdag 30 november kl 12.30–14.00 om samarbete mellan primärvård och länssjukvård byggt på en utvärdering av Skaraborgsmodellen.

Vi har vidare en POSTERSESSION fredag 1 december kl 13.30–15.00.

Föreningens ÅRSMÖTE hålls i Sal B 14 fredagen 1 december kl 10.00–12.00.

Lokala kontaktpersoner i SFAM

Ändring av tel.nr till Västerbotten

Ulla Söderström

Umeå VC

Box 10093, 900 10 Umeå

090-12 56 00

Två tidskrifter som sväljer stort och smått

MATS RIBACKE

LB06402

I AllmänMedicin nr 1/89 för Göran Westman fram tanken att tidskriften AllmänMedicin skall ha en särskild sektion för originalarbeten. För den i akademisk medicin oinvidde skall förtydligas att man så benämner forskningsrapporter avsedda som meritering, till exempel del av ett avhandlingsarbete. Han efterlyser ett fast referentsystem, och ser gärna att institutionerna tar på sig en roll där.

Vi är lyckligt lottade inom Svensk Förening för Allmänmedicin. För en årsavgift på endast 270 kronor får vi, förutom medlemskap och vad därmed följer, två tidskrifter (den andra är Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC), som vi kollektivt stödjer). Inom föreningen har vi upplevt att dessa tidskrifter fyller olika men varandra kompletterande behov.

AllmänMedicin är ett forum för att rapportera utvecklingsprojekt, utvärderingsarbete, presentera organisationsformer, diskutera allmänmedicinens innehåll och avgränsning, informera om aktiviteter och så vidare. Redaktionen har hittills tagit på sig ett betydande arbete för att hjälpa mind-

re skrivvanna fram till en läsvärd(-bar) produkt, och har haft ambitionen att stimulera. Ekonomin för tidningen har många gånger varit hårt ansträngd, och eftersom pengarna bestämmer sidantalet, så har det handlat om mun och matsäck många gånger.

Redaktionen vill att medlemmarna bestämmer innehållet så långt som möjligt. Om medlemmarna skickar in manuskript på "originalarbeten", så kommer det inslaget i tidskriften att bli märkbart, och redaktionen får anledning att se över hittillsvarande arbetsformer, vilket de är beredda att göra.

Det ser ut som om vi är på väg att få en stabilare ekonomi för tidskriften. En omorganisation kommer under hösten att föreslås föreningen. Ett väsentligt utvecklingssteg är att öka antalet nummer, och garantera regelbundenheten i utgivningen. BMJ kommer en gång i veckan, Journal of Royal College of General Practitioners en gång i månaden. Tänk att få AllmänMedicin varje månad under 10 månader per år, under tex första veckan i månaden!

Tills vidare föreslår vi att de rena forskningsrapporterna, med behov av internationell publicering, går till SJPHC, eller andra internationella tidskrifter. Styrkan med att ha en internationell tidskrift, accepterad i Index Medicus, är ju att samtidigt som andra specialistområdens forskare tränger sig in i dess spalter, kan vi göra anspråk på utrymme i deras tidskrifter. Då får "våra" alster den referentbedömning som efterlyses. Avsikten med en egen tidskrift kan ju inte vara att själv också få ställa villkoren för vad som är bra eller dåligt?

Vi kommer att få fler tillfällen att diskutera våra tidskrifter. Ett är klart – vi behöver dem båda. Och vi medverkar själva till att forma deras innehåll. Det sägs att vi får de politiker vi förtjänar. Det gäller nog för tidskrifter i allmänmedicin också.

Författarpresentation

Mats Ribacke, ordförande i SFAM

Postadress: Sättra vårdcentral, Sicksackvägen 34 A, 803 60 Gävle.

Allmänmedicinen vid vägskälet

GÖRAN SJÖNELL

LB06403

På väg hem från den 12:e världskonferensen i allmänmedicin, Wonca-konferensen i Jerusalem, är det med stor tillfredsställelse och glädje jag konstaterar att den internationella allmänmedicinen, "general practice/family medicine", utvecklas mycket snabbt och dynamiskt. Den nyss avhållna Wonca-konferensen i Jerusalem, är enligt allmän uppfattning den vetenskapligt mest stimulerande och kvalitativt omfattande som anordnats.

Samtidigt som det är med stolthet och glädje vi svenska allmänläkare deltar i den internationella utvecklingen/utbildningen, är det nedslående att konstatera våra egna insatser hemma i Sverige. Den svenska allmänmedicinen förefaller i ett internationellt sammanhang stillastående och utvecklad.

Utan tvekan har utvecklingen i världen gått mycket snabbt. Mot bakgrund av vad allmänläkare idag i Sverige får sig till livs på hemmaplan, är det stimulerande att få lyssna till föredrag, seminarier och workshops med tex följande titlar:

– The out-come for the patient: how much do we help?

- Bridging the cultural gap between doctors and patients.
- Conceptual framework for family practice.
- Balint groups.
- Who cares for the elderly?
- Symptom interpretation: the crux of clinical competens?
- Does the computer improve our care?
- Family practice in undergraduate teaching.
- Vocational training around the world.
- Teaching the teachers.
- The patient, the family and the doctor: psychosocial skills.
- Community oriented family practice.
- Sharing responsibilities with hospital and specialist: to what extent and what price?
- Coordinating care of cancer.

Listan blir lång; man imponeras av kvaliteten och volymen i internationell allmänmedicinsk forskning och utbildning.

Inom universiteten är den internationella allmänmedicinen mycket väl förankrad. Flera hundra professorer

arbetar vid olika universitet runt om i världen. De deltar också frikostigt i världskonferenser och det är inte utan att man blir djupt imponerad när man hör föreläsningar av tex Hank Lamberts och Chris van Weel från Holland, John Howie, Skottland, Jack Marshall och Michael Bollen, Australien, Mikael Boland, Irland, Ed Shady, Jack Froom och Greg Smilkstein, USA, Y Yodfat, Israel, David Metcalfe och John Fry, England.

Den samlade visdomen, kompetensen och det allmänmedicinska kunskapsområdet hos dessa föreläsare är mycket omfattande.

I en sådan miljö är det rätt nedslående att till nyfikna utländska kollegor i kaffe pauser tala om vad vi själva gör hemma i Sverige.

Inom vidareutbildningen har vi visserligen jämfört med andra specialiteter klarat av att utbilda handledare, men hur följer vi våra handledare, deras fortsatta utbildning och resultatet av deras gärningar? I många andra länder är handledarskapet mycket prestigefyllt, ofta också ekonomiskt välbetalt. Många konkurrerar om att få vara handledare. Respektive Col-

lege utbildar, vidareutbildar, följer och utvärderar handledarnas arbete på ett systematiskt sätt. Vem följer, handleder och utvecklar handledare i allmänmedicin i Sverige?

Inom efterutbildningen har de flesta allmänläkarorganisationer/colleges i världen omfattande och kvalificerad efterutbildning, kurser, seminarier, workshops. Denna efterutbildning gäller "general practice" och "family medicine" och leds av allmänläkare. Vi svenska allmänläkare får hålla tillgodo med en till fyra dagars kurser sponsrade av läkemedelsindustrier, huvudsakligen med organspecialister som föreläsare och med inslag av större eller mindre stimulanspaket såsom finsk bastu, tax-free shops på finlandsfärjor, englands-resor, fria drinkar etc. Turligt nog finns SFAM's vetenskapliga möten som ett lysande undantag tillsammans med vissa Provinsialläkarfondskurser som minskar min förlägenhet. När jag jämför svensk allmänmedicinsk forskning, utveckling och utbildning med vad som sker i vida världen är det inte utan att jag skäms eller åtminstone känner mig mycket liten och outvecklad.

Efter denna hyllning av utländsk allmänmedicin och svartmålning av svensk, inställer sig frågan: "Vad behövs i Sverige"? Skall vi göra något – kan vi göra något? Mitt svar är entydigt – vi måste göra något, om inte snart också patienterna skall vända oss ryggen. Låt oss bilda Allmänläkarsällskapet, som en utveckling av Svensk Förening för Allmänmedicin, och skapa de nödvändiga resurserna som behövs för en utveckling av svensk allmänmedicin.

Viljan och engagemanget för utveckling i Sverige är stort, men det är mycket klart och tydligt att vi saknar resurser. Vi har helt enkelt inte egna ekonomiska möjligheter att utveckla vår verksamhet. Därmed hamnar vi i en beroendeposition, dels till Läkarförbundet och Läkarsällskapet, men även till läkemedelsindustrin. Det ligger viss klokskap i sentensen att "det är bättre att göra något än att inte göra något alls", men det borde inte förhindra att vi gjorde någonting rejält. Utländska kollegors initiativ, effektivitet och kraft borde kunna verka som inspirationskälla.

Skall vi skapa en väl fungerande vidareutbildning inom allmänmedicin, krävs resurser; handledarkurser, påbyggnadskurser, utvärdering, kritik, stimulans och seminarier. För att klara av en väl fungerande och kvalificerad efterutbildning krävs ett kansli och en egen administration och ett allmänläkarstyrt medicinskt inriktat efterutbildningsprogram.

I de flesta länder runt om i Europa och i världen tar allmänläkarna själva det stora ansvaret för sin utveckling. De flesta har insett att endast allmänläkarna kan garantera god kvalitet och kontinuitet i den allmänmedicinska ut-

vecklingen.

När man talar med kollegor från de flesta länder, meddelar de med stolthet att de betalar mellan 5000 och 10000 kronor per år till sina fackliga och vetenskapliga organisationer. Man har med andra ord insett att man behöver ekonomiska resurser, kort och gott pengar, för att kunna driva sin verksamhet om man inte skall vara beroende av andra. Till och med ett så fattigt land som Irland, där allmänläkarna knappt kan försörja sina familjer, har Irish College of General Practitioner etablerats. Efter sex år har detta college 90% av allmänläkarna som medlemmar, årsavgiften är cirka 4000 svenska kronor, aktiviteten mycket livlig, kvaliteten är hög och allmänläkarens status och kompetens har på kort tid klart förbättrats i ett land som till inte ringa del domineras av specialiserad medicin.

Svensk allmänmedicin står vid ett vägsval. Är vi beredda att ta ett initiativ och skapa Allmänläkarsällskapet och skapa de resurser som krävs för att garantera vår egen utveckling, och framför allt patienternas rätt till en

god primär hälso- och sjukvård. Svensk sjukvård behöver en stark Allmänmedicinsk Organisation, organiserad av allmänläkare, med allmänläkare, för allmänläkare och patienter. Denna organisation kan inte vara underordnad Läkarförbundet och Läkar-sällskapet men bör ha ett utvecklat samarbete med dessa.

- Allmänläkarnas röst måste höras i debatten, låt oss ropa högre!
- Allmänläkarnas kunskaper och behov måste styra efterutbildningen. Låt oss styra den själva!
- Allmänmedicinens fundament måste vara basen i specialistutbildningen. Låt bygga den bredare!

Det är dags att ta ansvar och initiativ, vem gör det, vad säger SFAM-styrelsen, vad säger allmänläkarna?

Författarpresentation

Göran Sjönell, distriktsöverläkare.

Postadress: Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm

ÅRETS DISTRIKTSLÄKARE I JÄMTLAND

I Sverige är vi ganska dåliga på att uppmuntra och bekräfta varandra. Distriktsläkarföreningen i Jämtlands län beslöt här-omåret att motarbeta denna ovana. För andra året utdelas därför ett enkelt diplom till en distriktsläkare som gjort för-tjänstfulla insatser inom primärvården.

Årets utmärkelse gick till



HANS-OLOF NYLÉN

som är initiativrik distriktsöverläkare på Frösön sedan snart två decennier. Energi, uthållighet och handlingskraft präglar hans verksamhet. Länets sjukvårdsupplysning och primärvårdens utbildningsdagar organiserar han med den äran. Trots många engagemang hinner han även med mycket vanligt sjukvårdsarbete. Väl värd sin utmärkelse.

Hans Beijer
distriktsläkare, Östersund

Detta är allmänmedicinen för mig *LB06404*

ULF MÅWE

För att allmänmedicin skall uppstå, krävs en mycket tät kontakt mellan distriktsläkaren och "dennes" befolkning. Befolkningstal över 2 000 per distriktsläkartjänst är inte förenligt med allmänmedicinsk verksamhet. Epidemiologisk verksamhet måste vara en del i den allmänmedicinska vardagen.

De oselektade konsultationerna där ingen i befolkningen går "sin" distriktsläkare förbi blir då det avgörande incitamentet för distriktsläkaren att söka kunskap för att lösa de problem som flyter upp. Författaren använder för denna process begreppet "allmänmedicinens kunskapsgenerator" och menar att denna är grunden för det allmänmedicinska kunskapsområdets tillblivelse, utveckling och tillväxt. Stimulansåtgärder måste till av såväl ekonomisk, utbildningsmässig som examinationsmässig art för att få distriktsläkaren att stanna länge i "sitt" distrikt. En viktig konsekvens är att övriga specialiteter ständigt måste behovsprövas mot kunskapskapaciteten och kunskapsutvecklingen i allmänmedicinen. En balans mellan allmänmedicinärsantalet och antalet övriga specialister måste finnas. I England är till exempel halva läkarkåren "general practitioners".

Nyckelord: Allmänmedicin, debatt

Allmänmedicinens särart kräver specifik grogrund.

Det diskuteras om allmänmedicinen har en egen särart. Jag anser det. Till utgångspunkt tar jag 1981 års definition: Målet med allmänmedicinsk utbildning är att utbilda specialister i allmänmedicin, som kan handlägga oselektade medicinska problem och svara för hälsotillståndet i en avgränsad befolkning.

En särart är dess unika "kunskapsgenerator".

En definierad befolkning har i varje tid en medicinsk efterfrågan. Vårdefterfrågan är det jag väljer att benämna "allmänmedicinens kunskapsgenerator". Denna kunskapsgenerator är enligt min mening förutsättningen för

allmänmedicinens särart. Allmänmedicinen har därmed som huvuduppgift att på bästa sätt svara mot "sin" befolknings efterfrågan. Bildligt gäller det alltså att ligga så tätt an som möjligt mot denna sin *kunskapsgenerator*.

"Kunskapsgenerator" genererar allmänmedicin.

Vårdefterfrågan (generatoren) är kunskapsimperativet för allmänmedicinen. Om allmänmedicinen inte har tillämpliga kunskaper som gensvar till individen som söker, måste allmänmedicinaren söka en sådan. Det är det som jag ser som "kunskapsgenereringen". Adekvat allmänmedicinsk kunskap är den som väcker och vidmakthåller såväl respekt som förtroende och på så sätt leder till att allmänmedicinaren successivt vinner och behåller befolkningens förtroende. Naturligtvis räcker inte den kunskapsprofilen men den är grundläggande. Detta inte minst för att befolkningen och dess individer som upplever hälsoproblem skall återkomma till allmänmedicinaren i fråga. På så sätt kommer *kunskapsgeneratorn* i allt närmare kontakt med allmänmedicinaren.

Kan vårdkonsumtionen förändras? Är kunskapsgeneratorn föränderlig?

Generatoren kan påverkas av allmänmedicinaren själv på åtminstone två sätt. Dels genom att denne är verksam en lång tid i sitt distrikt. Dels genom en så kallad dialog med befolkningen.

Vårdkonsumtionen styrs också av andra betydligt starkare krafter, såsom den kultur och uppväxtmiljö som utvecklat och format individen.

Allmänmedicinaren såväl som andra specialister måste få en förändrad grund att stå på – en ny läkarrollsförutsättning.

Det är idag självklart att läkare kan utveckla sin förmåga att kommunicera under konsultationen. Den auktoritära läkarrollen dammas endast av när någon söker med specifika behov av en läkare med det beteendet och då kan det oftast röra sig om delar av konsultationen. Det som kan skönjas är behovet av en läkare med pedagogiska kunskaper att förmedla hot på ett sådant sätt att positiva livsstilsförändringar verkligen sker. En pedagogik som är tillämpbar såväl i konsultationsrummet som i små grupper och vid offentliga informationsmöten. Dessa krav på kunskaper måste beaktas mer i såväl grund – som vidare – som ST-utbildningen.

Befolkningens livsmiljö en specifik kunskapsdel att behärska för allmänmedicinaren.

Upplevelsen av nedsatt livskvalitet, där medicinsk hjälp efterfrågas, varierar starkt. Detta beror på ett flertal orsaker. En särart för allmänmedicinaren är att kunna förstå så mycket som möjligt av dessa orsaker hos sin befolkning. Just att ha och utveckla en förståelse för sin befolknings livsbehov är ett kunskapsområde som allmänmedicinaren ständigt måste utveckla. En läkare, som har hela sitt privatliv i befolkningen har detta "gratis". Genom närheten till befolkningen skapas också en känsla av solidaritet med sitt distrikt, vilket kan bidra till en strävan att vara mer tillgänglig. Något som i sin tur bidrar till att *kunskapsgeneratorn* ligger an.

Distriktets population – allmänmedicinens epidemiologiska särart.

Allmänmedicinaren är av politiker satt att enligt Hälso- och sjukvårdslagen svara för en viss geografiskt begränsad befolknings hälsotillstånd. För att kunna göra detta måste allmänmedicinaren skaffa sig kunskaper om detta på annat sätt än vad den dagliga läkargärningen bjuder. Epidemiologiska metoder tillämpade på den lilla befolkningsgruppen blir då en allmänmedicinsk konst att utveckla.

Preventionen då?

Preventiv verksamhet är i och för sig en självklar aktivitet för alla tänkande läkare oavsett specialisering och är ett förhållningssätt som måste läras ut i grundutbildningen. Genom att primärvården är ålagd preventionen är det ett särskilt viktigt område för allmänmedicinaren att sköta väl. En faktor som är viktig att betona och som ger speciellt goda förutsättningar att arbeta preventivt är allmänmedicinarens position längst fram i sjukvårdsorganisationen. En allmänmedicinare som under årens lopp har byggt upp ett förtroende i sitt distrikt torde nå betydligt längre än andra hälsoinformatörer och det måste därför tas tillvara. En allmänmedicinare samlar dessutom efter ett antal år på sig en ansenlig erfarenhet som kan användas vid planering och genomförande av det preventiva arbetet.

Master i allmänmedicin.

Specialistexamen i allmänmedicin är självklar, men formen bör noggrant anpassas till specialitetens särart. Epidemiologisk teknik, kunskap, bevakning och åtgärder i den egna lilla po-

putationen blir då en ny basfärdighet. Den andra särarten som tillika ger kunskaper om en del epidemiologiska förhållanden är att allmänmedicinska kunskapen utvecklas först när man tjänstgjort i "sitt" distrikt. Detta kan naturligtvis stimuleras ekonomiskt med bättre lönesättning ju längre allmänmedicinaren varit i samma distrikt.

Men ur kunskapsutvecklingssynpunkt vore det också rimligt att göra specialistexamen stegvis. En specialistexamen när studierna är klara och en examen efter sex år (hantverkarnas lärlingstid på medeltiden var sex år innan de blev mästare). Det kunde vara någon form av Master-benämning efter denna. Mindre examina kunde

sedan följa vart sjätte år som förutsättning för att behålla Master-kompetensen.

Allmänmedicinen – En förutsättning för och viktig del av en välfungerande sjukvårdsorganisation.

De övriga 60 medicinska specialiteterna anges ha sina särarter. Deras särart styrs ytters av samma generator som allmänmedicinens men med det tilläget att allmänmedicinen egentligen ska vara övriga specialiteters vårdkonsumtionsgenerator. För att allmänmedicinen skall få det stöd och förtroende som krävs för att fylla en sådan plats i den svenska sjukvårdsorganisationen krävs enligt min uppfattning en balans mellan allmänmedicinare och

specialister. I flertalet I-länder utgör allmänmedicinarna upp emot hälften av totala läkarkåren. Vi har här i Sverige uppenbara svårigheter då vi endast har en tioprocentig andel av läkarkåren. Risken finns att oselekterade fall belastar andra specialiteter. Ett slöseri uppstår och resurserna lokaliseras dessutom som en följd härav felaktigt.

Författarpresentation

Ulf Måwe har under lång tid varit distriktsläkare, chefsläkare och tidigare studierektor i Luleå och på Mjölkdens vårdcentral.

Postadress: PL 4279, 951 90 Luleå

LB0 6406

Kriser i den kliniska medicinen

SVEN-OLOF ANDERSSON · NIELS LYNÖE

En kris kan yttra sig på olika sätt. Det finns tecken på att den kliniska medicinen befinner sig i kris. Det finns också olika typer av kriser. Beroende på var man lägger tyngdpunkten för det allmänmedicinska forskningsintresset aktualiseras olika kristyper. Betonas gemenskapen med sjukhusmedicinen aktualiseras såväl grundlagskris, ansvarighetskris som senilitetskris. Betonar man intresset för det speciella i allmänmedicinen aktualiseras en relevanskris. I artikeln diskuteras allmänmedicinens situation med utgångspunkt från denna nyansering av krisbegreppet.

Nyckelord: Allmänmedicin, vetenskapsteori, kriser

Om man tillämpar en renodlad klinisk tankegång på ett allmänmedicinskt problem kan det inte sällan uppstå problem. En schweizisk allmänläkare A Wick menar att de problem som då uppstår är av krisartad karaktär (1). Han pekar på att den klassiska medicinska kunskapen i många fall blir "kontraproduktiv" och ett direkt hinder för optimalt omhändertagande av patienten. Andra författare har beskrivit liknande fenomen (2, 3, 4, 5).

Men de kritiska situationerna kan användas som ett hjälpmedel för en teoretisk utveckling. Kriser är kunskapsteoretiskt intressanta därför att de kan bilda utgångspunkt för uppbyggnad av ett nytt vetenskapligt paradigm. Detta förutsätter att krisfenomenen är väldefinierade och tydliga. Ett sätt att förtydliga de kritiska situationerna är tex att provocera fram dem genom att tillämpa den kliniska

kunskapen rigoröst på allmänmedicinska problem.

Krisen har emellertid flera ansikten och vi skall här försöka nansera krisbegreppet så att för allmänmedicinen och allmänläkaren viktiga krisformer lyfts fram. Vi kommer att använda oss av det Kuhnska krisbegreppet så som det vidareutvecklats av den danske filosofen Andur Pedersen (6, 7). Andur Pedersen skiljer mellan grundlagskris, ansvarighetskris, relevanskris, senilitetskris.

Grundlagskris

Kriser uppstår inom en vetenskap när dess traditionella problemlösningstrategier inte räcker. Viktiga dimensioner av sjukdom både vad beträffar förståelsen av den sjuka människan och förklaringen av sjukdomen i termer av etiologi och patogenes kan vara bristfälliga även när det gäller beskrivningen av väldefinierade sjukdomar. I en sådan situation kan det ske en anhopning av konstiga och oförklarliga fenomen, sk diagnostiska anomalier. Ett vetenskapligt paradigm kan leva ganska länge och obekymrat med anomalierna, men dessa kan också bli så påtagliga, kvantitativt eller kvalitativt, att de försätter paradigmat i kris. En kris av denna karaktär kallas grundlagskris och är ett allvarligt tillstånd. Paradigmets fundament sätts i gungning och dess existens är hotat. Paradigmat vill i det längsta försöka överleva och krisen ger därför ofta prov på olika former av paradigmskyddande tekniker. Observationerna blir mer selektiva och tydligare paradigmkonsoliderande än i vanliga situationer (8).

Den kliniska medicinen tycks i flera avseenden befinna sig i en grundlagskris. Filosofen Juul Jensen har pekat på detta (9). Nyligen konstaterade in-
vårtesmedicinarna Asplund och Ås-

berg att den kliniska medicinen är i kris (10). Wick ger 15 exempel på när paradigmat har visat sig otillräckligt och kontraproduktivt (1). McWhinney, Brody och Waters har lyft fram kvalitativt allvarliga anomalier (5, 11). Vi har med hjälp av intervjuer av olika sjukhusspecialister gjort en sammanställning av ett 70-tal diagnostiska och vetenskapliga anomalier (12). Vi har tidigare rapporterat om anomalier som uppstod som en biprodukt i en undersökningen av allmänläkarens produktivitet (13).

Allmänmedicinen omfattas av grundlagskrisen inom den kliniska medicinen i den utsträckning paradigmat är gemensamt. Allmänläkare har utvecklat kunskap och arbetssätt som ofta minimerar eller döljer de kritiska situationerna. Improvisation och frigörelse från den klassiska medicinska kunskapen har varit allmänläkares överlevnadsmöjlighet genom tiderna. Allmänläkare har gjort så gott de kunnat med de problem de stått inför trots att deras grundläggande medicinska kunskaper inte alltid har varit till någon större hjälp. Denna brist på teoretisk förankring av allmänläkares arbete är problematisk för allmänmedicinens framtid.

Ansvarighetskris

Om ett vetenskapligt paradigm resulterar i produkter eller teknologier som är i strid med grundläggande mänskliga intressen kan de personer som arbetar med dem råka i ansvarighetskris. Prototypexemplet är utvecklingen av atombomben som försatte flera atomfysiker i en allvarlig ansvarighetskris (14). Inom medicinen är förhållandet mellan kunskap och handling mycket intimt. Då utvecklingen av medicinsk kunskap tar sikte på optimalt omhändertagande av patienten får kunskapen en tydlig moralisk di-

15. Enkvist C. Intensivvården och den naturliga döden. Läkartidningen 1986; 83:3787-8.
16. Einhorn J. Är överbehandling av patienter nödvändig? Läkartidningen 1986; 83:4153.
17. Hellström O. Läkemedelsförskrivning och vårdkvalitet. AllmänMedicin 1987; 8:186-91.
18. Blomquist C. Det oetiska i att inte forska. Nordisk psykiatrisk Tidskrift 1975; band 29, häfte 1:47-59.
19. Lynöe N. Consensus and Consen-

- ferences. Scand J Soc Med 1988; 16:193-5.
20. McWhinney I. Family Medicine as a Science. Från Geyman JP: Research in Family Practice. Norwalk 1985.
21. Allmänmedicinen inför år 2000 - en programskrift. Svensk förening för allmänmedicin. Stockholm 1988.
22. Mattsson B. Fortsatt diskussion om allmänmedicinens kärna. AllmänMedicin 1989; 10:7-8.
23. Gjedde A. Den unyttige forsk-

ning. Nordisk Médecin 1982; 97:157.

24. Tibblin G. Den akademiska allmänmedicinens uppgifter. Nordisk medicin 1986; 101:2.
25. Brydolf G, Rudebeck CE. Vad bör man kräva av en professor i allmänmedicin? AllmänMedicin 1985; 6:47-9.

Författarpresentation:

Sven-Olof Andersson och Niels Lynöe är distriktsläkare vid Mariehems vårdcentral

Postadress: Morkullevägen 902 37 Umeå.

Allmänläkare och BVC

GUNNAR LUNDQVIST

Ett inlägg i TV-rapport den 11 januari handlade om barnmisshandel. Man visade ganska ruskiga bilder på misshandlade barn. Man konstaterade att antalet anmälda barnmisshandelsfall har ökat. Med anledning av detta hade man en intervju med barnombudsmannen i Rädda Barnen. Hon berättade då att detta inte var så konstigt eftersom man ju har ändrat BVC-organisationen. Tidigare sköttes BVC av pediater och barnsköterska men numera i många fall av en allmänläkare med endast tre månaders pediatrik.

Kvällstéet fastnade i vrångstrupen. Allmänläkarna skulle således vara orsaken till att barnmisshandeln i landet ökar. En stor del av svenska folket fick höra att barnvårdcentralerna numera sköts av allmänläkare med så dålig kompetens att de inte har möjlighet att i tid upptäcka barnmisshandel. Vad innebär detta inlägg för allmänhetens förtroende för BVC-verksamheten och över huvud taget för gruppen allmänläkare?

Nyligen har det i läkartidningen varit artiklar om BVC 50 år. Ordet distriktsläkare eller allmänläkare fanns över huvud taget inte med i någon av artiklarna. Jag kunde inte heller spåra något deltagande ifrån någon av de allmänmedicinska institutionerna i landet.

Vad jag således undrar över med anledning av ovanstående är för det första, om några personer inom den allmänmedicinska universitetsvärlden arbetar med BVC-frågorna, och för det andra om det finns någon ideologi eller några visioner utfärdade beträffande vår framtida BVC-verksamhet.

Det vore också intressant att höra Specialistföreningens definition av ordet "allmän" i orden "allmänläkare" och "allmänmedicin". Vad är det för skillnad på en distriktsläkare, en allmänläkare och en allmänmedicinare?

Författarpresentation:

Gunnar Lundqvist, distriktsläkare vid Umeå vårdcentral

Postadress: Box 100 93, 900 10 Umeå.

Kommentar

LB06406

av Mats Ribacke

Gunnar Lundqvist har sett ett TV-inlägg som jag inte tidigare gjorts medveten om. Av det han skriver om vad som sades i programmet gör jag två reflektioner. Den första är att allmänläkare i BVC tydligen är mer observanta än specialister engagerade i BVC, eftersom antalet anmälda fall ökat! Den andra är den att Rädda Barnens representant mycket oövertäckt och insiktslöst har tyckt sig se ett samband mellan en omorganisation och en ökad förekomst(?) eller ökad observation och anmälan av misshandelsfall. Orsak-verkan-förhållanden får man inte handskas så slarvigt med. Hur man än vänder på det, så tycks dagens BVC-läkare sköta sin uppgift. Den absurda tanken att allmänläkare på BVC skulle medföra ökad barnmisshandel ute i samhället kan väl ingen förnuftig människa ta på allvar ändå?

Dessutom är det ju så att majoriteten av BVC i alla tider har skötts av allmänläkare. Det är en storstadsföreteelse med pediater som BVC-läkare. Och på varje sjukhusort där den uppväxande primärvården tar på sig denna uppgift tycks det bli en initial tidningsstorm, ofta iscensatt av sköterskor specialiserade på BVC-verksamhet, som ser sitt revir hotat. Det beror säkert på att vi gärna ser distriktsköterskor, med vana vid ett bredare arbetssätt, i deras roll. Men när väl den nya organisationen kommit igång så tystnar kritikerna, för det är ju trots allt friska barn det till största delen handlar om. Och när barnen är sjuka duger ju vår kunskap, i synnerhet på joutid!

Insändaren undrar om någon inom den allmänmedicinska universitetsvärlden arbetar med BVC-frågorna. Svaret är att jag inte vet mer än att distriktsläkaren Anders Håkansson, som försvarade sin avhandling i Dalby den 31 maj, har studerat vissa epidemiologiska frågeställningar under barnets 18 första månader. Huvudparten av hans avhandling är en jämförelse mellan distriktsläkarledd och specialistläkarledd MVC, och han kan kon-

statera att blivande mödrar får den vård de skall ha i båda formerna. En motsvarande studie av BVC är det Lundqvist efterlyser, men jag känner inte till någon. Kanske läsekretsen kan bidra?

Någon "ny" ideologi för BVC-verksamheten har vi inte sett behov av inom SFAM. Vi finner allmänläkaren väl lämpad för rollen som BVC-läkare, med sin kännedom om familj och miljö, och med sitt arbetssätt där helhetssyn och kontinuitet är nyckelbegrepp. Med specialistens stöd då så behövs, och kontinuerlig efterutbildning, är rollen som BVC-läkare väl lämpad för allmänläkaren, och en positiv och tacksam uppgift.

Så till slut frågan om "allmän"-prefixet. Det har vi ärvt från England, som ett försök att översätta general practitioner helt enkelt. Ibland används uttrycket generalist även i vårt land, för att markera skillnaden mot ålders- och organspecialisterna.

En allmänläkare är en specialistläkare med behörighet att självständigt verka inom det kunskapsområde som specialiteten allmänmedicin utgör. En distriktsläkare är en allmänläkare i en viss organisationsform, landstingens primärvård. Inom organisationsformen företagshälsovård, där många allmänläkare finns, benämns allmänläkaren företagsläkare. Det finns enstaka tjänster för andra specialister som benämnes distriktsläkare, men då oftast med ett tillägg, t ex distriktsläkare i pediatrik. SFAMs uppfattning är att primärvårdens medicinska specialitet är allmänmedicin.

Allmänläkare och allmänmedicinare är synonymt, men som Bengt Mattson så träffande diskuterade vid "Fritt ur hjärtat", vid SFAM-mötet i Gävle, så finns viss förvillelse. Allmän internmedicin dras ibland ihop till allmänmedicin, och tydligen hade biblioteksvärlden inte alldeles klart för sig distinktionen. Det kanske behövs lite missionerande.

Om allmänläkare i allmänhet och distriktsläkare i synnerhet

LB0 6407

GUNNAR LUNDQVIST

Barnombudsmannen för Rädda Barnen har i TV-rapport i januari i år meddelat att allmänläkarna och distriktsläkarskötarna står för ett ökande antal barnmisshandelsfall i landet. På grund av för dålig pediatrik specialkunskap upptäcks inte barnmisshandel i tid. Efter TV-inslaget kontaktade jag barnombudsmannen per brev för att få veta vad hon grundade sitt uttalande på. Som väntat fanns där inget substansiellt att stå på, precis som också senare framgick av meningsutbytet i läkartidningen.

Barnhälsovård, barnmisshandel, allmänläkare, debatt

Vi kan således konstatera att det inte finns några belägg för ovan nämnda påstående. Man kan då fråga sig hur barnombudsmannen över huvud taget fått denna märkliga uppfattning. I mina ögon verkar det klart att barnombudsmannen helt är uppfylld av den klassiska specialisttanken, det vill säga ju "smalare" specialitet desto bättre är det. Hon verkar helt omedveten om värdet av den breda kompetens och stora erfarenhet som både distriktsläkare och distriktsläkarskötare har i primärvården. Barnombudsmanens uttalande i TV är ett smärtsamt bevis på att vi inte lyckats tillräckligt kraftfullt föra ut allt det betydelsefulla och positiva arbete som utförs inom primärvården. Jag har ett intryck av att den tidigare ganska livliga ideologiska diskussionen sista åren har avstannat, vilket också är olyckligt. Detta kan vara en av förklaringarna till att denna typ av missuppfattningar kring vår verksamhet dyker upp.

En viss nackdel tror jag också vi har av själva ordet allmänläkare. Jag tror knappast att barnombudsmannen skulle ha sagt att distriktsläkare endast har tre månaders pediatrik och därför är dåligt utbildade att sköta BVC. Uttrycket allmänläkare är relativt nytt och tämligen luddigt i konturerna. De flesta människor vet över huvud taget inte vad allmänläkaren är för en figur. Frågar man däremot om de vet vad en distriktsläkare, eller provinsialläkare är för sorts doktor så vet de allra flesta detta. Denna något suddiga begrepps- uppfattning kring just denna typ av läkare förstärks dessutom ytterligare av ordet "allmän". Jag anser att ordet är tämligen olyckligt valt och egentligen går tillbaka till en felöversättning från det engelska ordet "general". Ordet allmän som i många andra sammanhang är ett utmärkt ord är således i just denna ordsammansättning olämpligt. När man valde ordet allmän i allmänmedicin och allmänläkare

så tror jag inte riktigt man förstod vilka konsekvenser det kunde leda till. Språkutvecklingen har visat att översättningen från "general" till "allmän" inte har blivit som man tänkt sig. "General" i anglosaxiskt språkbruk betyder "vanlig, allmänt antagen eller förhärskande". Det betyder också "ej specialiserad eller inskränkt", enligt ordbok. Ord som General Assembly, General Post-Office, General Headquarters och så vidare bildar också en särskild associationsfär kring ordet. "General practitioner" betyder översatt till svenska egentligen praktiserande läkare och inte allmänläkare. I vårt språkbruk associeras ordet allmän också till allmänhet eller allmännytta. I medicinskt språkbruk och speciellt när det sätts i någon form av motsatsställning till ordet "specialist" får det dock en något annorlunda innebörd. Det blir då lättare att förknippa det med ord som konturlös, ej särskilt bestämd, ej tillräckligt ingående etc.

Denna skiftning i ordets innebörd kan vara till nackdel i det praktiska patientnära arbetet. Sannolikt spelar detta mindre roll högre upp i den akademiska världen. Även här torde det dock knappast vara helt betydelselöst. Se exempelvis hur pass svårt ordet allmän internmedicin har haft för att slå igenom. Jag tror att de allra flesta praktiserande läkare med bred baskompetens vill kalla sig distriktsläkare, privatpraktiker eller företagsläkare. Jag har svårt att se att det finns någon fördel med att införa ytterligare ett nytt ord, det vill säga allmänläkare i folks medvetande. Från de framväxande allmänmedicinska institutionerna tycks det finnas en mer eller mindre omedveten vilja eller kraft att sprida orden allmänmedicin och allmänläkare. Överallt dyker orden upp många gånger parallellt med orden distriktsläkare eller praktiserande läkare. Några exempel: I kallelsen till årsmötet i Sunne vänder man sig i inbjudan till distriktsläkare och allmänmedicinare. Detta verkar inkonsekvent. Om distriktsläkare är allmänmedicinare så räcker det ju med att vända sig till allmänmedicinare, som ju definitions- mässigt omfattar både distriktsläkare, privatpraktiker och företagsläkare.

I läkarförbundets PR-kampanj för läkare i massmedia har man skrivit om en barnläkare i Skåne. "Ulf är" som man beskriver det "en sorts allmänläkare, expert på internmedicin för en viss ålderskategori, nämligen barn". Vad är nu detta? Innebär det att allmänläkarna (distriktsläkarna) i södra delen av landet är experter på intern-

medicin för resten, det vill säga alla övriga åldrar? Vad menar annars läkarförbundet med den citerade formuleringen?

I Läkartidningen 12/89 redovisas ett försök med problemorienterad inläring under allmänmedicinkursen i Umeå. Ur diskussionsavsnittet citeras: "Utifrån gällande avtal kan allmänläkare se uppgiften att handleda som en komplikation snarare än som en viktig arbetsuppgift i yrkesrollen som distriktsläkare".

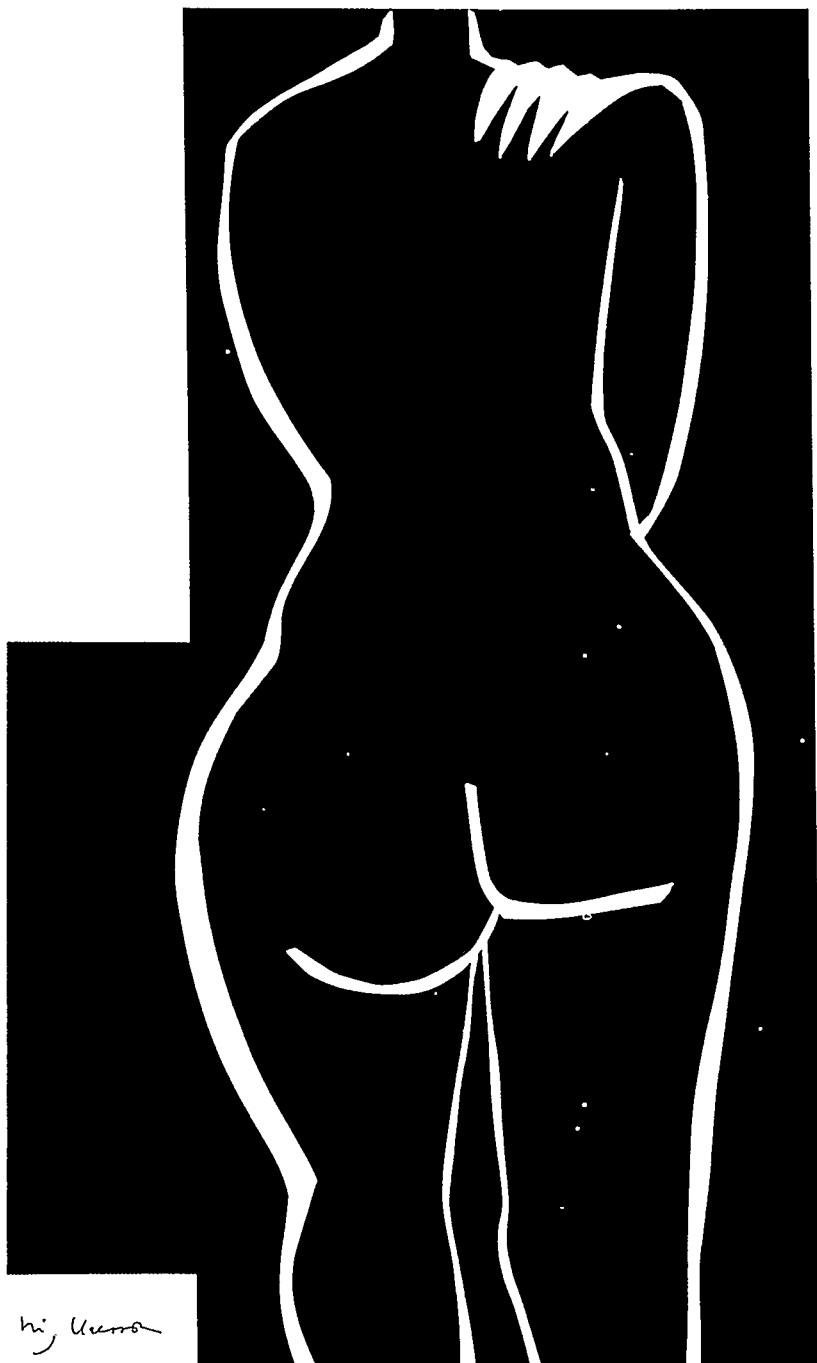
Det finns många liknande exempel på sammanblandningar och otydligheten när det gäller användandet av orden distriktsläkare och allmänläkare.

Bortsett från barnombudsmanens uttalande i TV, som jag anser vara en klar fadäs, tycker jag det finns mycket som talar för att vi försöker rensa upp i språkbruket och helst komma bort från ordet allmän, som jag menar enbart utgör en belastning. Tillsätt en nomenklaturgrupp att utveckla och anpassa språkbruket efter verkligheten.

Bortsett från ovanstående diskussion kring ordet allmän tror jag att det är nödvändigt att vi åter tar upp en bred diskussion kring utbildning och kompetens inom vårt yrke. Distriktsläkaryrket med sin bredd är svårt att jämföra med många andra specialiteter. Man blir inte automatiskt en bättre distriktsläkare ju fler specialiteter man har traskat igenom eller ju längre tid man har randutbildat sig inom slutenvården. Givetvis finns en slags miniminivå, vilket jag anser att den nuvarande FV-utbildningen med tvekan kan ge. Denna utbildning anser jag vara en form av grundutbildning som sedan borde följas upp med en långvarig praktik under handledning. Jag tror att det är under denna period som vi kan börja tala om en mer specifik distriktsläkarkompetens. Jag tror att denna handlar om att få följa människor under en rad av år. Lära känna dem på ett riktigt sätt, få ta del av deras sjukdomar, sorger och bekymmer men även glädjeämnen. Det handlar om att få finnas till som ett stöd och en resurs under graviditet, under småbarnsår och vuxenlivet, åldrandet och döden. Så småningom växer en god kännedom om familjerna fram genom de kontakter man har fått med olika personer i den närmaste omgivningen. I bästa fall kan man bli en viktig del i ett socialt trygghetsnät där förälder eller anhörig, utan hinder, känner att de kan ta upp även särskilt känsliga problem, som exempelvis barn som far illa.

Sammanfattningsvis vill jag således

**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 JoLF A01 R Deklaration. 1 tablett à 500 mg innehåller Erythromycin ethylsuccinat. Erythromycin ethylsuccinat respond erythromycin 500 mg const. el color (knollungult) 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 inaktiva estern måste ges för att motsvara de plasmakoncentrationer av erythromycin skall uppnås. Indikationer. Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för erythromycin t.ex. luftvägsinfektioner — speciellt då överkänslighet för penicillin föreligger — kikhosta, mycoplasmapneumonier, legionärsjuka samt stätyföckinfektioner. Infektioner orsakade av Chlamydia trachomatis, t.ex. 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 antibiotikabehandling kan, speciellt vid långtidsbehandling eller upprepad terapi, övervärt 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 intages omedelbart före måltid. Förpackningar. Tablett 500 mg (gula, spolförmede med Abbottsymbol 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.

se en fortsatt diskussion kring det specifika inom vår verksamhet, om avgränsningar mot andra specialiteter, om vår FV- och efterutbildning m.m. Jag anser att distriktsläkaryrket är så speciellt och i många avseenden anorlunda jämfört med andra specialiteter så varför inte införa en yrkesspecifik efterutbildning eller speciell legitimation till distriktsläkare? Låt oss konkretisera och systematisera utbildningen efter FV-stadiet så att denna efter, låt säga, ytterligare tre år under handledning, leder fram till distriktsläkarkompetens. FV-läkare och andra kollegor synes i dag hoppa strömhopp bort från vår specialité. Låt oss göra allt för att försöka vända denna utveckling.

Författarpresentation

Gunnar Lundqvist är distriktsläkare vid Umeå vårdcentral

Postadress: Box 100 93, 900 10 Umeå

Svenska skolläkarföreningen, Svensk förening för allmänmedicin, barnläkarföreningens sektion för hälso- och öppenvård inbjuder till

SKOLLÄKARMÖTE

Hjärtligt välkomna till ett möte den 18–19 januari 1990 i Sundsvall för läkare som sysslar med skolhälsovård, på heltid eller deltid.

TEMA: BARNETS HISTORIA OCH STADENS

Det moderna svenska industrisamhällets utveckling avspeglar sig tydligt i Sundsvalls historia. Hälsoriskerna för barn låter sig beskrivas då och i dag. Särskilt aktuella är epidemiologiska studier av sambandet miljö – allergi bland skolbarn. Dessa kommer att presenteras vid mötet. Andra programpunkter blir förslag till en gemensam journal för barnhälsovård och skolhälsovård samt en paneldebatt om skolläkarrollen. Skolläkarföreningens årsmöte hålles i anslutning till programmet.

Vidare upplysningar genom:

Lennart Bråbäck 060/18 10 00

Lena Kälvesten 060/12 19 00

Staffan Mjönes 060/18 10 00

SFAM

SFAM

SFAM

SFAM

SFAM

Önskas:

Logotype för SFAM

Finnes:

Prispengar för bästa förslag

Se exempel sid 177



Posta **DITT** logotype-förslag till tidskriften

AllmänMedicin
172 83 SUNDBYBERG

senast 1989-10-31



Pristagaren kommer att presenteras i nr 1/1990 av AllmänMedicin

Svensk Förening för Allmänmedicin



Epidemiology of pregnancy and infancy

Population-based studies in primary health care

Anders Håkansson, disputerade den 31 maj vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby på en avhandling om gravida kvinnor och späda barn. Opponent var professor Leiv S Bakketeig vid Statens Institutt for Folkehelse i Oslo. Ordförande vid disputationen (och tillika handledare) var professor Bengt Scherstén.

Nyckelord: Graviditet, spädbarn, hälsoproblem, riskfaktorer, epidemiologi, doktorsavhandlingar

De problem som uppkommer under graviditeten och de åtgärder som vidtages med anledning därav är ofullständigt belysta i litteraturen, åtminstone från distriktsläkarsynpunkt. Vidare föreligger en bristfällig kännedom om spädbarnens läkemedelskonsumtion, åtminstone i de nordiska länderna. Mot denna bakgrund studerades i geografiskt väl avgränsade områden mödrarna under deras graviditet och barnen under deras första 18 månader.

Avhandlingen bygger på fem delarbeten. De tre första behandlar den gravida kvinnan, det fjärde handlar om det späda barnet, och det femte är en kombinerad studie av graviditet och spädbarnsår. Samtliga arbeten är populationsbaserade. Medan basen för det inledande delarbetet utgöres av landstinget Kronobergs östra sjukvårdsdistrikt, utgår de övriga från vårdcentralen Teleborg och dess upptagningsområde.

Gott graviditetsresultat oavsett läkarens specialitet

Med hjälp av data från Socialstyrelsens Medicinska Födelseregister för åren 1979–1983, jämfördes kvinnor från ett område, där mödrahälsovården sköttes av distriktsbarnmorska och obstetiker, med kvinnor från ett annat område, där mödrahälsovården sköttes av distriktsbarnmorska och distriktsläkare. Antalet förlossningar för kvinnor från Växjö kommun var 3861, och antalet förlossningar för kvinnor från östra sjukvårdsdistriktets övriga fyra kommuner var 3041. Alla analyserade förlossningar ägde rum på förlossningsavdelningen vid Centrallasarettet i Växjö.

Studien kunde inte påvisa någon skillnad i graviditetsutfall mellan de båda kvinnopopulationerna. Någon



Inledningsvis presenterade Anders Håkansson sin avhandling.

tendens till högre andel högriskkvinnor i ena eller andra populationen kunde inte heller påvisas. Däremot sågs en lägre andel "normala" förlossningar bland kvinnorna med obstetikerledd mödrahälsovård. Således föreföll mödrahälsovård primärt ledd av distriktsläkare ge ett lika tillfredsställande resultat som mödrahälsovård primärt ledd av obstetiker. Någon förklaring till skillnaden i andelen "normalförlossningar" kunde inte ges. Hur stor andel av kvinnorna som under graviditeten remitterats för specialistmödravård gick inte att i efterhand få fram.

Distriktsläkaren klarar av graviditetens problem

Samtliga kvinnor från upptagningsområdet för vårdcentralen Teleborg, vilka under en 14-månadersperiod inskrevs för mödrahälsovård, studerades. Från inskrivningen, via förlossningen, till efterkontrollen kunde 143 kvinnor följas. Alla problem som uppstod under graviditeten samt därav föranledda åtgärder registrerades på Distriktsmödravårdcentralen, på Distriktsläkarmottagningen, på Specialistmödravårdcentralen och på Kvinnokliniken. Totalt 688 läkarbesök och 1504 barnmorskebesök noterades.

Vanliga problem var smärtor i rygg och mage, infektioner i slida och urinvägar, samt hotande missfall och hotande förtidsbörd. Omkring 40% av kvinnorna sjukskrevs åtminstone

någon gång under graviditeten, och ungefär lika många fick ett eller flera receptförskrivna läkemedel. Distriktsläkare handlade 62% av de obstetriska problemen och 75% av de icke-obstetriska problemen. Graviditetsutfallet i den studerade populationen var jämförbart med data från hela Sverige samt med resultat rapporterade från Storbritannien.

Specialistkontroller är nödvändiga för en mindre andel av kvinnorna

Ungefär 80% av kvinnorna sköttes på Distriktsmödravårdcentralen av distriktsbarnmorska och distriktsläkare; 10% sköttes i samverkan mellan distriktsläkare och obstetiker; 10% sköttes nästan enbart av obstetiker på Specialistmödravårdcentralen. De kvinnor som remitterades till specialist (20%), visade sig vara en riskgrupp, och bland dem gjordes 54% av kejsarsnitten, samt fanns 43% av de barn som fick neonatalvård.



Därefter vidtog den kritiska granskningen under ledning av Leiv S Bakketeig.

Många spädbarn antibiotikabehandlas på grund av luftvägsinfektion

För 129 av barnen var uppföljning under de första 18 levnadsmånaderna möjlig. Journalgenomgång gjordes på Barnvårdscentralen och Distriktsläkarmottagningen på Vårdcentralen samt på Barnkliniken och Öronkliniken på Centrallasarettet. Föräldrarna intervjuades då barnen var 18 månader gamla. De 129 barnen träffade distriktsköterska eller läkare vid sammanlagt 2804 tillfällen. Vanligen var det fråga om hälsokontroller.

Under den studerade perioden sökte 57% av barnen läkare på grund av övre luftvägsinfektion samt 29% på grund av akut mediaotit. Flertalet barn hade fått paracetamol eller näsdroppar, och 64% hade en eller flera gånger behandlats med antibiotika. Undersökningen påvisade en positiv korrelation mellan antalet hälso- och sjukvårdsbesök för modern under graviditeten och motsvarande antal besök för barnet under dess första 18 månader.

Barn till rökande kvinnor drabbas av fler luftvägsinfektioner

En kohort på 28 barn till rökande mödrar jämfördes med en kohort på 28 barn till icke-rökande mödrar. Kohorterna matchades med avseende på moderns ålder, civilstånd, yrke och paritet. Under det första levnadsåret behandlades barnen i rökkohorten signifikant oftare med antibiotika på grund av luftvägsinfektion jämfört med barnen i icke-rökkohorten. Antalet luftvägsinfektioner i de båda kohorterna var 38 respektive 19. Dock ammadess barnen i rökkohorten signifikant kortare tid än barnen i icke-rökkohorten. Medianvärdena var 3,75 respektive 7 månader. Inget samband kunde påvisas mellan amningstidens längd och antalet antibiotikabehandlade luftvägsinfektioner.

Författarpresentation:

Anders Håkansson, distriktsläkare vid vårdcentralen Teleborg

Postadress: Box 5044, 350 05 Växjö



Slutligen var det dags för den sedvanliga trädplanteringen utanför vårdcentralen.

Vi vill i tidskriften uppmärksamma samtliga nya allmänmedicinska avhandlingar i Sverige. Vi vill snabbt publicera en aktuell och heltäckande men ändå kortfattad sammanfattning av varje avhandling. Vi tror att detta bäst sker om den som skall disputera själv i god tid skickar in en svensk version av sitt abstract och också anger när och var han/hon skall disputera. Vi tar då in sammanfattningen i det nummer av tidskriften som kommer närmast efter disputationdagen.

Redaktionen

Bilder från DLF:s och SFAM:s gemensamma vårmöte i Sunne



Mats Ribacke, SFAM:s ordförande och Kerstin Ernebrant, DLF:s ordförande vid vårmötet i Sunne.

Mai-Lis Hellénus, Sollentuna vårdcentral och Gustaf Wahlberg, Serafens vårdcentral, vetenskapliga pristagare vid Sunnemötet.



Teorier och metoder för samhällsbaserad intervention

BIRGER GRAN

Följande text är ett sammandrag och en bearbetning till svenska av ett avsnitt ur: "Take Heart – a Consultative Document on the Development of Community-based Heart Health Initiatives within Wales", from the Directorate of the Welsh heart programme, Heart beat Wales, september 1985.

Nyckelord: Public health, intervention, prevention, hälsoprogram

Intervention för att främja en god hälsa kan indelas i sådan som riktas mot individen och sådan som utspelas på samhällsnivå – det s k "mikro" resp "makro"perspektivet. Båda spelar stor roll i det hjärtsjukdomsförebyggande arbetet.

Den underliggande målsättningen för "makro"perspektivet är att göra de rätta valen till de lätta valen. Man kan inte tvinga någon till hälsa mot sin vilja. Men för många som vill tillämpa en hälsosam livsstil finns det många allvarliga hinder. En stödjande socioekonomisk omgivning erfordras.

Man har länge vetat att traditionell hälsoutbildning, som enbart förmedlar kunskap, har begränsad effektivitet. Under de senaste två decennierna har en mycket mer sofistikerad metod utvecklats för att främja hälsoarbetet, i vilken man utnyttjar det komplicerade samspelet mellan beteende och social och fysisk omgivning. Följaktligen måste programmet baseras på goda teoretiska modeller som hämtas från beteende- och sociala vetenskaper.

Tre olika perspektiv erfordras – 1) teorier för kommunikation-beteendeförändring – med tyngdpunkt på att "lära ut" (to teach), 2) teorier för social marknadsföring (social marketing) – med tyngdpunkt på att "nå ut" (to reach), 3) teorier för samhällsorganisation – med tyngdpunkt på att "hålla ut" (to keep).

Kommunikation-beteendeförändring

Teorierna för kommunikation-beteendeförändring baseras på ett socialpsykologiskt perspektiv med relevans för individens och gruppens inläring. Teorin visar hur nya kunskaper, attityder och beteenden förvärvas.

Av speciell betydelse är Banduras modell för social inläring. Hans forskning visar att beteende, inflytan-

de från omgivningen och personliga faktorer (såsom kunskap) påverkar varandra ömsesidigt. Förmågan att lära sig genom att iakta möjliggör för individer att förvärva regler och integrerade beteendemönster utan att de själva behöver utforma dem gradvis genom mödosam egen erfarenhet. Ett hälsosamt beteende kan främjas eller motarbetas av personer som man föreställer sig har kunskap om hälsofrågor, tex läkare och sjuksköterskor.

Inflytande från televisionen har ersatt direkt egen erfarenhet i många avseenden. Nu aktuella hälsofrämjande aktiviteter måste därför aktivt utnyttja media och de positiva exempel som erbjuds från yrkesverksamma inom hälsovård och utbildning.

Personlig motivation är en nyckelbeståndsdel i den process som leder till beteendeförändring. Teorin för social inläring skiljer mellan å ena sidan *förvärvande av* och å andra sidan *tillämpning av* kunskap. Folk genomför inte allt de lär sig. Motivation fordrar kortsiktiga belöningar med påtagliga fördelar och ett minimum av nackdelar. Långsiktiga belöningar kan ej skapa motivation. Det är också troligare att man ändrar beteende om det ger ett påtagligt positivt resultat hellre än om det medför att man slipper bestraffning.

Förutom kortsiktiga belöningar erfordrar motivation också att man får någon form av återkoppling (feedback). Man måste få veta att man kan utvärdera sina framsteg. För vissa förändringar i livsstilen är detta redan möjligt. Man kan registrera sina rökvanor och sin vikt. Däremot är det svårt när det gäller blodtryck, kolesterolnivå, hälsosam kost och kondition.

Självförtroendet spelar stor roll för beteendeförändring. Det är delvis på basen av hur man själv värderar sin förmåga att hantera en viss situation som man väljer vad man ska göra. Handlingar som uppfattas som "dömda att misslyckas" blir sällan provade.

Folks bedömning av sin egen förmåga påverkar vidare deras tankemönster och känslouttryck. De som bedömer sig själva oförmögna att hantera nya krav, tex att gå ned i vikt, tror att kommande möjliga svårigheter är mer besvärliga än de i själva verket är.

Att lära sig nyttiga färdigheter är en väsentlig del i att bygga upp ett självförtroende. Man kan vara väl motiverad att äta mindre fett. Men om man inte känner att man kan klara av att

hitta låg-fett kost i butiken eller på menyn, eller själv kan klara av att laga till måltider med låg-fett-kost, så är det mindre troligt att man framgångsrikt antar ett sådant beteende.

Färdigheter kan läras genom att man iakttar andra, men egen erfarenhet är att föredra. Detta har betydelse för hälsoutbildning i praktiken. Hellre än att en hälsoinformatör håller ett föredrag om hälsosam kost för en grupp husmödrar är det bättre att hon ger praktiska demonstrationer där åskådarna uppmuntras att själva delta.

Om man observerar hur vänner och andra uppträder kan det också bidra till att bygga upp självförtroendet – "kan han/hon så kan jag". Övertalning och olika former av socialt tryck kan också spela en roll. Dock kan självförtroendet raderas om man väcker rädsla eller oro. Rökare och de fysiskt inaktiva uppfattar sig inte själva som sjuka. Rollen som "läkare" eller "sjuksköterska", som behandlar de sjuka behöver kompletteras med en roll som "vän, rådgivare, lärare".

Samhällsorganisation

Teorierna för samhällsorganisation har att göra med hur kommunikationen sprider sig ut (diffunderar) genom organisationer, och det långsiktiga underhållet av hälsoutbildningsprogram.

Kommunikation som leder till inläring och motivation sprids genom naturliga samhälleliga nätverk. Opinionsledare (opinion leaders) inom systemet erfordras som medarbetare för att uppnå adekvat mottagande av det framförda hälsobudskapet.

Man kan dela in personer efter deras beredskap att ändra och anpassa sitt beteende i följande grupper: innovatörerna, de tidiga efterföljarna, den tidiga majoriteten, den sena majoriteten och eftersläntrarna. Som regel har de tidiga efterföljarna det största sociala inflytandet i samhället och de är ofta i en nyckelposition för att främja vidare acceptering av en nyhet. Nya idéer, som ofta har sitt ursprung från massmedia, förmedlas och modifieras genom vissa opinionsledare, och majoriteten påverkas sedan genom interpersonella kontakter med dem.

I detta syfte är det viktigt att arbeta nära till olika *formella* opinionsledare i samhället (tex lokala myndigheter, skola, barnomsorg, hälso- och sjukvården, massmedia, företagsledare, fackföreningar, frivilliga organisatio-

ter som Korpen etc).

Med tiden kommer det att bli helt avgörande att på ett systematiskt sätt identifiera även de *informella* opinionsledarna i samhället för att möjliggöra ett fortsatt effektivt spridande av hälsobudskapet.

Det är viktigt att de befintliga samhällsorganisationerna ser att de föreslagna förändringarna går samman med deras ambitioner och att de representerar en form av självförverkligande, snarare än en utifrån framtvängd förändring.

Det är uppenbart mycket viktigt med nära förbindelse med olika ledare och organisationer i samhället liksom med dem som tillhandahåller varor och tjänster till lokalbefolkningen. Ett praktiskt exempel på detta finns inom livsmedelsområdet.

Det finns ett otal olika faktorer som påverkar hur livsmedel tillverkas, säljs, köps, tillagas och slutligen konsumeras. Det vore oklokt att förvänta sig mer omfattande förändringar av vilken kost man äter i samhället, bara genom att förmedla information till den enskilde om innehållet i olika födoämnen. Det är troligare att en förändring kan uppnås genom ett mer integrerat handlande. Så kan man till exempel ge information i samband med praktiska matlagingsdemonstrationer som lämpligen förläggs till platser där folk köper sin mat.

Förändringar kan vidmakthållas genom att livsmedelsproducenter och distributörer stödjer försäljning av vissa födoämnen och gör dem tillgängliga till priser som folk har råd med.

Praktiska konsekvenser kan dras ur dessa teorier. När man tex väljer ut dem som har ansvaret för att föra ut budskapet – måste man vara noga att välja personer med inlevelseförmåga, människokärlek och trovärdighet hos lokalbefolkningen. Denna viktiga målsättning kan uppnås genom att träna befintlig primärvårdspersonal. Att ge dem nya färdigheter och kunskaper behöver inte inverka menligt på deras förtroende som medlemmar av lokalsamhället.

Spridningseffekter bör också uppmuntras. Ett gott exempel är skolbarnens roll när de tar hem meddelanden om hälsofrämjande aktiviteter till sina familjer likaväl som att de förmedlar det direkta hälsobudskapet.

Det yttersta målet är att låta interventionen som börjar från en yttre källa bli inlemmad i samhällets egna målsättningar. Fördelarna med denna process är att det är troligare att förändringarna stöds och underhålls om medlemmarna i samhället känner att de själva äger och är delaktiga i utvecklandet av interventionen.

Social marknadsföring

Teorierna för social marknadsföring är framför allt tillämpbara beträffande de praktiska frågorna om hur man ut-

formar och distribuerar utbildningsmaterial.

Fyra nyckelelement kan urskiljas – marknadsföringens "fyra P:n". Den rätta *produkten* uppbackad av rätt *promotion* och satt på rätt *plats* vid rätt tidpunkt och till rätt *pris*.

Med "produkten" avses att utforma lämpliga förpackningar som målgruppen finner attraktiva, tex hälsopaket för viktminskning eller tjänster för hjälp med rökstopp.

Med "promotion" (=att främja) avses att göra "produkten" välkänd, accepterad, ja till och med önskvärd genom annonsering, rekommendationer, publicitet etc.

Med "plats" avses att välja rätta distributionskanaler för att göra informationsmaterial allmänt tillgängliga (tex genom varuhus och apotek).

Med "pris" avses kostnaden i förhållande till fördelarna som köparen måste acceptera för att få produkten. Det kan gälla ekonomiska kostnader, kostnaden att hitta lämpliga tillfällen, kostnaden att behöva anstränga sig och psykologiska kostnader, vilka behöver vägas mot de möjliga belöningarna.

Marknadsföringsprocessen omfattar normalt ett antal nyckelsteg vilka är lika applicerbara på samhällsinriktade utbildningsprogram:

- marknadsanalys
- marknadsindelning
- marknadsstrategi (publik, budskap, kanal)
- förhandstestning
- processanalys
- resultatutvärdering

En samlad modell för hälsoarbete

Modern teori om förändring av hälso-relaterat beteende placerar individens beteende i sitt sociala sammanhang. Det fordrar en mycket annorlunda ansats än att bara sätta igång att sprida broschyrer och flygblad.

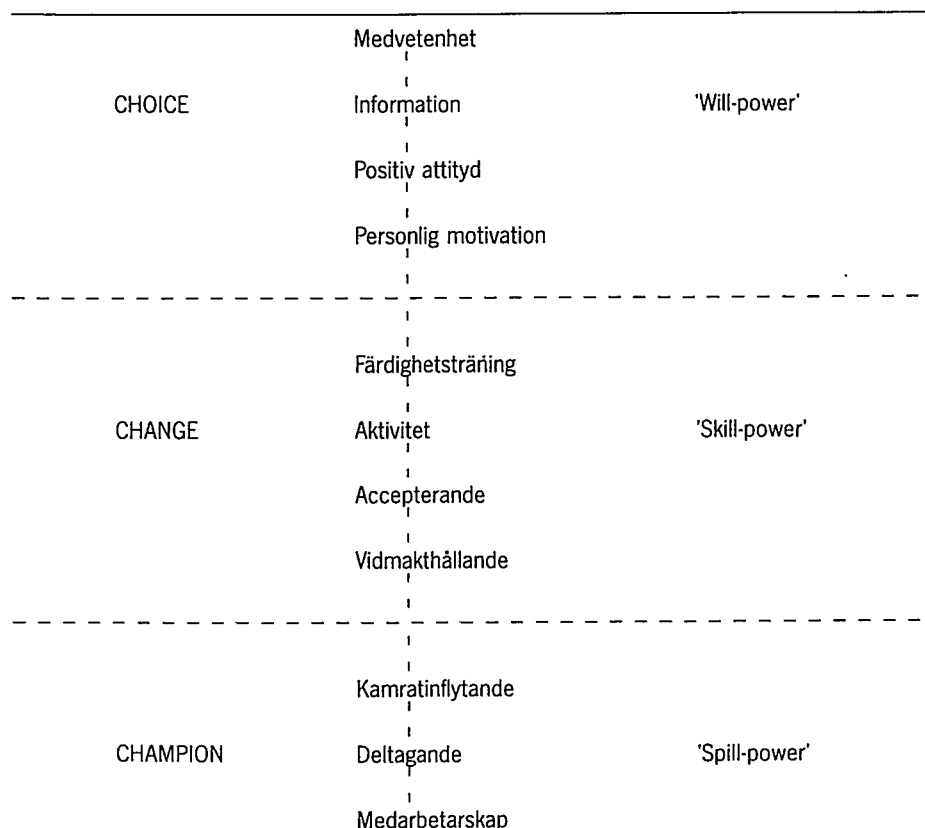
Figur 1 visar en enhetlig modell som utarbetats av projektledningen för Heart beat Wales och som sammanför de olika nyckelbegrepp som finns i de tidigare avsnitten.

För effektiv påverkan av livsstilen på samhällsnivå erfordras tre stadier. Den första handlar om en individs val av en viss livsstil – *viljan* till förändring ("the will"). Den andra handlar om själva den aktuella förändringen och hur den genomförs framgångsrikt – *förmågan* till förändring ("the skill"). Det sista stadiet handlar om hur individen själv blir aktiv representant för förändringen och blir medarbetare i hälsoarbetet på lokalplanet – *spridnings-effekten* ("the spill").

Modellen kallas "Choice-Change-Champion Process for Health Promotion". Det ska understrykas att det inte alltid är nödvändigt att följa stegen i exakt ordningsföljd men varje steg bidrar med ett eget unikt moment.

Först och främst måste *medvetenhet* om ett visst hälsoproblem skapas. Tex att hjärtsjukdomarna har uppnått epidemiska proportioner och att frekvensen inte sjunker som i andra länder. Detta kan föras ut genom personlig erfarenhet, massutbildning eller individuell utbildning.

Sedan behöver *information* förmed-



Figur 1. Choice-Change-Champion Process for Health Promotion

läs genom individuell- eller massutbildning. I detta exempel betyder det att lära sig att man kan minska sina risker för hjärtinfarkt genom att inte röka, äta en förnuftig kost, motionera på lämpligt sätt etc.

En *positiv attityd* måste därefter utvecklas, tex att rökfrihet är ett önskvärt beteende. Detta kan uppnås genom att stärka självförtroende, presentera en önskvärd social förändring, utnyttja opinionsledares inflytande i innovations-diffusions-processen och genom kamratpåverkan.

Personlig motivation erfordras sedan – tex för att sluta röka. Det finns en klar skillnad mellan att ha en positiv attityd, tex till icke-rökning, och att själv omfatta att "jag själv behöver och vill sluta röka". Effektiv motivation erfordrar att man sätter upp kortsiktiga belöningar och att nackdelarna minimeras, och mycket viktigt: att man får feedback.

Om aktiviteten ska bli framgångsrik fordras *färdighetsträning*. Möjliga blivande ex-rökare måste få veta hur de ska hantera rökbegär och en eventuell viktökning, hur man ska planera rökstoppet och vad man kan vänta sig. De behöver känna sig säkra på att de har alla möjligheter att lyckas. Känsla av självförverkligande kan byggas upp genom att ge ytterligare information men också genom erfarenhet – tex genom att möta fd rökare som fram-

gångsrikt slutat och låta dem berätta om sina erfarenheter.

Förhoppningsvis följer sedan *aktivitet* – men denna kan ofta utlösas av något speciellt – tex en plötslig höjning av cigarettpriserna, personlig sjukdom som tex en infektion i bröstet, en livsavgörande händelse som att bli gravid och rådgivande samtal från en lekman eller yrkesperson som man har förtroende för.

Därefter måste man uppnå *accepterande*. Många rökare fordrar specifikt och ospecifikt stöd från lekmän eller sjukvårdsarbetare i det korta perspektivet. Nicorette tuggummi och självhjälpsgrupper kan vara på sin plats för vissa rökare. Det finns även behov av en socio-ekonomisk och fysisk omgivning som är stödjande för icke-rökning – tex genom att öka de rökfria områdena på allmänna platser. Inom detta område finns det mycket att göra.

Som det sista steget i "change"-stadiet fordras att förändringen *vidmakthålles*. Mer än hälften av alla rökare som försöker sluta misslyckas vid första försöket – men ju fler försök de gör desto större är sannolikheten för att de ska lyckas. Positiva förstärkningar för att vidmakthålla förändringen kan arrangeras – tex genom att trycka på de sociala, interpersonella och ekonomiska belöningarna, genom att demonstrera de fysiska och symboliska

vinster, och att framhäva känslan av att ha lyckats.

Tidigare har utbildningsprogram inte gått längre än hit – men av skäl som redan framförts bör de som har lyckats ändra sin livsstil uppmuntras att gå vidare från mottagare till givare, från publik till aktör.

Först och främst kan de utöva *kamratinflytande* genom att acceptera rollen som en ny opinionsledare. Nästa steg blir sedan att vara *deltagare*. Före detta rökare kan tex ge feedback till dem som planerar rökprogram, de kan ge formellt eller informellt socialt stöd till andra möjliga blivande ex-rökare. De kan också utöva påtryckningar för förbättringar i omgivningen för den icke-rökande majoriteten.

Det sista steget utgörs av när man utvecklar ett *medarbetarskap* genom vilket lekmän i samhället blir delägare i de hälsofrämjande initiativen och avgör den framtida inriktningen på programmen, vare sig de är mot rökning eller inom andra områden.

Författarpresentation:

Birger Gran är distriktsläkare vid samhällsmedicinska enheten

Postadress: Köpmangatan 36 B, 951 32 Luleå

KAROLINSKA INSTITUTET INSTITUTET FÖR MILJÖMEDICIN

Utbildningsprogram Hösten 1989

**Miljömedicin
för handläggare** 3-5 oktober
Kursledare: Åke Ringnér

**Kvicksilver
amalgam/hälsorisker** 10 oktober
Kursledare: Lars Friberg

**Nya smittskyddslagen
- miljömedicinska
konsekvenser** 12 oktober
Kursledare: Lasse Tideström

**Hygien och miljö inom
barnomsorgen** 24-26 oktober
Kursledare: Agneta Lindsjö

**Riskbedömning inom
miljömedicinen** 21 november
Kursledare: Lars Friberg

**Sunda hus och dess
föresattningar** 27-29 november
Kursledare: Jan Sundell

Välkommen med anmälan!

På uppdrag av Socialstyrelsen och i samarbete med Svenska Läkaresällskapet ges följande efterutbildningskurser för läkare.

Miljömedicin för läkare 16-20 oktober
Kursledare: Peter Wiklund, fysiologiska inst, KI

Miljömedicin för läkare 6-10 november
Kursledare: Lars Gustavsson, fysiologiska inst, KI

**Epidemiologisk teori
och metodik** 13-17 november
Kursledare från epidemiologiska enheten, IMM

Institutet för miljömedicin

Institutet för miljömedicin (IMM) vid Karolinska institutet har till uppgift att inom den fysikaliska och kemiska miljömedicinen samt det allmänna hälso-skyddet bedriva forskning samt undersöknings-, utrednings- och utbildnings-verksamhet.

Målgrupp

IMM:s utbildningsprogram är avsett för personer verksamma inom primär- och företagshälsövården, hälso-skyddets olika nivåer samt närliggande områden. Kurserna hålls på Karolinska institutet, Solna/Stockholm.

Avgift

Kursavgift: 1.500,- per deltagare och dag. Inkluderar kaffe och visst kurs-material.

Anmälan

Anmälan är bindande och bör ske senast 10 dagar innan avsedd kursdag. Kostnaden betalas in före kursstart. Deltagarantalet är begränsat.

Mer information

Ytterligare upplysningar lämnas av undervisningssektionen, IMM, Box 60208, 104 01 Stockholm, tel: 08-23 69 00 eller direkt 08-34 69 30.

OBS! IMM ändrar telefonnummer den 11 september till 08-728 64 00.



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 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, 134 00 Gustavsberg tel 0766/385 00.

Fråga:

Vilket NSAID-preparat rekommenderas mot menstruationsvärk med tanke på biverkningsbild, effekt, dosering, pris etc?

Svar:

God effekt mot dysmenorré har visats för en rad icke-steroida antiinflammatoriska preparat (NSAID). I Sverige är preparat med naproxen, ibuprofen, ketoprofen och diklofenak registrerade för behandling av menstruationssmärta, men effekt har även visats för bland annat indometacin.

NSAID har effekt inte bara på smärtan utan även på det intrauterina trycket, den totala blödningsmängden och allmänsymptom vid menstruationerna. Biverkningarna av NSAID-preparat vid menstruationssmärta är de samma som vid behandling på andra indikationer. Dyspepsi, yrsel och trötthet är de vanligaste förekommande biverkningarna.

Vissa kvinnor som inte har nytta av ett speciellt NSAID-preparat kan ibland svara bra på behandling med ett annat preparat. En mindre grupp kvinnor har mycket liten eller ingen nytta alls av NSAID-preparat mot menstruationssmärta.

Vilket preparat man väljer spelar alltså kliniskt ingen stor roll varför priset här kan få en avgörande roll för val av läkemedel.

Fråga:

En 43-årig kvinna med bihåleinflammation fick Calciopentabletter 0,8 g 2x2 samt Iliadin näsdroppar i endosförpackning. Efter en enda dos av Calciopen och Iliadin upplevde hon smärta och svullnad bakom näsan. Dessutom flush. Hon tydde detta som en allergisk reaktion och sökte på akutmottagningen. Efter cirka 10 minuter hade symptomen helt gått över. Patienten fick trots detta kortison. Hon hade ingen hudreaktion eller andningspåverkan. Efter någon vecka gjordes en bestämning av RAST på penicillin, som då var mindre än 2 och IgE 15. Kan Iliadin ge denna typ av besvär?

Svar:

Iliadin och Nezeril innehåller som aktiv substans oxymetazolin. Iliadin engångsdos innehåller inget konserveringsmedel. I Martin-ales "The extra pharmacopoeia" anges att oxymetazolin kan orsaka lokal smärta eller brinnande känsla samt torrhet i mun och svalg.

I Socialstyrelsens biverkningsregister återfinns för oxymetazolin ett fall med allergisk reaktion där sambandet med medicineringen bedömts som troligt. Det finns vidare ett fall med Quinckes' ödem ett fall med urtikaria, tre fall med exantern, ett fall med klåda som samtliga bedömts ha ett troligt samband med medicinering med oxymetazolin.

Beskrivningen av fallet med smärta och svullnad bakom näsan låter dock som en kraftig lokal reaktion orsakad av oxymetazolin. Negativ RAST för pc utesluter inte en penicillinreaktion.

Fråga:

Gingival hyperplasi är en välkänd biverkan av fenytoinbehandling. Kan även andra läkemedel ge upphov till denna biverkan?

Svar:

I en aktuell översiktsartikel över läkemedelsinducerad gingival hyperplasi diskuteras fenytoin, ciklosporin och nifedipin. Fenytoininducerad gingival hyperplasi har varit känd ända sedan 1939. Hyperplasin uppträder oftast 2–3 månader efter påbörjad behandling. Symptomen brukar vara som svårast efter 1–1,5 års behandling med fenytoin. Denna biverkan är vanlig och beräknas förekomma med en incidens på cirka 40–50% och ses oftare hos unga patienter än hos äldre. Man har diskuterat om hyperplasin skulle vara dosberoende men detta har inte entydligt kunnat visas. Noggrann munhygien anses i viss mån kunna hämma utvecklingen av gingival hyperplasi.

Ciklosporininducerad gingival hyperplasi inträffar med en incidens av cirka 25% och är vanligare hos kvinnor än hos män. Mekanismen bakom hyperplasin är oklar.

Kalciumantagonisten nifedipin (ex Adalat®) kan också ge upphov till gingival hyperplasi. Incidensen av denna hyperplasi vid nifedipinbehandling är oklar. Nifedipin anges kraftigt öka risken för ciklosporinbehandlade patienter att utveckla gingival hyperplasi. Även andra kalciumantagonister kan ge upphov till gingival hyperplasi. Det finns beskrivet fall som anses ha samband med dels felodipinbehandling (ex Plendil®) dels diltiazem (ex Cardizem®). Däremot finns inga rapporter om gingival hyperplasi i samband med behandling med verapamil (ex Isoptin®). För övrigt finns enstaka rapporter om gingival hyperplasi under primidonbehandling (Mylepsin®) respektive valproat (Ergenyl®), men orsakssambanden är i dessa fall oklara.

Fråga:

Det gäller en deprimerad man som svarat bra på behandling med tablett Tymelyt® (lofepramin). Patienten har nu tyvärr fått impotensproblem, som debuterat i samband med den antidepressiva behandlingen. Hans libido är normal men han har dålig erektionsförmåga.

Är oförmåga till erektion en känd biverkan för alla antidepressiva farmaka? Vad finns det för alternativ?

Svar:

Oförmåga till erektion har rapporterats för de flesta antidepressiva farmaka i den tricykliska gruppen. Denna biverkan har också rapporterats för monoaminooxidashämmare. Oförmåga till erektion anses i första hand kopplad till de antidepressiva läkemedels antikolinerga effekt.

I de flesta översiktsartiklar som LIC gått igenom föreslås att man vid erektionsoförmåga i första hand byter till en antidepressiv substans med lägre antikolinerg effekt. Olika studier har visat att amitriptylin och nortriptylin har hög antikolinerg effekt medan lofepramin anses ha lägre. Inverkan på centrala hormonella reglerande mekanismer kan inte uteslutas som orsak till denna biverkan, inte heller vasokonstriktion orsakad av ökade noradrenalinhalter. Ett behandlingsalternativ som skulle kunna övervägas är zimeldin som har en mycket ringa antikolinerg effekt och kan erhållas på licens.

Fråga:

En åldrig kvinna med grav hjärtinsufficiens har behandlats med furosemid och spironolakton. Patienten har under det senaste halvåret utvecklat hyperpigmentering över hela kroppen. Laboratoriemässigt uppvisar hon tecken på ökad cortisolproduktion.

Kan spironolakton påverka cortisolproduktionen så att hyperpigmentering uppstår?

Svar:

Det är ovanligt med hudbiverkningar vid behandling med spironolakton. Det finns enstaka rapporter om rash och lichen planus-liknande förändringar.

Det är väl dokumenterat att behandling med spironolakton kan ge endokrina biverkningar såsom gynekomasti hos män och oregelbundna menstruationer hos kvinnor. Man har observerat effekter på steroidsyntesen i vissa studier där människor under experimentella förhållanden givits spironolakton. Stora doser av spironolakton hos barn kan minska testosteronproduktionen med sänkta plasmanivåer som följd. Hos vuxna har inga säkra förändringar av plasmanivåerna av testosteron, östradiol eller cortisol noterats.

Efter omfattande litteraturgenomgång har LIC inte återfunnit några observationer om att spironolakton i aktuella doser skulle ge förändrade steroidnivåer i plasma.

Fråga:

Vilken dokumentation finns för den muskelrelaxerande effekten av Lobac (paracetamol, klormezanone) och Paraflex comp (acetylsalicylsyra, klorzoxazon)?

Svar:

Den dokumentation som finns för dessa preparat är gammal och fyller inte moderna krav. Studier försvåras av att lumbago med muskelspasm är en tämligen snabbt spontanläkande åkomma.

Vid förfrågan hos de båda läkemedelsföretagen om dokumentation översänds från den ene två artiklar men från den andre ingen dokumentation alls.

Vid vår egen litteratursökning vid LIC har vi funnit en tidigare studie som visat en signifikant bättre muskelrelaxerande effekt av klorzoxazon jämfört med placebo. I studien var dock dosen klorzoxazon 750 mg×4 vilket skall jämföras med den i FASS rekommenderade dosen 125–250 mg×3–4.

Beträffande klormezanone återfinns en dubbel blind undersökning som är placebokontrollerad. I studien gavs klormezanone 200 mg×3 vilket motsvarar max dosering av Lobac. I studien var skillnaden mellan placebo och klormezanone inte statistiskt säkerställd.

Sammanfattningsvis gäller att det saknas formell dokumentation om den muskelrelaxerande effekten av tablett Lobac och tablett Paraflex comp i rekommenderad dosering.

Egenvårdsläkemedel

ANDERS WESSLING

Egenvården spelar en viktig roll inom den totala hälso- och sjukvården. Merparten av alla hälsoproblem är sådana, som behandlas utan hjälp från den professionella vården. I likhet med vad som är fallet inom den professionella vården spelar läkemedelsbehandling en viktig roll i egenvården.

Försäljningen av egenvårdsläkemedel uppgick 1987 till över 600 miljoner kronor och antalet förpackningar var 37 miljoner. Detta kan jämföras med försäljningen av läkemedel mot recept som uppgick till över 5 000 miljoner kronor och antalet förpackningar var 48 miljoner.

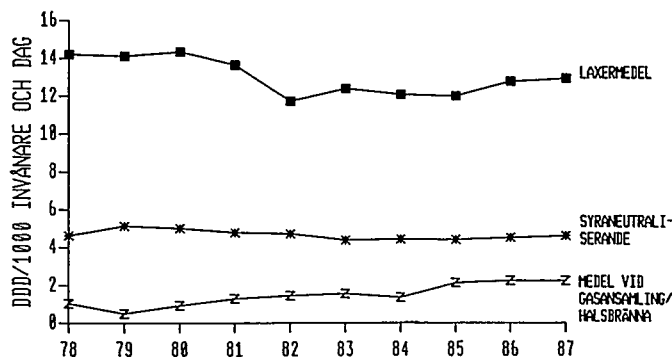
I det följande redovisas utvecklingen under åren 1978–1987 för de viktigaste grupperna av egenvårdsläkemedel. Försäljningen är mestadels redovisad i DDD (definierade dygnsdoser)/1 000 invånare och dag. Inom framförallt gruppen hudmedel finns inga DDD fastställda och i sådana fall redovisas försäljningen som antal förpackningar.

Försäljningen av syraneutraliserande medel har under perioden legat kring 4,5 DDD/1 000 inv och dag. Utvecklingen av försäljningen av syraneutraliserande medel för egenvård står i kontrast till receptförsäljningen, som minskat med över 50 procent. Receptförsäljningen har minskat till följd av att man i ökad grad i stället använder sig av de nya syrasekretionshämmande medlen mot magsår.

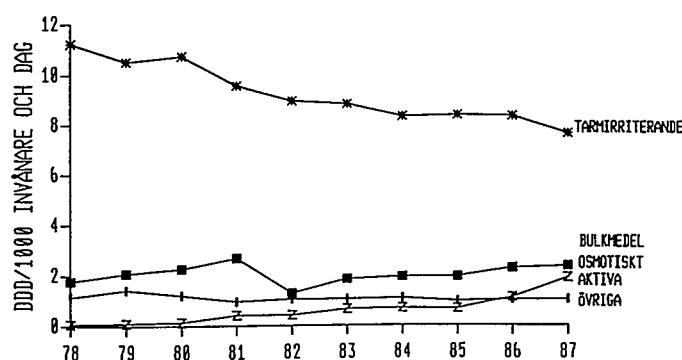
Försäljningen av medel mot gasansamling i mage och tarm uppgick till 1 DDD/1 000 inv och dag 1978 då det fanns ett preparat inregistrerat. Senare har ytterligare preparat med likartad sammansättning registrerats och introducerats på egenvårdsmarknaden och försäljningen har ökat med mer än hälften.

Den totala egenvårdsförsäljningen av laxermedel har under perioden 1978–1987 förändrats måttligt. Den minskade fram till 1985 från 14 till 12 DDD/1 000 inv och dag, men har sedan ökat och uppgick 1987 till 13 DDD/1 000 inv och dag. Försäljningen har ändrats mer med avseende på sin sammansättning. Tarmirriterande medel minskade sin andel från ca 80 till 60 procent medan osmotiskt aktiva medel – laktulospreparat – ökade sin andel från 1 till ca 15 procent. För bulkmedel och övriga medel har andelarna under perioden legat kring 15 respektive 8 procent.

MAGMEDEL
FÖRSÄLJNING FÖR EGENVÅRD 1978–1987



LAXERMEDEL
FÖRSÄLJNING FÖR EGENVÅRD 1978–1987



Försäljningen av medel mot hemorrojder har under den senaste 10-årsperioden legat stabilt kring 350 tusen förpackningar. Försäljningen av medel mot maskinfektioner har fördubblats och uppgick 1987 till 120 tusen förpackningar.



Försäljningen av vitaminer är den med avseende på DDD/1 000 inv och dag största egenvårdsgruppen; 143 DDD/1 000 inv och dag 1987. Vitamin-C-preparat svarar för drygt halva försäljningen. DDD för vitamin C är fastställd med avseende på det intag, som är nödvändigt för att undvika bristtillstånd. Vitamin C har emellertid en omfattande användning i behandling och prevention av förkylning, då doseringen kan vara tiofalt större eller mer i jämförelse med den fastställda dygnsdosen. Försäljningen av vitamin C har varierat påtagligt mellan åren utan att visa någon trendmässig förändring.

Även försäljningen av multivitamin har varierat mellan åren. Sedan 1985 har försäljningen minskat kraftigt och 1987 uppgick den till 27 DDD/1 000 inv och dag. Likaså har försäljningen av A-D-vitaminer minskat under de senaste åren, medan försäljningen av vitamin-B komplex och kombinationer minskat kontinuerligt sedan 1979.

Egenvårdsförsäljningen av preparat innehållande järn har varierat påtagligt mellan åren men kring en oförändrad nivå, 2,5 DDD/1 000 inv och dag. Den visar därmed en helt annan utveckling än receptförsäljningen, som under perioden minskat med två tredjedelar.

Analgetikaförsäljningen har ökat något och uppgick 1987 till 33 DDD/1 000 inv och dag. Förändringarna inom gruppen är betydande. Försäljningen av preparat innehållande enbart acetylsalicylsyra och acetylsalicylsyra i kombination med kodein har minskat medan den ökat för kombinationen acetylsalicylsyra och koffein. Försäljningen av paracetamol har mer än tredubblats sedan 1978.

Försäljningen av hostmedel har minskat med en tredjedel mellan 1978 och 1987 och uppgick det senaste året till 5 DDD/1 000 inv och dag. Utvecklingen för olika typer av preparat skiljer sig kraftigt. Försäljningen för slemlösningsmedel har varit vikande med undantag av gruppen medel innehållande bromhexin. Försäljningen av hosthämmande medel, dvs preparat med noskapi som den verksamma beståndsdel, ökade till och med 1983 och har sedan minskat något.

Näsdroppar blev tillgängliga som egenvårdsmedel 1981. Försäljningen, som då uppgick till 1 DDD/1 000 inv och dag, har sedan dess tredubblats. Receptförsäljningen har sedan 1981 minskat varför den totala försäljningen av näsdroppar var densamma 1981 och 1987.

Försäljningen av dermatologiska medel har undergått påtagliga förändringar, framför allt som ett resultat av att tidigare receptbelagda läkemedel blivit tillgängliga som egenvårdsläkemedel.

Försäljningen av medel mot hudsvamp har i stort tredubblats sedan 1978. Då tillgängliga egenvårdspreparat har till största delen ersatts av preparat innehållande imidazolderivat, vilka blev receptfria 1983. Försäljningen 1987 uppgick till 260 tusen förpackningar.

Hydrokortisonsalvor blev tillgängliga utan recept från och med fjärde kvartalet 1983 då 140 tusen förpackningar såldes. Det har härefter skett en betydande ökning i försäljningen mellan åren och under 1987 såldes 600 tusen förpackningar. Under året blev ett preparat innehållande lidokain tillgängligt som egenvårdsmedel och såldes i 160 tusen förpackningar.

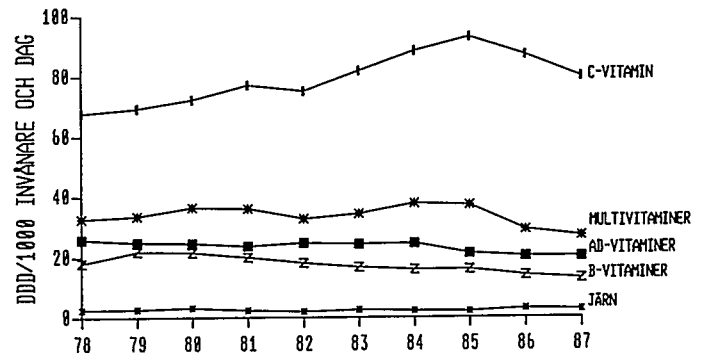
Försäljningen av medel mot ektoparasiter och skabb har minskat något och uppgick 1987 till 90 tusen förpackningar. Sammansättningen av försäljningen har förändrats kraftigt. Inledningsvis dominerade preparat med DDT som en aktiv beståndsdel. Försäljningen av dem har upphört och 1987 svarade preparat med pyretriner som aktiv beståndsdel för huvudparten av försäljningen.

Försäljningen av medel vid akne var vikande och av liten omfattning fram till dess att medel innehållande bensoylperoxid registrerades 1981. Medlen hade tidigare tillhandahållits som fri handelsvara. Försäljningen uppgick 1982–1986 till över 400 tusen förpackningar, men 1987 något under.

Försäljningen av medicinska schampon har minskat kraftigt. Den uppgick till omkring 440 tusen förpackningar 1979 och 280 tusen förpackningar 1987.

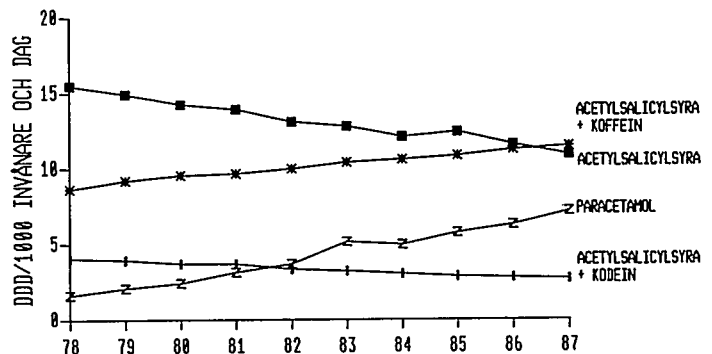
VITAMINER OCH JÄRN

FÖRSÄLJNING FÖR EGENVÅRD 1978-1987



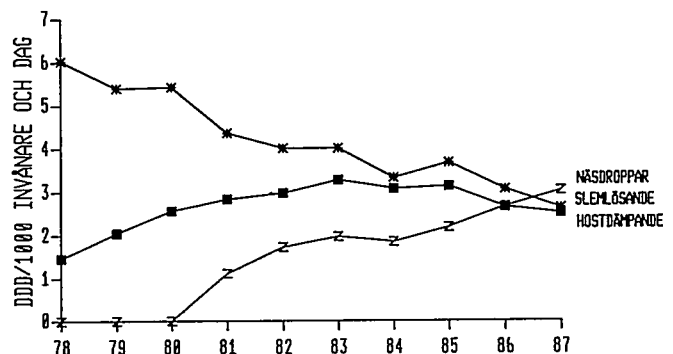
SMÄRTSTILLANDE OCH FEBERNEDSÄTTANDE MEDEL N02B

FÖRSÄLJNING FÖR EGENVÅRD 1978-1987



MEDEL VID SNUVA OCH HOSTA

FÖRSÄLJNING FÖR EGENVÅRD 1978-1987





Kundernas behov styr apotekens information om egenvård

MONICA RIBOHN, Apoteksbolaget

Apotekens information i samband med egenvård styrs av apotekskundernas behov inom området. Allmänheten har i olika undersökningar tillfrågats om hur de vill ha sin egenvårdsinformation, vad de vill veta om sina egenvårdsläkemedel, vilken information som saknas osv.

Apoteken vet via dessa undersökningar att hos drygt hälften av allmänheten finns ett stort intresse för läkemedelsfrågor. Behovet av information tillgodoses på olika sätt. Den vanligaste informationskällan är massmedia. Den kommer i topp när man frågat

"Från vem eller vilka får du information om egenvård?" (Gfk Marknadsforskning AB 1985)

Massmedia	52%
Bekanta eller släktingar	44%
Läkare	27%
Apoteksbrochyrer och tidningen Apoteket	13%
Sjuksköterskor	12%
Apotekspersonal	10%

Att massmedia även ökar i omfattning som informationskälla ser man när man jämför med siffror från en motsvarande undersökning från 1980.

Litar allmänheten på massmedia som informationskälla? Det verkar vara dåligt med det. Frågan som ställdes till allmänheten var "Hur tillförlitlig anser du dessa informationskällor vara?" Den besvarades inte med massmedia i topp. Snarare såg tabellen ut att vara en omvänd version av tidigare tabell. (Tillförlitlighet i fallande skala)

Läkare
Sjuksköterskor
Apotekspersonal
FASS, Patient FASS
Apoteksbrochyrer/tidningen Apoteket
Myndigheter
Förpackningstexter
TV/Radio
Läkarspalter
Diskussioner med bekanta
Hälsokostpersonal
Dagstidningar
Annonser
Veckotidningar

I samma undersökning ställdes frågan om man haft någon egenvårdsåkomma under det gångna året, och om man haft det, vad man gjort för att behandla sig. Svaren blev mycket olika beroende på åkommans karaktär.

Allt fler gör ingenting

Var problemet huvudvärk, köpte majoriteten (63%), receptfria läkemedel. Mycket få använde hälsokost eller huskur. De läkemedel man använder inom analgetikaområdet har dock förändrats under senare år (se separat artikel om egenvårdsläkemedel). Effekten av frisläppandet av ibuprofen 1988 studeras nu med tanke på förändringar inom området. Socialstyrelsens förhoppning var ju vid frisläppandet av Nurofen och Ipren att en del av analgetikaförbrukningen inom egenvården skulle styras över till det mindre toxiska ibuprofen.

Vid hosta använde 71% någon huskur eller ingenting. Vid snuva gjorde en majoritet (60%) ingenting, utan avvaktade att problemet skulle gå över av sig själv. Endast en fjärdedel av de tillfrågade köpte 1985 receptfria näsdroppar trots att dessa varit fria sedan 1981. Kanske är det lättare att stå ut med snuva utan behandling, än med huvudvärk. Området kommer att följas med intresse efter april 1989 då även sprayerna blev fria. Kanske förändras siffrorna.

Vid eksem var det vanligast att man vände sig till en läkare (40%), däremot skötte man torr hud själv genom att köpa receptfria produkter (63%).

Vid förstoppning tog 31% till en huskur som t ex katrinplommon, medan 55% väntade att problemet skulle lösas av sig självt. Återigen kan vi jämföra med undersökningen 1980, och ser då att det behandlingsalternativ som ökat mest är, att inte göra någonting (gäller inte åkommor i magen). Beror det på verkninglösa läkemedel? Har man gjort försök med läkemedel och inte blivit nöjd? Eller känner man inte till att det finns bra receptfria läkemedel, t ex näsdroppar på apoteken, trots att alla landsting har rekommendationer inom området och även egenvårdshäften som för ut den informationen.

Vad vill man veta?

Vilken information vill man då ha om man har gått till apoteket för att få hjälp vid lindriga åkommor. Vad vill man veta om huvudvärk, gasbildning, hemorrojder, hosta osv.

En SIFO-rapport från 1986 visar att information om biverkningar ligger i topp, följt av information om vad man kan göra själv för att inte få tillbaka besvären. Detta är information som man försöker föra ut från apotekens sida dels muntligt dels i skriftlig form i egenvårdsböcker och broschyrserien "Viktigt att veta om ...". Den sistnämnda serien innehåller broschyrer om, acetylsalicylsyra, paracetamol, ibuprofen, oxy- och xylometazolin samt loperamid.

Litar man på råden från apoteken, eller tror man att apoteken säger en sak och vården för övrigt något annat? Hälften av de tillfrågade tror att samstämmigheten är god mellan vård och apotek.

Hur kommer apoteken att i framtiden påverkas av sina kunder inom egenvårdsområdet? Genom attitydmätningar (SIFO 1986), vet vi att allt fler människor intresserar sig för sin hälsa och också tar ett allt större ansvar för hur de mår. Man kan även se en tendens till ökad betoning på det individuella. Allmänheten får dessutom successivt allt fler potenta receptfria läkemedel för egenvårdsåkommor. Sedan hösten 1988 har både ibuprofen, oxy- och xylometazolin i nässpray och loperamid blivit receptfria. Kanske fler receptbelagda läkemedel kan bli fria i en framtid, för att underlätta för allmänheten att behandla egenvårdsåkommor, och frigöra resurser i vården för att ta hand om mer krävande problem. Detta kommer att ställa ökade krav på apotekens informationsgivning och de råd som där ges.

Stor satsning på handledning under specialistutbildningen i allmänmedicin på Irland och i England

STEN LARSSON · YLVA JOHANSSON

Under hösten 1988 gjorde vi var sin studieresa till Dublin respektive Oxford och Manchester för att bland annat studera specialistutbildning (vocational training) till GP på Irland och i England. Vi fann att synen på handledning och hur handledning kan genomföras i general practice var likartad i de bägge länderna. Vi blev imponerade av hur mycket tid och engagemang som avsattes för handledning och hur hög status handledarna hade.

Nyckelord: Allmänmedicin, medical education, England, Irland

Utbildning till GP

I England är det mycket populärt att bli GP. "General practice" är en egen specialitet som drar till sig de bästa studenterna. I varje region med ett befolkningsunderlag på 2,5 miljoner invånare utbildas i England varje år 120 GP.

På Irland med en befolkning på 3,5 miljoner invånare utbildas det inom ramen för utbildningsprogrammet 25 GP. I bägge länderna utbildar sig många läkare till GP utanför det statligt understödda utbildningsprogrammet eftersom endast en mindre andel av de sökande blir antagna och arbetsmarknaden för GP är god. Det tar dock betydligt längre tid att bli GP om man inte får utbildningen inom ramen för ett utbildningsprogram.

Det typiska utbildningsprogrammet är tjänstgöring som underläkare under tre år. De första två årens utbildning sker på sjukhus. Ett helt års tjänstgöring skall i England genomföras inom pediatrik och gynekologi och på Irland inom pediatrik eller internmedicin. I England ingår också tjänstgöring inom valfritt internmedicin, långvård, psykiatri, öron eller ögon i resterande delen av det sjukhusanknutna tjänstgöringsprogrammet. På Irland ingår i det andra sjukhusåret tre månaders tjänstgöring inom någon av specialiteterna pediatrik, internmedicin, långvård, psykiatri eller gynekologi beroende på vilken specialitet man valt till "helårstjänstgöring".

Det tredje och sista utbildningsåret

gör man på en godkänd "practice" under handledning av en särskilt utbildningsintresserad GP.

Målsättning med utbildningen

The Royal College of General Practitioners respektive the Irish College of General Practitioners har fastställt målsättningen med utbildningen i respektive utbildningsprogram. För varje deltjänstgöring både på sjukhus och i "general practice" finns en detaljerad målbeskrivning. Vid tjänstgöringen i "general practice" kan man nästan tala om en målstyrd utbildning. Målbeskrivningen användes aktivt av både handledare och elever såväl under tjänstgöringsperioden som vid utvärdering av tjänstgöringen.

Man eftersträvar i bägge länderna att få en större målstyrning av sjukhus-tjänstgöringen. På Irland kunde en klinik uteslutas ur programmet om den inte gjorde det möjligt för de blivande allmänläkarna att uppnå målen med tjänstgöringen.

Organisation av utbildningsprogrammen

På Irland är det en "course director" som har ansvaret för hela programmet. Han eller hon avrapporterar till en styrelse "steering committee". Såväl course director som medlemmar i "steering committee" arbetar aktivt med kontakter med både kliniker och handledare vid utbildningspraktiker. En viktig uppgift för course director är att utvärdera och ge tillstånd för en klinik eller handledare att ta emot nya elever. Tillståndet omprövas för varje ny elev! Denna aktiva utvärdering är säkert en förklaring till att målbeskrivning och tjänstgöringsprogram verkligen kommer till användning och är viktiga dokument.

I England finns "regional committees" med "regional advisers" som har övergripande ansvar för specialistutbildningen. I distrikten (befolkningsunderlag 250 000 invånare) leds utbildningen av tolv elever (trainees) i "practice" av en eller två "course organizers". Dessa kan direkt jämföras med svenska studierektorer och har ett övergripande ansvar för att handledningen fungerar. Studierektorn har gruppleddarutbildning, och ansvarar för innehållet i underläkarnas studie-dag som inträffar en gång per vecka

eller en gång var 14:e dag. I jobbet ingår också att organisera handledarträffar och utvärdera utbildningen.

Studierektorn intervjuar och bedömer såväl sökande till utbildningen som GP vilka önskar bli handledare. Han eller hon är borta från sin egen practice två halvdagar i veckan och arvoderas för detta av staten. Det anses mycket meriterande att vara studierektor men arbetsbördan är stor.

Stora krav på handledaren

I bägge länderna måste en utbildningspraktik vara godkänd enligt en viss minimistandard både vad gäller utrustning och verksamhet. Den GP som vill bli handledare skall ha specialistexamen och ha arbetat minst tre år som allmänläkare. En handledare skall även ha erkänd klinisk kompetens, kurs i konsultation, fortlöpande kurs i handledning, sköta sin egen utbildning, kunna undervisa regelbundet och träffa andra handledare. Handledaren skall också vara villig att hjälpa studierektorn med utbildningsdagarna. I bägge länderna är alla GP privatläkare, även handledarna.

Incitamentet att handleda är förutom den status det innebär att handledaren får avlastning vid sin praktik. I England arvoderas handledaren med trettio till fyrtio tusen kronor per år medan en irländsk handledare endast får tillgång till underläkarens arbetskraft.

Handledning i practice

Under året på practice får underläkarna individuell ett-till-ett handledning två timmar, en till två gånger i veckan. Handledningen sker inte sällan i handledarens hem på morgonen.

Handledaren skall tillsammans med underläkaren identifiera underläkarens "agenda". Det vill säga att man tillsammans gör upp en individuell studieplan mot bakgrund av underläkarens starka och svaga sidor.

I England ingår det i den individuella handledningen att underläkaren och handledaren spelar in konsultationer på video som de sedan granskar tillsammans. På Irland används också videotekniken, då oftare som instrument i utbildningen vid "the release course".

På engelska finns ett flertal böcker i allmänläkares konsultationsteknik

Som ofta kommer till användning som underlag i den individuella handledningen. Man utgår naturligtvis i stor utsträckning från fall, som ju ofta är gemensamma fall.

Kurser under specialistutbildningen

Externa kurser motsvarande våra NLV-kurser är av mindre betydelse i utbildningsprogrammen.

Den formaliserade utbildningen "the release course" är i bägge länderna en regelbundet återkommande studiedag i veckan för elever i practice. På Irland och snart också i England, får även underläkarna under sjukhus-tjänstgöring deltaga i denna kurs. Målsättningen med kursen är att utveckla kunskaper, färdigheter och attityder viktiga för allmänläkaren. Utbildningen sker i små grupper om högst tolv deltagare med studierektorn som handledare.

Utbildningen är i hög grad styrd av deltagarnas behov. Gruppdeltagarna förbereder själva olika teman som är specifika för general practice. Man betonar mer betydelsen av grupparbetet och använder i mindre utsträckning föreläsare. Videoteknik anges som ett suveränt hjälpmedel att lära ut konsultationsteknik. Underläkarna har närvarotvång och är skyldiga att själva aktivt deltaga i kursens utformning. En fortlöpande utvärdering av gruppens arbete sker i återkommande samråd mellan gruppdeltagarna, studierektor, andra handledare och de specialister som är delaktiga i utbildningen.

Om Du vill veta mer

Det finns en rapport om den engelska utbildningen som kan rekvideras från utvecklingsenheten för primärvård, vårdcentralen, Norrmalmsgatan 2, 852 33 Sundsvall.

Författarpresentation

*Sten Larsson** är distriktsöverläkare, chef för utvecklingsenheten för primärvård, västra sjukvårdsområdet i Stockholm samt medlem av Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp för allmänmedicin.

Ylva Johansson är distriktsläkare, vårdcentralschef och studierektor i Medelpad samt medlem i Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp för allmänmedicin.

* Postadress: Kvartersakuten, Södra Brunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

BANTNINGSMETODER

LB06411

En dubbelverkande avmagringsmetod

BIRGER HERNER

Övernäring och onödig fetma är ett stort problem i välfärdsländerna (1, 2). Ur folkhälso-synpunkt är kamp mot korpu-lens lika angelägen som anti-rökkampanj och nykterhetspro-paganda och gehör har knap-past varit lättare att vinna. Alla försök med meningsfulla, oskadliga avmagringsmetoder är sålunda välkomna inom detta ofta otacksamma, men viktiga behandlingsområde, där insikten oftast finns, men den goda viljan är tveklöven. Frivil-lig målmedveten avmagring kräver nämligen försakelse, men ger i utbyte stora fördelar på lång sikt. Uppoffringens kval är kortvarigt fast återkom-mande, medan vinsten ger be-stående tillfredsställelse.

Nyckelord: Viktminskning, kostva-nor, värmereduktion

Den metod, som skall diskuteras här, innebär en *måttfull kostreglering* med dagligt återkommande kroppsvikt-kontroll samt en *lätt reduktion av om-givningsvärmen* för att dirigera mer förbränningsenergi i organismen till att upprätthålla kroppstemperaturen. Metoden är lättarrangerad, ofarlig, billig och helt tolerabel efter några da-gars tillvänjning och är särskilt lämplig för äldre personer, som på grund av ålder eller åkomor är förhindrade att komplettera kostinskränkningen med verksam motion.

Kostreglering är kardinalpunkten, där hänsyn framför allt skall tas till kvantiteten. Man får gå lite hungrig från bordet och slopa småätande mel-lan tre huvudmål och ett par lätta mel-lanmål. Någon särskild diet behövs ej utan vanlig, allsidig husmanskost är bäst med reduktion av smörgåsfett och direkt feta rätter och pålägg. Man måste ha klart för sig att fett innehåller dubbelt så många kalorier pr vikt-enhet som både kolhydrater och ägg-viteämnen. Personvågen skall styra en långsam, säker viktminskning och ge klartecken till att den kostreduktion, man gått in för är väl avvägd. Det är på denna *dagliga kontroll* ett positivt resultat hänger. Sedan man uppnått den målsatta viktminskningen kan

man under fortlöpande viktkontroll lätta på kostrestriktionerna efter vad vågens utslag tillåter. Vågen är i detta sammanhang – samvetet.

Reduktion av omgivningsvärmen är ett underlättande komplement, som innebär att man klär sig lite tunnare än tidigare och sänker rumstemperaturen ett par grader. Efter några dagars in-ställning generas man inte av någon obehaglig köldkänsla.

Eftersom de varmblodiga djurens livsprocesser kräver en fixerad kroppstemperatur måste ämnesom-sättningen prioritera den värmepro-duktion, som är nödvändig därtill. Om inte tillräcklig energi tillförs utifrån genom födointag får deponerade re-server dvs hull tillgripas. Detta inne-bär avmagring. Detta är resonemang-et bakom avkylningens betydelse som ett billigt och skonsamt adjuvans till kostreglering vid korpu-lensbehand-ling.

Värmebildningen vid födoämnenas förbränning har två skilda huvudvä-gar: *den obligatoriska och den fakulta-tiva termogenesen*. Den obligatoriska sker i kroppens alla vävnader och sammanhänger med det nödvändiga energikravet för organismens normala ämnesomsättningsprocesser. Den fa-kultativa uppfattas som en säker-hetsventil mot icke ändamålsenlig de-ponering av energireserver dvs skadlig och hinderlig fetma förorsakad av överätning – hyperfagi. Denna reduktionsförmåga av störande fetma har i djurförsök påvisats särskilt hos gnaga-re, som i sin livsföring är starkt bero-ende av en smidig rörlighet. De onödi-ga kalorierna bränns bort i speciell fettvävnad, som är förhållandevis rik-ligt förekommande hos dessa djur, men även i bindväv och levervävnad. Detta har visats i senare tiders forsk-ning (3). Dessa rön bestyrker den gamla lekmanaiakttagelsen illustrerad i skämtpressens teckning av den skånske drängens ord: "Den gången jag äter utan att bli svetter, räknar jag inte för nåt".

Quaade (4) redovisar i experimen-tella humanförsök att det värmeisole-rande subkutana fettlagret bevarar kroppsvärme och dämpar behovet av kompensatoriskt ökad ämnesomsätt-nig vid experimentell avkylning hos feta i jämförelse med ämnesomsätt-ningens kraftigare stegring hos magra personer. Detta förklarar att många



Patienten ringer sent en fredag eftermiddag. Du känner patienten väl og har haft henne hos dig många gånger f  r stödsamtal under hennes återkommande   ngstperioder. 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 kanskje att ringa in ett telefonrecept på ett anxiolytikum, för att hjälpa patienten över helgen og för att sedan träffa henne så snart som möjligt.

Alopam i 10-förpackning

OXAZEPAM

f  r de tilfällen då du vill skriva ut ett anxiolytikum f  r bara några dagars behandling.

     Risk för tilv  nning föreligger iakttag försiktighet ved f  rskriving av dette 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.

Samtlige tabletter   r f  rse  da med mittsk  ra för att kunna delas.



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

körpulent med rätta kan försäkra att de inte är glupska storätare. De är i stället energisnåla. En del körpulent, som har hög hudfärg beroende på yttlig kapillär genomblödning och därigenom stark värmeutstrålning lider av frusenhet och erkänner även stor aptit, vilket deras höga värmeavgivning kräver. Quaades försök och slutsatser visar sålunda att en god värmeisolering sparar kalorier och befrämjar en tilltagande körpulent. En liknande adipositasbefrämjande inverkan uppnås rimligen även av en förstärkt yttre värmeisolering genom tjocka kläder eller konstgjord värmeförsörjning genom förhöjd omgivningstemperatur.

Detta kan även styrkas av *veterinärmedicinska erfarenheter* bland annat som sidofynd till praktiska rön vid husdjursuppfödning.

Genom kontakt med överveterinär Segerberg (5) vid Scan Väst slakteri i Varberg har jag fått jämförande siffror på slaktvikten på djur uppfödda under den våta och kalla sommaren 1987 och den soliga sommaren 1986. Väderskillnaden illustreras av ett temperaturunderskott på 2,6°–3,6° på flera olika platser i mellersta Halland under juni månad 1987. Slaktvikten för får och lamm ansågs mest talande, eftersom dessa djur i princip alltid vistas helt utomhus sommartid. Den totala medelvikten pr slaktdjur på 75 ton kött år 1986 var 17,70 kg och på 167 ton kött år 1987 17,14 kg dvs ca 3% lägre det våta och kalla året. En fårägare med 150 djur hade t o m en reduktion på 9% av medelslaktvikten. Siffrorna får givetvis tas med reservation för många felkällor som parasitangrepp, vattnig bukfyllande foder etc.

Ett systematiskt upplagt utgångsförsök refererar Nordfelt och medarbetare (6). I jämförande utfodringsförsök med utgående kor i lösdrift respektive stallbundna djur finner man ingen skillnad i mjölkproduktionen från de båda försöksgrupperna, men 8–9% ökad foderåtgång per kg mjölk för de lösgående djuren i parallellförsök i Norrland, Uppland och Skåne. Digningen är ju en form av hullansättning, fast den kommer en följande generation till godo. Det måste även observeras att de lösgående djuren kräver mer energi för att bevara kroppsvärmen – även om deras päls tätnade, så kräver deras rörelser i lösdriften också mer energi.

Säkrare slutsatser kan dras av försök med stallbundna djur. Segerberg (5) upplyste mig sålunda att svin i kalla, omoderna vinterstallar får en påtagligt bättre aptit om dricksvattnet uppvärms från kallt till ordinär rumstemperatur. Detta stimulerar hull- och muskelbildningen samt modersuggornas diproduktion. Detta är allmänna erfarenheter bland djuruppfödare, men de är av så stort ekonomiskt intresse att systematiska försök planeras inom husdjursvetenskapen.

Resultaten bör även kunna ge ett kvantitativt mått på omgivningstemperaturens betydelse för fettdepositionens storlek både i positiv och negativ riktning. Mera påtagligt verifierande erfarenheter redovisas genom personlig kontakt med Torsåsens fjäderfäslakteri i Falkenberg (7). Där bekräftade man den tydliga kända yrkeserfarenheten att stalltemperaturen vid kycklinguppfödning successivt måste sänkas från första veckans 35°–32° till 18° under uppfödningstidens sex veckor för att motverka icke önskvärd intraperitoneal fettansamling och gumpfettdeposition på 2–3% av slaktvikten. Värme gör med andra ord djuren oönskat körpulent.

De redovisade husdjurerfarenheterna bör sålunda tillåta slutsatsen att om man genom värmeförsörjning eller minskad värmeförlust kan gynna de varmblodiga individernas körpulent så bör den motsatta åtgärden – avkylning – befrämja avmagring. De varmblodiga individernas kroppstemperatur är som bekant så stramt reglerad och fixerad att en märkbar avvikelser från idealtemperaturen är ett generaltecken på ohälsa och sjukdom. Hos den friske medför en avvikelser från idealtemperaturen en omedelbar motåtgärd. Vid ökad avkylning tillgripes vid behov en ökad förbränning av reservnärning i form av upplagrat hull. Detta leder alltså till avmagring.

Den här framlagda avmagringsmetoden skall avslutningsvis beläggas med ett talande exempel.

På en i huvudsak frisk 68-årig man inopererades år 1978 en högersidig totalprotes på grund av en avancerad höftledsartros. Resultatet var utmärkt, men efter några år uppträdde emellertid besvär även från vänster höft, som fick avlastas med stödkäpp. Liknande operation av denna höft övervägdes därför år 1985. Tilltagande kardiosklerosymtom gjorde dock ingreppet mindre tilltalande, varför en rejäl viktreduktion uppfattades som en god palliativ åtminstone temporär åtgärd. Man planerade efter den här skisserade metoden.

Journalfakta vid kurens början hösten 1985: Ålder 75 år; kroppsvikt 79 kg; kroppslängd 176 cm. Avlastning på stödkäppen vid promenad 10–15 kg. Behandlingsmål: avmagring lika mycket dvs 15 kg inom loppet av ett halvår. Resultat: kroppsvikt 64–65 kg med väsentligt minskade höftbesvär och allmänt bättre kondition samt bestående kroppsvikt på 64–65 kg under de tre år som gått sedan denna vikt uppnått våren 1986.

Exemplet visar en lyckad avmagringskur med den redovisade metoden, som jag under mina läkarår med växlande framgång tillrätt åtskilliga patienter att försöka. Den ger förvisso lika lite som andra metoder garanti till bestående önskat resultat, men är en variant lämplig och tilltalande för några, som inser att både trivsel och

ökade livschanser motiverar en målmedveten avmagring.

Referenser

1. Larsson B. Obesity. A population study of man, with special reference to development and consequences for the health. Göteborg: Göteborgs universitet, 1978. Akademisk avhandling.
2. Abraham S, Carrol MD, Najjar MF, Robinson F. Obese and overweight in the United States. Washington DC: Vital and Health Statistics USDHHS, 1983, publication no (PHS) 83-1680, PHS NCHS series 11. no 230.
3. Astrup A, Andersen T. Nedsat energiomsättning og fakultativ termogenese patogenetisk ved visse typer adipositas. Nordisk Medicin 12/1986; 101:335.
4. Quaade F. Energy expenditure in obesity. Symposia of the Swedish nutrition foundation II. Edited by Gunnar Blix Uppsala 1963.
5. Segerberg I. Personligt meddelande. Varberg 1988.
6. Nordfelt S, Claesson O, Wiktorsson H. i Festskrift til prof K. Breirem 1972.
7. Olsson M. Torsåsens fjäderfäslakteri, Falkenberg. Personligt meddelande 1988.

Författarpresentation

Birger Herner, med dr, f överläkare vid medicinska kliniken, Varbergs lasarett.

Postadress: Ringvägen 67, 432 42 Varberg.

Tel 0340/115 38.

Norra Halland projektet: Hjärtinfarktrehabilitering – ett tvärvetenskapligt vårdansvar

BENGT FRIDLUND · ANDERS LANDIN · MARGRET OLOFSSON · CARL-ERIK THORS

Hjärtinfarktrehabilitering kräver en biopsykosocial intervention för att stödja en patient att komma tillrätta med livssituationen efter en hjärtinfarkt. Ett tvärvetenskapligt vårdansvar borde vara grundstrategin i en hälso- och sjukvårdsorganisation för att nå uppsatta mål. I norra Halland prövas sedan september 1985 en sådan verksamhet i ett forskningsprojekt. Det sker genom en liten men samorganiserad stödgruppsverksamhet baserad på en rehabiliteringssjuksköterska, sjukgymnast och distriktsläkare. Den vänder sig genom ett randomiserat urvalsförfarande till patienter under 65 år som drabbats av akut hjärtinfarkt.

Nyckelord: Hjärt-kärlsjukdomar, infarkt, rehabilitering, forskning, intervention, Halland

Definition och mål

Hjärtinfarktpatienten löper en stor risk att återinsjukna i en ny hjärtinfarkt, framför allt de första månaderna efter insjuknandet och löper alltså en betydande fara för såväl kroppslig som själslig invaliditet. Flera studier har påvisat, att riktade åtgärder mot de så kallade traditionella riskfaktorerna rökning, högt blodtryck, fysisk inaktivitet och höga blodfetter kan påverka prognosen positivt efter en hjärtinfarkt (1, 2, 3). Idag borde det därför vara legitimt och självklart att vårdpersonal tillsammans med hjärtinfarktpatienten tillgodoser hans behov och krav på en optimal rehabilitering. En sekundärprevention skall i så fall innehålla både en fysisk och psykosocial rehabilitering för att beakta hela hjärtinfarktpatientens behovscykel, utifrån WHO:s definition av rehabilitering efter en hjärtinfarkt (4–8). Denna innebär att hjärtinfarktpatienten skall återanpassas till sitt premorbida tillstånd vad det gäller funktionsmässig, social, psykologisk och arbetsmässig kapacitet. Definitionen är ambitiös och omfattande men de rehabiliteringsaspekter som i verkligheten tillgodoses är mycket mer begränsade eftersom denna typ av sekundärpreven-

tion ännu ej är fast etablerad i Sverige (9). De aspekter som oftast beaktas och förefaller mest intressanta är möjligheten för hjärtinfarktpatienten att återta arbete och fysisk kapacitet samt farmakoterapeutiska åtgärder riktade mot enskilda riskfaktorer; allt detta oftast ur ett rent medicinskt perspektiv. Vi glömmer m a o att hjärtinfarktpatienten är en komplex människa, som lever i ett komplext förhållande till sin omgivning och har, sett ur ett tvärvetenskapligt perspektiv, flera behov att få tillfredsställda.

Biopsykosocial intervention

Syftet med biopsykosocial intervention är att befrämja ett adaptivt beteende hos hjärtinfarktpatienten till en förändrad livsstil. Valet av intervention är beroende av var i sjukdomsförloppet han befinner sig, men den gemensamma nämnaren är att ge stöd (8).

Hjärtinfarktpatienten känner sig därmed inte ensam utan förstår att hans/hennes upplevelser och beteenden är normala. Det inger hopp för framtiden med möjlighet och meningsfullhet till att:

- 1) inhämta kunskap; vilket leder till ökad initiativförmåga och därmed ökad problemlösning samt en känsla av större egenansvar och ökat självförtroende
- 2) bearbeta känslor; vilket skapar trygghet, minskar rädslan och ökar insikten om möjligheten att påverka livssituationen och därmed återtagandet av egenkontroll

För vårdpersonal är det också av stort värde att via en intervention kartlägga biopsykosociala faktorer gentemot en rehabiliteringsinsats. Därmed är det lättare att identifiera hjärtinfarktpatienten som är eller blir en s k problem- eller riskindivid.

Norra Halland Projektet

I norra Halland innefattande kommunerna Falkenberg, Varberg och Kungälv prövas sedan september 1985 en biopsykosocial intervention för hjärtinfarktpatienter i en ålder av 65 år eller yngre. För verksamheten ansvarar Vårdhögskolan i Halland i samarbete med Medicinska kliniken och Sjukgymnastiska avdelningen vid Sjukhuset i Varberg samt Primärvård-

den i Norra Halland. Interventionen bedrivs som en randomiserad studie med en försöks- och en kontrollgrupp. Båda grupperna erhåller den generella medicinska uppföljningarna, men försöksgruppen erhåller dessutom nedanstående rehabiliteringsprogram. Uppföljning sker kontinuerligt upp till 12 månader efter hjärtinfarkten med internationellt etablerade metoder (10). Ett rehabiliteringsprogram med en helhetsintention har framtagits efter hjärtinfarktpatienternas egna uttryckta behov och värderingar, där samtliga behov som uppmärksammas, sätts in i sitt sammanhang och i största möjliga mån åtgärdas (11). Det sker med hjälp av:

- 1) en liten och samorganiserad stödgrupp (rehabiliteringssjuksköterska, sjukgymnast och distriktsläkare)
- 2) ett utvecklat och stödjande socialt nätverk genom medpatienters, familjens, arbetsmarknadens och hälso- och sjukvårdens medverkan
- 3) en väl informerad, utbildad, medveten och mindre stressad hjärtinfarktpatient.

Kontaktnätet

Under sjukhusvistelsen intervjuas hjärtinfarktpatienten av rehabiliteringssjuksköterskan om sin biopsykosociala situation. Hon kommer framgent att vara patientens kontakt och stöd och tillsammans med distriktsköterska håller hon igång denna kontakt under de första 4–5 veckorna innan hjärtinfarktpatienten aktivt kan delta i ett rehabiliteringsprogram. De första veckorna, under själva sjukhusvistelsen och vid informationsträffarna, som rehabiliteringssjuksköterskan leder, är kontakten av mer emotionell karaktär. Hjärtinfarktpatienten och de anhöriga behöver tala om hur de mår vilket också är en viktig kunskap att få för stödgruppen eftersom tillit och förtroende skall byggas upp. Efter en månad tillgodogör sig hjärtinfarktpatienten information och utbildning på en mer kognitiv nivå vilket sammanfaller väl med tidpunkten för ett aktivt deltagande i rehabiliteringsprogrammet.

Mot dumhet kämpar även gudarna förgäves.

(Gammalt ordspråk)

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



Försök först med icke-farmakologiska åtgärder.

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

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

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postadress: _____
u.g. texta

Skicka kupongen till AB Ferrosan, Hjärtu kärngruppen, Box 839, 201 80 Malmö.

Rehabiliteringsprogrammet

Innan den aktiva fasen i rehabiliteringsprogrammet inleds har hjärtinfarktpatientens biopsykosociala status penetrerats med hjälp av intervjuer, blodprover och arbets-EKG. Stödgruppens sammansättning innebär att hjärtinfarktpatientens och de anhörigas frågor kan belysas utifrån ett tvärvetenskapligt perspektiv. I rehabiliteringsprogrammet som genomförs en gång per vecka under sex månader medverkar stödgruppen (3 personer), hjärtinfarktpatientgruppen (8–12 personer) och anhöriga (2–5 personer). Det inleds med en 60 minuters motionsdel, individuellt anpassad i grupp, bestående av ergometercykling, fristående gymnastik och avslappning. Rehabiliteringsprogrammet fortsätter med en 60 minuters diskussionsdel som inleds med frågor som aktualiserats under den gångna veckan av hjärtinfarktpatienten. Därefter vidtar en fastställd kombinerad rådgivning och utbildning baserat på 10 punkter (se nedan).

Rehabiliteringsprogrammets diskussionsdel

Rådgivnings- och utbildningsinnehållet består av två huvuddelar – "livsstil och -kvalité efter hjärtinfarkt" och "psykosociala faktorer efter hjärtinfarkt" innehållande:

- 1) Biopsykosociala riskfaktorer i allmänhet.
Syftet är att diskutera den komplexa etiologin till hjärtinfarkt.
- 2) Fysisk träning och avslappning.
Syftet är att motivera till regelbunden fysisk träning och avslappning genom ökad kunskap om de biopsykosociala riskerna.
- 3) Kost (resursperson; dietist).
Syftet här är att vägleda i kostval liksom att det är möjligt att ändra till en hälsosam diet utan några drastiska åtgärder.
- 4) Tobak och alkohol.
Syftet är att diskutera biopsykosocial ohälsa runt dessa njutningsmedel på ett så balanserat sätt som möjligt.
- 5) Hjärtinfarktens patofysiologi och farmakologi.
Syftet är att medvetandegöra behovet av rådgivning och utbildning samt erbjuda ytterligare information och rådgivning om sjukdomen och olika behandlingsalternativ.
- 6) Bröstmärta.
Syftet är att genom faktaframställan om olika orsaker till bröstsmärta kunna urskilja vad som är kärilkramp och hur man hanterar den.
- 7) Stress.
Syftet är att påvisa det biopsykosociala sambandet. Vilka symtom, upplevelser och beteenden stress

kan ge samt hur man hanterar den.

- 8) Psykiska reaktioner (resursperson: psykolog).
Syftet är att belysa den krisen efter hjärtinfarkt medför i form av kort- och långvariga psykiska reaktioner.
- 9) Socialt nätverk.
Syftet är att belysa familjens, arbetskamraternas och vännernas roll, dels som kärnan i det psykosociala stödet, och dels som riskfaktor.
- 10) Arbetsåtergång (resursperson: personal från försäkringskassa och arbetsförmedling).
Syftet är att se möjligheter och ge tips om strategier för arbetsåtergång, som arbetsplatsbesök, hospitering, fyra-timmars-dag, osv.

Konklusion

All kontakt, rådgivning och utbildning skall komma hjärtinfarktpatienten och de anhöriga tillhanda efter sjukhusvisningen:

- i ett tidigt skede
- på ett enkelt och naturligt sätt
- i varierande och repeterande form
- på en intellektuell och emotionell nivå
- i stressförebyggande syfte
- av vårdpersonal med tvärvetenskaplig kunskap och kompetens
- genom stöd med en vårdvetenskaplig ansats

Referenser

1. Vedin A, Wilhelmsson C, Tibblin G, Wilhelmsen L. The postinfarction clinic in Göteborg, Sweden. A controlled trial of a therapeutic organization. *Acta Med Scand* 1976; 200:453–456.
2. Hedbäck B, Perk J, Perski A, Theorell T. The effect on mortality, morbidity and risk factors of a rehabilitation program after myocardial infarction. *Am J Cardiac Rehab* 1985; 5:576–583.
3. Karlsson I, Fridlund B, Hellström L, Eliasson A, Ekervig C, Andersson L, Larsson PA. The Northern Halland Project: Do physically active people cope better with biopsychosocial stress after a myocardial infarction? *Scand J Caring Sci* 1988; 4:179–83.
4. WHO. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases: Report of a WHO Expert Committee. Copenhagen: WHO Technical Report Series No 270, 1964.
5. WHO. Rehabilitation after myocardial infarction. The European experience. Copenhagen: WHO Public Health in Europe 24, 1985.
6. WHO. Rehabilitation and comprehensive secondary prevention after acute myocardial infarction. Copenhagen: WHO European Reports and Studies 84, 1983.
7. WHO. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases: Report on a seminar. Copenhagen: WHO Document Euro 0381, 1969.
8. Fridlund B, Lidell E, Larsson PA. The Northern Halland Project: A caring perspective on rehabilitation after myocardial infarction: A theoretical

framework and a suggestion for a rehabilitation. *Scand J Caring Sci* (accepted).

9. Hedbäck B, Perk J. Hur bedrivs vården efter hjärtinfarkt i Sverige? En enkätstudie. *Läkartidningen* 1984; 39:3472–3474.
10. Fridlund B, Lidell E, Larsson PA. The Northern Halland Project: Biopsychosocial rehabilitation of acute myocardial infarction in theory and practice. Helsinki: Proceedings of the third conference of the workshop of European nurse researchers, 1986.
11. Larsson PA, Fridlund B, Thors C-E. The Northern Halland Project: Life situation after myocardial infarction: Implications for a multifactorial rehabilitation. (in manuscript).

Författarpresentation:

Bengt Fridlund, lektor, doktorand, projektledare, Vårdhögskolan i Halland, Varberg.*
Vårdvetenskapliga Institutionen, Universitetet i Kuopio, Finland.

Anders Landin, distriktsläkare, Vårdcentralen i Ullared.

Margret Olofsson, distriktsläkare, Vårdcentralen i Veddige.

Carl-Erik Thors, distriktsläkare, Vårdcentralen i Tvååker.

Postadress: Träslövsvägen 66, 432 37 Varberg

Vårdtyngd på sjukhem och servicehus – en jämförande studie

GUNNEL ALM · CARL MAGNUS MÖLSTAD

En jämförelse av vårdtyngd mellan ett servicehus och ett sjukhem gjordes med hjälp av Katz' ADL-index, Kahns demenstest och en intervju av vårdpersonal. En god objektiv parameter tycks vara Katz' ADL-index, som visar att sjukhemspatienterna har betydligt högre vårdtyngd än servicehusets pensionärer. Dock är 24 procent av de senare vid undersökningstillfället enligt Katz lika vårdtunga som sjukhemspatienterna. En fortlöpande mätning skulle kunna göras av personal på servicehus och kunna utgöra bakgrund till periodisk personalförstärkning beroende på hög vårdtyngd.

Nyckelord: Arbetsbelastning, servicehus, forskning, sjukhem

Introduktion

Äldreomsorgen har genomgått stora förändringar under de senaste åren. Dessa har syftat till att minska institutionsvården och bygga ut hemsjukvården, samtidigt som man vill ge den enskilde en ökad valfrihet [1].

Andelen personer över pensionsåldern har ökat kraftigt under de sista decennierna, och fram till sekelskiftet väntas antalet personer över 80 år stiga kraftigt. Eftersom det är i dessa åldersgrupper, som det största behovet av hjälp och service finns, kommer stor krav att ställas på äldreomsorgen, och ett optimalt utnyttjande av resurser och välfungerande samarbete mellan kommun och landsting blir nödvändigt [2].

Med en utbyggd hemsjukvård kan de gamla bo kvar hemma, även om de är sjuka och har ett stort hjälpbehov. Detta har många positiva sidor men leder samtidigt till att de som kommer till institutionerna blir alltmer vårdkrävande.

I vårt arbete som distriktsläkare kommer vi i kontakt med gamla på såväl servicehus som sjukhem. Vårt intryck är att vårdtyngden blivit större på servicehusen, och att dessa ibland har ren sjukhemskaraktär, trots en betydligt lägre personaltäthet än på sjukhemmen. Vi har därför gjort en undersökning, där vi jämför vårdtyngden på ett sjukhem och ett servicehus och samtidigt tittar på personaltätheten.

Vi har också velat studera användbarheten av de metoder vi tillämpat.

Material

Vi valde till vår undersökning Kvarngården i Ingelstad, 17 km sydost om Växjö, samt Östra Sjukhemmet i Växjö. Kvarngården är ett servicehus med helinackordering. Vårdcentralen i Ingelstad har ett upptagningsområde på 5 300 personer, och Kvarngården är det enda servicehuset i området. På detta finns 48 platser. Något sjukhem finns ej i Ingelstad, utan de som behöver sådan vård hänvisas till Östra Sjukhemmet. Det ligger i Växjö centralort. Det har två avdelningar med vardera 40 patienter. Sjukhemmet betjänar förutom Ingelstad också en del andra områden i Växjö. Vi valde där den ena avdelningen och fick då ett patientantal, som ungefär stämde med Kvarngårdens. Samtidigt uteslöt vi den andra avdelningen, där man vårdar gravt senildementa patienter.

På Kvarngården fanns vid tiden för undersökningen 46 pensionärer, 15 män och 31 kvinnor. Där fanns 14,25 heltidstjänster dag, fördelade på 1,0 föreståndare och 13,25 vårdbiträden. Landstingets distriktsvårdsinsats uppskattades till motsvarande 0,25 tjänst. Natttjänsterna inräknades ej, då i dessa också ingår nattpatrulltjänstgöring för hela vårdcentralens i Ingelstad område. Jämförelse med sjukhemets natttjänster vore därför svår. På de 13,25 dagtjänsterna delade 18 personer, och de hade vardera huvudsavsvaret för 2–3 pensionärer. Antalet personaltjänster per pensionär var 0,30.

På Östra Sjukhemmet fanns vid tiden för undersökningen 40 pensionärer, varav två var på avlastningsplats. 14 var män och 26 kvinnor. På denna avdelning fanns 28 heltidstjänster, fördelade på 5,5 sjuksköterskor och 22,5 undersköterskor och biträden. Inte heller här räknade vi in natttjänsterna, och i detta fallet inte heller 2,0 tjänster för förhöjd grundbemanning. Antalet personaltjänster per patient var här 0,69.

Metod

På Östra Sjukhemmet intervjuades tre sjuksköterskor och 40 patienter, på Kvarngården 18 vårdbiträden och 46 pensionärer. Tidpunkten för intervjuerna var maj–juni 1988.

Som somatisk vårdtyngdsmätare valdes Katz' ADL-index [3]. Bedömningen i detta grundar sig på lägsta faktiska funktionsnivå de senaste 14 dagarna och inte på den, som skulle kunna tänkas uppstå i en testsituation. Katz indelar sex parametrar i oberoende, delvis beroende och beroende. Den undersökte klassas i beroendegrad och hänförs sedan till antingen beroende eller oberoende. Anledning till de tre alternativen uppges av författaren vara, att de skärper observatörens uppmärksamhet. De sex parametrarna sättes i en ordning, där det normala är att först badning faller ifrån, sedan i tur och ordning på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens och slutligen födointag. Normalt faller funktionerna bort enligt denna mall, och de undersökta kan då klassas i grupp A–G. Ett avsteg från regeln kan accepteras, men två leder till att den undersökte hänföres till grupp Ö. Om undersökningen är riktigt gjord, skall ≤ 5 procent av fallen höra till grupp Ö.

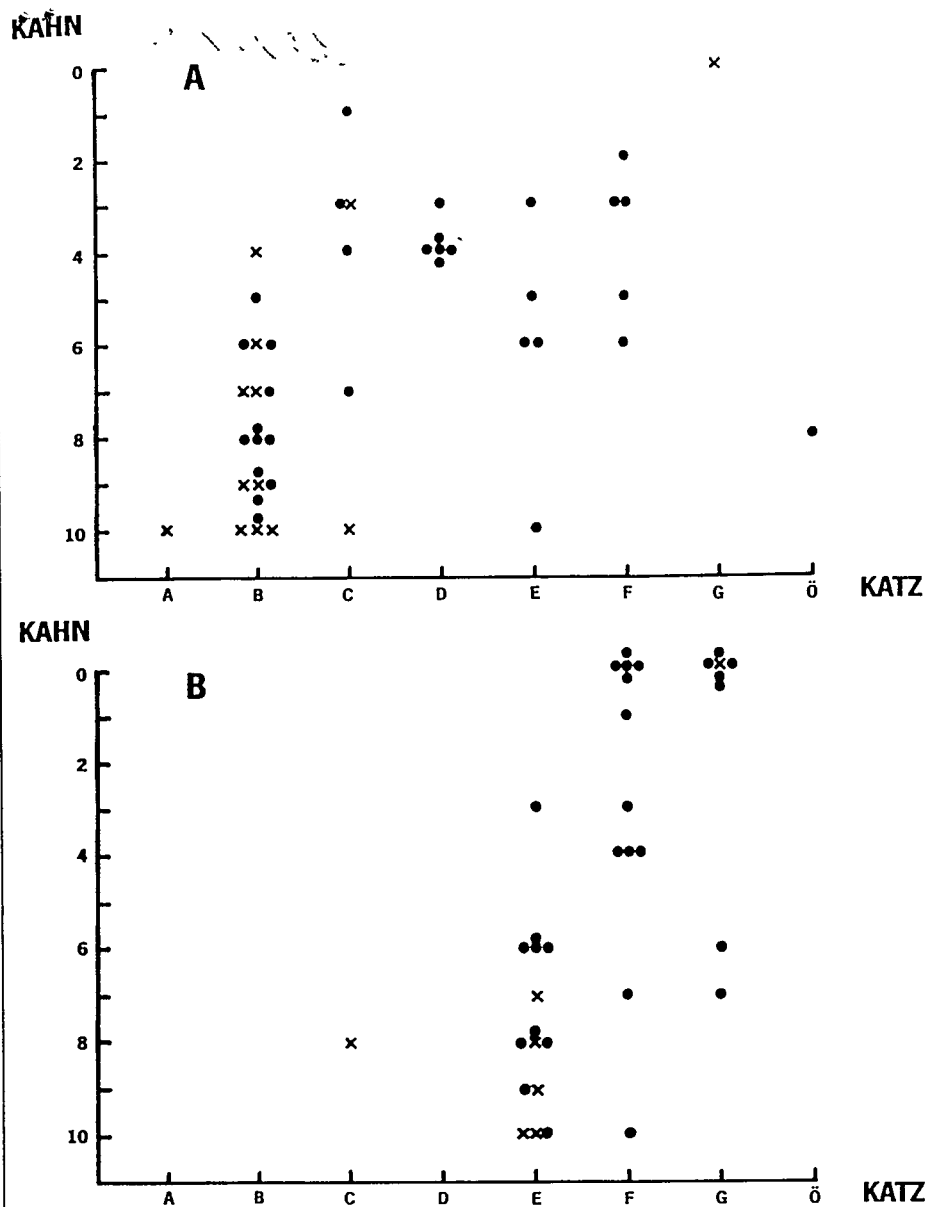
För bedömning av intellektuell förmåga valde vi Kahns demenstest [4,5], som med tio frågor klassar den undersökte som gravt dement (0–2 rätt), mindre uttalat dement eller lång minneslucka (3–5 rätt), kort minneslucka eller förvirringstillstånd (6–9 rätt) eller totalt orienterad (10 rätt). Man måste utesluta personer med dövhet eller depression.

Vi frågade också personalen, om de ansåg att de undersökta var rätt placerade. Om inte, fick de följdfrågan vilken placering de då ansåg vara adekvat. Detta för att kunna jämföra resultaten av undersökningen enligt Katz och Kahn med personalens uppfattning.

Resultat

Enligt Katz fås en markant tyngdpunkt för sjukhemspatienterna i grupp E, F och G (Figur 1 B). Endast två avviker och hamnar i grupp B och C. Av dessa är en avlastningspatient. I kvarngårdsfördelningen har man 21 av 46 pensionärer i grupp B. Alla grupper är representerade med en i vardera av grupp A, G och Ö. Elva av 46 eller 24 procent är dock representerade i E–G, där Östra Sjukhemmet har de flesta av sina patienter.

Enligt Kahn finns i grupp 0–2 betydligt fler på sjukhemmet, men endast tre på Kvarngården (Figur 1). I



Figur 1

Sammanställningen av vårdtyngdsgrupper enligt såväl Katz som Kahn för Kvarngårdens och Östra Sjukhemmets pensionärer (A avser Kvarngården och B Östra Sjukhemmet). De personer, som personalen ej anser är adekvat placerade, är markerade med kryss.

grupp 3–5 dominerar servicehuset, i grupp 6–9 och 10 är fördelningen jämn. Två patienter på Östra Sjukhemmet vägrade att medverka, och noteras bör att där hamnar tre patienter med grav afasi i grupp 0–2 och en i grupp 3–5.

På frågan om placeringen är adekvat på Kvarngården svarar personalen ja i 29 fall, tveksamt i fyra och nej i 13. De senare fördelar sig då på nio i hemsjukvård, en i eget boende, en på sjukhem, en på psykiatriskt sjukhus och en i senildement boende.

På Östra Sjukhemmet får vi svaren att 29 är adekvat placerade, två är tveksamt korrekt placerade och sju är det inte, varav fem då anses passa bättre på servicehus, en i hemsjukvård och en inom psykiatri. De två på avlastningsplats har ej bedömts.

I figur 1 A och B har vi sammanställt Katz, Kahn och personalbedömningen för varje patient. Man finner

där i den första, som avser Kvarngården, att de pensionärer personalen anser vara för bra finns samlade i B 10–B 6, fränsett A 10 och C 10. B 4 har ansetts höra hemma på psykiatriskt sjukhus, C 3 i senildement boende och slutligen G 0 på sjukhem. I figur 2, som då avser Östra Sjukhemmet, är G 0 den patient man anser hör hemma på psykiatriskt sjukhus. Övriga placerade på fel vårdnivå, i detta fall för hög, samlas i E 10–E 7 och en i C 8.

Diskussion

Enligt Katz' metod har Östra Sjukhemmets patienter i genomsnitt klart högre vårdtyngd än Kvarngårdens. Anmärkningsvärt är dock, att elva av 46 eller 24 procent av Kvarngårdens pensionärer har lika hög vårdtyngd som Östra Sjukhemmets. Katz' ADL-index tycker vi fungerade bra, och det var enkelt att använda. 85 av 86 place-

ras i grupp A–G, endast en faller i grupp Ö. Någon diskriminationsförmåga ovanför A och under G finns ej, men i vårt material tyckte vi inte att det behövdes. Detta index är ett av de få, som används internationellt och inte bara av sina upphovsmän. Det är mycket använt i forskningssammanhang [6].

Kahns test gav inte lika klara resultat som Katz'. Spridningen är betydligt större. Det är också svårt att rättvist bedöma patienter med hörselnedsättning och afasi. På Östra Sjukhemmet finns klart fler gravt dementa, 30 procent jämfört med 7 procent på Kvarngården, medan fördelningen i övriga grupper är mera jämn. På Östra Sjukhemmet finns en halv avdelning med 20 patienter, som är senildementa, vilket gör att antalet gravt dementa kan tänkas vara lägre här än på sjukhem i övrigt. Vårdtyngden torde på den undersökta avdelningen kanske trots allt bäst speglas av ett somatiskt ADL-index.

Personalintervjun visar, att de flesta patienterna är rätt placerade. På Kvarngården vill man endast flytta tre till högre vårdnivå, medan man tror att nio skulle kunna klara sig hemma med hemsjukvård. Dessa siffror kan jämföras med att vårdtyngden hos elva ligger i grupp E–G. Man ifrågasätter ej dessa tunga patienters rätt att vara på servicehuset, utan man verkar snarare vara beredd att ta sämre pensionärer. Kanske speglar detta personalens solidaritet med dessa och med de nya attityderna och idéerna om att de gamla skall kunna få vårdas hemma i större utsträckning.

På Östra Sjukhemmet anser man att sex patienter kan flyttas till lägre vårdnivå, en klar majoritet är alltså rätt placerade.

Östra Sjukhemmet har en mer än dubbelt så hög personaltäthet som Kvarngården. Någon direkt jämförelse är naturligtvis svår, men skillnaden förefaller ändå stor med tanke på servicehusets delvis mycket tunga klientel.

Vi tycker att Katz' test fungerade bra och var enkel att använda. Denna bedömning tycker vi stärks av resultaten som A och B visar (Figur 1). Den bör kunna utnyttjas även av icke sjukvårdsutbildad personal. Den ger en i stort sett objektiv bedömningsgrund för vårdtyngden på en institution. Vi tror att man kan använda denna regelbundet på servicehus för att se, hur vårdtyngden hos pensionärerna växlar i tiden och då kunna sätta in mer personal, när tyngden är större. Man får då också en objektiv bedömningsgrund, som kan innebära ett gemensamt språk mellan olika vårdinstanser.

Effekt av röd Ginseng på elittyngdlyftare

STIG LAHTI

I en randomiserad dubbelblindundersökning på 18 tyngdlyftare inom svensk elit, ökade syreupptagningsförmågan med 15–22% och bänkplassen med 21% hos den grupp som tillfördes ett ginsengpreparat – röd ginseng 3 300 till 1 320 mg aktiv substans i sjunkande dosering – under 8 veckor. Även blodtryck, vilopuls och blodglykos minskade signifikant, medan hämatokrit ökade signifikant.

Dopingprover under denna period var negativa. Inga biverkningar noterades.

Nyckelord: Fysisk aktivitet, Sports, läkemedel, kontrollerade studier, forskning, Ginseng, tyngdlyftare, prestationsförmåga

Tyngdlyftare från Asien har länge hävdad att röd ginseng ökar syreupptagningsförmågan och prestationerna vid olika typer av idrott.

I en pilotstudie 1986 (1) kunde jag påvisa en styrkeökning på cirka 20% hos tyngdlyftare som fått ginseng under 5 veckor. Hos en försöksperson

som även testade syreupptagningsförmågan ökade denna med 28%.

M LeFau har i en dubbelblindundersökning påvisat en 22%-ig ökning av syreupptagningsförmågan hos löpare som under 6 veckor tillförde sig ett ginsengkoncentrat (G 115) i kombination med vitaminer och spårelement (Gerikomplex-Geriatric Pharmaton). Han kunde även i ginsenggruppen påvisa en snabbare återhämtning efter arbete. (Le Fau påpekade även att ginseng saknade biverkningar och ej gav positiva dopingprov 2).

Tesch har på medelålders män efter tillförsel av ginseng och vitaminer (Gerikomplex, 2 kapslar/dag i 8 veckor) i en dubbelblindundersökning hos ginsenggruppen visat en signifikant minskning av mjölksyrehalten i blodet efter arbetsbelastning samt en förbättrad arbetsförmåga och minskad hjärtfrekvens (3).

Min undersökning är en uppföljning av den tidigare pilotstudien med randomiserad undersökning av ett större antal tyngdlyftare och med användande av dubbelblindteknik.

Material

20 vältränade tyngdlyftare inom svenska eliten. Viktfördelningen framgår av tabell 1.

Metoder

Undersökningen genomfördes dubbelblindt med randomisering till två grupper med 10 försökspersoner i varje.

Tabell 1.

Objekt	Typ P/G	Massa (kg)		Bänkprens (kg)		Syreupptagning		Testvärde ml/kg×min	
		för	eft	för	eft	Total (l/min)		för	eft
1	P	84	85	145,0	147,5	2,9	2,6	35	30
2	P	81	79	102,5	100,0	3,4	2,9	42	36
3	G	89	89	90,0	110,0	4,0	4,6	44	52
4	G	67	67	97,5	115,0	3,4	4,0	50	60
5	G	—	—	—	—	—	—	—	—
6	P	100	102	180,0	170,0	5,0	4,9	50	48
7	P	69	70	80,0	82,5	3,3	3,4	47	48
8	G	67	67	77,5	100,0	2,6	3,4	39	50
9	P	—	—	—	—	—	—	—	—
10	G	82	85	82,5	105,0	3,7	4,8	45	57
11	G	—	—	—	—	—	—	—	—
12	G	102	97	175,0	200,0	4,6	5,1	45	53
13	P	—	—	—	—	—	—	—	—
14	G	117	121	135,0	175,0	3,9	5,2	33	42
15	G	101	93	100,0	115,0	3,5	3,8	34	40
16	P	89	90	90,0	90,0	3,1	3,2	34	35
17	P	84	86	102,5	105,0	3,3	3,4	39	40
18	G	70	70	95,0	110,0	2,7	3,7	39	52
19	P	66	67	100,0	95,0	3,1	3,0	47	45
20	P	103	102	155,0	150,0	4,5	4,3	43	42

Signifikationsberäkning gjordes med kovariansanalys.

Preparaten tillfördes i gelatinkapslar innehållande antingen 330 mg aktiv substans av torkad ginseng (röd Ginseng) samt fyllnadsmassa eller bara fyllnadsmassa. Kapslarna svaldes hela.

Doseringen var för båda grupperna: 1:a veckan 5 kapslar morgon och kväll, 2:a veckan 4 kapslar, 3:e veckan 3 kapslar samt från och med 4:e veckan normaldoseringen 2 kapslar morgon och kväll tom 8:e veckan.

Vikten mättes på Stathmosvåg med angivande av hela kg, bänkprens mättes i kg som maximal prestation före och efter undersökningen, syreupptagningsförmågan mättes med ergometercykel och uträkning av syreupptagning enligt Åstrand, vilopuls och blodtryck togs efter 30 min vila. Blodproven togs på sjukhuslaboratorium med konventionell teknik.

Dopingkontroller

Då tyngdlyftarna var aktiva och under testperioden skulle delta i olika tävlingar, var det viktigt att först fastställa att detta ginsengpreparat ej gav positivt utslag på dopingtester. Riksidrottsförbundet var vid en tidig kontakt i denna fråga mycket negativt till ginseng, som klassades som en "suspikt substans" och menade att forskning på detta område innebar att röra sig i "dopingens träskmarker". Man vägrade varje form av samarbete och åtog sig ej att göra några dopingtester på försökspersonerna.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Samordnad äldreomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen, 1986. (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1986:1)
2. Äldreberedningen. Äldreomsorg i utveckling. Betänkande av äldreberedningen, Socialdepartementet. Stockholm: Allmänna förlaget, 1987. (SOU 1987:21)
3. Hulter-Åsberg K. Katz' ADL-index – ett gemensamt språk i vårdplaneringen för äldre. Läkartidningen 1987; 84:2423–5.
4. Lövgren B. Antalet sjukhemsfall och graden av demens bland äldre på äldreomsorg i Medelpad. Resultat av en inventering och testning. Landstingets Tidskrift 1977; 28–31.
5. Kahn RL, Goldfarb AI, MacPollak M, Peck A. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. Amer J Psychiat 1960; 117:326–8.
6. Medicinska Forskningsrådet. ADL-index: Sammanfattande mått på individens förmåga att klara det dagliga livets aktiviteter. Metodöversikt. 1980.

Författarpresentation

Gunnel Alm är distriktsläkare på Vårdcentralen Väster i Växjö.

Carl Magnus Mölstedt är distriktsläkare på vårdcentralen i Ingelstad.

* Postadress: Vårdcentralen, Box 74, 360 44 Ingelstad

Nu även 5 mg

Enda lägdos-tabletten av oxazepam

SOBRIL

SOBRIL® oxazepam

BEPRÖVAT ANXIOLYTIKUM
MED SPÄNNINGSLÖSANDE
OCH OROSDÄMPANDE
EGENSKAPER

Sobril är ett förstahandspreparat, vid läkemedelsbehandling av oro och ångest. Oxazepam har en enkel metabolism, saknar aktiva metaboliter och elimineras lika snabbt hos gamla som hos unga.

KABI kan nu även erbjuda Sobril i lägdos 5 mg, i små förpackningar, 10 st och 50 st.

För fullständig information se FASS.

△♦ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning.

KABI
Pharma

Tel. 08-7054000

Tabell II.

Objekt	Typ P/G	Vilopuls (slag/min)		Blodtryck (syst/diast)		Blodglucos (mmol/l)		vB-Hb (gr/l)		Hämatokrit (%)	
		för	eft	för	eft	för	eft	för	eft	för	eft
1	P	60	60	130/80	135/75	5,1	5,4	150	145	45	44
2	P	64	70	125/80	120/80	4,5	4,3	150	152	47	47
3	G	64	60	130/60	125/60	4,4	4,2	144	147	44	48
4	G	58	55	120/75	120/70	4,1	4,0	154	154	51	52
5	G	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	P	58	60	140/90	140/90	5,5	5,1	160	165	53	54
7	P	67	66	140/90	130/85	4,3	4,2	140	138	43	42
8	G	58	50	125/85	115/75	4,6	4,1	149	159	46	50
9	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	G	62	54	115/75	110/70	5,1	4,0	154	161	49	50
11	G	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	G	58	55	120/80	115/70	4,3	3,9	158	156	53	52
13	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	G	68	60	140/90	130/80	5,3	4,6	160	167	55	57
15	G	80	65	120/90	110/80	5,6	5,1	158	158	53	54
16	P	60	64	140/90	130/80	5,6	5,4	150	151	47	47
17	P	60	60	125/85	125/90	5,7	5,1	144	145	44	44
18	G	60	58	130/80	115/80	4,3	3,9	156	160	52	54
19	P	65	67	130/90	135/85	4,6	4,7	140	139	41	40
20	P	72	70	120/80	130/80	4,5	4,6	148	147	47	46

Med denna bakgrund var jag tvungen att före undersökningens genomförande utföra en serie dopingtester på försökspersonerna när de intagit olika mängder ginseng. Proven fick då under stora kostnader (ca 25 000 kr) sändas till andra länder.

I ett 10-tal sådana tester kunde inte vid något tillfälle dopingsubstanser påvisas i proven.

Med detta resultat som underlag påbörjades undersökningen som inplanerades så att tyngdlyftarna under försökets gång skulle delta i SM-tävlingarna varvid 7 av de 20 även blev testade i Sverige. Under försökets gång kom en av försökspersonerna att bli testad inte mindre än 6 gånger. Alla dessa tester vid följande tävlingar: Nordiska Mästerskapen, Europa-Mästerskapen, Baltic Cup, Junior-VM.

Resultat

Av de 20 deltagarna var 2 från vardera gruppen tvugna att uteslutas på grund av skador (menisksador i knän och andra skador). I tabell I–VI redovisas för båda grupperna vikt, bänkpress, syreupptagningsförmåga, vilopuls, blodtryck, blodglykos, hämoglobin och hämatokrit före och efter försöket.

I placebo-gruppen uppstod inga signifikanta förändringar under de 8 veckor försöket varade.

I ginseng-gruppen uppstod ingen signifikant förändring av vikt eller hämoglobin. Bänkpressen förbättrades signifikant ($P < 0,001$) med 21% (tabell IV och VI), syreupptagningsförmågan ökade signifikant ($P < 0,001$) med 15% (räknat per kg kroppsvikt) och 22% (totalt) (tabell III och V) och hämatokrit ökade likaså signifikant ($P < 0,01$). Både systoliskt och diastoliskt blodtryck minskade signifikant ($P < 0,01$ resp $0,05$) liksom vilopuls och blod-glykos.

Tabell III. Syreupptagningsresultat

Objekt	Placebogrupp			
	Resultat ml/kg×min		Förändring	
	för	eft	(ml*)	(%)
1	35	30	-5	-14,3
2	42	36	-6	-14,3
6	50	48	-2	-4,0
7	47	48	+1	+2,1
16	34	35	+1	+2,9
17	39	40	+1	+2,6
19	47	45	-2	-4,3
20	43	42	-1	-2,3

Förändring i procent
* ml/kg×min

Objekt	Ginsenggrupp			
	Resultat ml/kg×min		Förändring	
	för	eft	(ml*)	(%)
3	44	52	+8	+18,2
4	50	60	+10	+20,0
8	39	50	+11	+28,2
10	45	57	+12	+26,7
12	45	53	+8	+17,8
14	33	42	+9	+27,3
15	34	40	+6	+17,6
18	39	52	+13	+33,3

Förändring i procent
* ml/kg×min

Diskussion

De erhållna resultaten överensstämmer med tidigare publicerade undersökningar och med den erfarenhet som idrottsmän från Asien rapporterar. En prestationsförhöjning och ökning av syreupptagningsförmågan med mer än 20% jämte minskning av vilopuls på 10% får anses vara anmärkningsvärd och tyder på att den förbättrande effekten av ginseng tidigare underskattats. Då ginseng ej finns upptagen på dopinglistan över förbjudna medel och ej heller ger utslag i dagens tester, kan det anses rimligt att använ-

da detta preparat för att förbättra tränings- och tävlingsresultaten och därigenom åstadkomma större rättvisa vid tävling med idrottsmän som regelbundet använder detta medel.

Att det tidigare ej diskuterats särskilt mycket i idrottssammanhang i Västerlandet beror troligen på att man ansett att medlet saknat effekt – en uppfattning som ofta företrädes av experter när det blir tal om naturmedel.

De använda doserna, huvudsakligen på nivån 1,32 g aktiv substans är rätt höga och brukar ej rekommenderas som normal kontinuerlig dos.

Materialet är litet (8+8) varför den höga signifikansnivån understryker att de erhållna resultaten är helt säkerställda och effekterna mycket uttalande.

I tidigare undersökningar har effekten på prestation vanligen legat klart under 20%, varvid dock dosen varit

Tabell IV. Bänkpressresultat

Objekt	Placebogrupp			
	Resultat (kg)		Förändring	
	för	eft	(kg)	(%)
1	145,0	147,5	+2,5	+1,7
2	102,5	100,0	-2,5	-2,4
6	180,0	170,0	-10,0	-5,6
7	80,0	82,5	+2,5	+3,1
16	90,0	90,0	0,0	0,0
17	102,5	105,0	+2,5	+2,4
19	100,0	95,0	-5,0	-5,0
20	155,0	150,0	-5,0	-3,2

Förändring i procent

Objekt	Ginsenggrupp			
	Resultat (kg)		Förändring	
	för	eft	(kg)	(%)
3	90,0	110,0	+20,0	+22,2
4	97,5	115,0	+17,5	+17,9
8	77,5	100,0	+22,5	+29,0
10	82,5	105,0	+22,5	+27,3
12	175,0	200,0	+25,0	+14,3
14	135,0	175,0	+40,0	+29,6
15	100,0	115,0	+15,0	+15,0
18	95,0	110,0	+15,0	+15,8

Förändring i procent

betydligt lägre. Ytterligare undersökningar kan tänkas klarlägga om en direkt dos/response-effekt föreligger i doseringsintervallet upp till 1,5 gram/dag.

Den tyngdlyftare som råkade bli testad sex gånger (Anders Lindsjö) är en ren " Ginseng-produkt" och placerade sig vid JVM 1989 på andra plats i stöt, på tredje plats i ryck och på tredje plats sammanlagt, med nordiskt rekord i alla grenar – detta i hård öststatskonkurrens, vilket aldrig någon nordisk junior tidigare åstadkommit!

Tabell V. Genomsnittsvärden**Syreupptagningsförmåga**

Placebo			Ginseng		
Före	Efter	Ändring	Före	Efter	Ändring
42,1 ml/kg	41,8 ml/kg	-0,7%	41,1 ml/kg	50,8 ml/kg	+23,6%

Tabell VI. Genomsnittsvärden**Bänkpress**

Placebo			Ginseng		
Före	Efter	Ändring	Före	Efter	Ändring
119,4 kg	117,5 kg	-1,6%	106,6 kg	128,8 kg	+20,8%

Referenser

1. Lahti, S. Påverkas prestationsförmågan av röd ginseng? *Swed J Biol Med*, 1986, 3, 14-15.
2. Le Fau, M. The effect of Geriatric Pharmaton versus placebo in physical fatigue and recovery. *Sport et Médecine, Special Issue*, 1985, No 41, 34-41.
3. Tesch P, Johansson H, Kaiser P. Effekten av ginseng, vitaminer och mineraler på fysisk arbetsförmåga hos medelålders män. *Läkartidningen* 1987; 84:4326-8.

Författarpresentation:

Stig Lahti är läkare vid Eskilstuna Allmänmedicin, vid Idrotts- och Motions-skademottagningen Eskilstuna, vid Eskilstuna Hälso- & Rehabklinik samt läkare för Svenska Tyngdlyftarförbundet.

Postadress: Eskilstuna Allmänmedicin. Krongatan 9 B, 63226 Eskilstuna.

SIMG – JANSSEN RESEARCH FOUNDATION PRIZE

Every General Practitioner who'd like to set up research can apply for the SIMG – Janssen Research Foundation Prize.

This international prize, worth 100.000 BEF (± 2.500 USD) will be awarded for the 14th time in 1989. It will give support to carry out a research project.

What kind of research?

Whatever subject that is related to the broad field of General Practice.

Conditions?

The applicant has to send a protocol

- of no more than 1000 words
- in english, german or french
- before the 30th of November '89
- to the undermentioned address

The aims, the importance and the methodology of the projekt should be illustrated without mentioning the author's name or other details that should make the origin recognizable.

Assessment

An international jury of General Practitioners, composed by the SIMG (Societas Internationalis Medi-

cinae Generalis) will rate the anonymous applications. They will pay attention to the following criteria:

- is the hypothesis clear?
- is the proposed methodology correct?
- is the work feasible for general practise?
- can the work be repeated at an international scale?

Only the best application will be awarded. The winner has to finish his work within 2 years and, later on, he has to present his results at an SIMG Congress.

The winner will be paid half the amount of the Prize at the moment of selection; the second half will be paid at the presentation of the results.

By organizing and funding the Prize, SIMG and JANSSEN RESEARCH FOUNDATION hope to stimulate research in general practice.

prof. R. De Smet, M.D.
Secretary of the Jury
 U.Z. – Blok A
 De Pintelaan 185
 B-9000 Gent



Samma hatt passar inte alla huvuden.

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

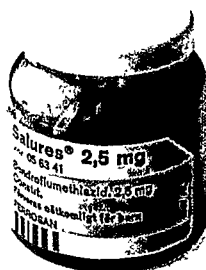
alfa-blockerare

kaliumsparare

Den nya trenden att individualisera blodtrycksbehandlingen kan innebära att mer än ett läkemedel blir aktuellt. Salures i låg engångsdos, 2,5 — 5 mg, är det baspreparat som lämpar sig för kombination med både kalcium-antagonister, ACE-hämmare, betablockerare, alfablockerare och kaliumsparare.

*"Low-dose Antihypertensive Treatment with a Thiazide Diuretic Is Not Diabetogenic."**

*Acta Med. Scand. 1986 220: 419 — 24. Göran Berglund.



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

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.

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

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

Obs! Alla medlemmar i SFAM erhåller för 1989/90 automatiskt tidskrifterna AllmänMedicin och Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Anmälan om medlemskap i SFAM

Namn:

Adress:

Postnr: Ort:

Tel:

Medlem i Sveriges Läkarförbund ☐ Ja ☐ Nej

FRANKERAS

AllmänMedicin
Margareta Lindborg
172 83 Sundbyberg

Psykiatri og religion – en religions- psykologisk innføring

ATLE RONESS

Universitetsforlaget 1988
ISBN 82-00-03583-2

Författaren är direktör och överläkare vid Modum Bads Nervesanatorium i Norge. Han är med.dr. teol.kand och utbildad psykoterapeut.

Länge har religionen varit tabu inom psykologi och psykiatri men börjar nu diskuteras alltmer inom internationell facklitteratur. Vare sig man är fackkunnig inom något vårdyrke eller är lekman får man gott utbyte av att läsa denna bok. Författaren vill belysa området mellan psykiatri och religion. Inledningsvis tas olika psykologiska skolor upp och deras förhållande till religion. **Freuds** inställning till religion som regression, illusion och universell tvångsneuros med ett behov av föräldrasubstitut skall ses mot bakgrunden av förnufts plats i högsåtet genom positivismen menar författaren. Vidare poängteras att psykoanalysen ej får tas till intäkt för en totalförståelse av människan utan behöver kompletteras med andra teorier.

Olika religiösa fenomen som bla väckelse, helbrägdagörelse och sk nyreligiositet belyses intressant ur psykologisk/psykiatrisk synvinkel. De flesta studier visar ej någon positiv eller negativ korrelation mellan religiositet och mental hälsa får vi veta. Även om psykoser kan ha religiös prägel får aldrig religiöst engagement ses som uttryck för psykopatologi menar författaren – och det kan väl tyckas riktigt. I kapitlet "Religiösa väckelser" redogörs för de sk "väckelsepsykosernas" genes vilket har studerats av Gordon Johnsen (1980) och han menar fyra grupper kan urskiljas: 1. de som löser problem genom en akut psykos, 2. hypersensitiva, neurasteniska personer som berusas av starka känslor, 3. oroliga människor med depressionstendens som får mer extatisk präglade religiösa upplevelser, 4. människor med latent schizofreni som genom väckelsen får en akut psykos och manifesterar schizofreni.

I kapitlet "Värdenneutralitet i psykoterapi?" menar författaren att en total sådan är orimlig men terapeutens "maktposition" får ej missbrukas. Acceptans och fördomsfrihet i den terapeutiska attityden betonas. Det understryks att patienten själv bör ta initiativ till diskutera religiösa spörsmål och vidare att religion ej bör vara förbehållet prästen liksom terapi ej förbehållet terapeuten. (Dock är det

ju viktigt klargöra sin roll i sammanhanget för patienten.) **Självvårdens** betydelse att bana väg för terapi, handskas med skuldproblem, existentiella frågor, korrigera patologiska religiösa mönster och att finnas för patienten med kroniska sjukdomar betonas.

Humanistiskt och naturvetenskapligt synsätt bör alltmer söka komplettera varandra om en helhetssyn på tillvaron eftersträvas. Författaren tar i denna bok ett gott steg i denna riktning, vilket är glädjande.

Eivor Elkan, vik distr.läk

Sollentuna Vårdcentral, Box 164, 191 23 Sollentuna

Hälsa och stress – stress och sjukdom

GERHARD OCH STINA DOTEVALL

Almqvist och Wiksell 147 sid.
Pris 230 kr.

Magdoktorn Gerhard Dotevall har i olika sammanhang gått till angrepp mot ett snävt biomedicinskt synsätt – i första hand sådant det kommer till uttryck inom hans egen disciplin gastroenterologin. Nu har han tillsammans med hustrun Stina Dotevall skrivit en bok, som på ett mera övergripande sätt närmar sig hälsoproblemen utifrån ett psykosocialt och ett biomedicinskt perspektiv.

Boken heter **Hälsa och stress – stress och sjukdom**. Den inleds med en diskussion kring olika sjukdomsmodeller och ger en mycket kortfattad historisk-filosofisk bakgrund. Med utgångspunkt i antiken når man bla via Descartes dualism fram till vår tids förhärskande mekanistiska sjukdomsmodell. Med hjälp av många goda fallbeskrivningar framhäver författarna betydelsen av att arbeta utifrån en adekvat sjukdomsmodell om man inte ska hamna alldeles snett.

De följande kapitlen diskuterar stress, somatiska stressreaktioner och mynnar så småningom ut i ett resonemang kring den **jämviktsrubbnings** som den kroniska stressen förr eller senare åstadkommer. Såväl psykiska som psykosomatiska symtom kan bli följden. Individens konstitution, bakgrund och nussituation bestämmer den specifika symptomutvecklingen.

Efter en kort genomgång av några psykologiska behandlingsmetoder går författarna så över till att diskutera psykosomatiska samband vid vanliga sjukdomar i olika organsystem. Störningar i cirkulationsorgan, immunsystem och vid cancersjukdomar refereras kortfattat.

Betydligt större djup får framställningen när man kommer in på specialområdet mag-tarmsjukdomar. Det fysiologiska sambandet mellan CNS och mag-tarmkanal får bilda den biologiska bakgrunden till de följande kapitelns mera detaljerade genomgång av störningar hela vägen från matstrupe till rectum.

Flertalet kapitel är här upplagda som en klassisk lärobok med underrubriker som patogenes, patofysiologi, klinik, diagnos, behandling. Man kan ha delade meningar om en sådan disposition. Den underlättar för oss medicinare, som är vana att läsa på detta vis, men möjligen tenderar den att befästa ett traditionellt klassifikations- och apparattänkande. Tack vare att författarna vinlägger sig om att sätta in varje tillstånd i ett rimligt psykosocialt sammanhang, tycker jag ändå att man klarar sig ur denna fälla. De fina fallbeskrivningarna ger även här gott stöd åt den teoretiska texten.

Personligen får jag mest ut av kapitlet om ulcus duodenale, colon irritabile och icke-ulcusdyspepsi (IUD). Dessa tillstånd utgör ju sammantagna en ansevärd del av magproblemen på en allmänläkarmottagning.

Nyréns avhandling om IUD omnämnes kortfattat. Det påpekas att personer med IUD inte har förhöjd saltsyresekretion, utan ett ändrat motorikmönster och en ändrad känslighet i ventrikel och duodenum. Denna kunskap bör få konsekvenser för förskrivningen av antacida, som i likhet med H₂-blockerare saknar klinisk dokumentation vid IUD.

I kapitlet om ulcus duodeni tas den intressanta diskussionen om H₂-blockerarnas eventuella recidivgenererande effekt upp. Ju potentare blockerare, desto snabbare recidiv enligt Dotevalls. De står inte oemotsagda på den punkten, men alla som använt medlen och brottats med recidivproblemen inser att frågan är angelägen. Den sammanhänger intimt med frågan om sjukdomsmodell och kräver att man klargör, skillnaden mellan *det anatomiska magsåret* och *magsårssjukdomen*. H₂-blockerarna läker effektivt såret (= det mekaniska felet), men den komplexa mänskliga individ som bar såret lever vidare i sin komplexa värld. Om vi inte intresserar oss för detta faktum kommer fabrikanterna av H₂-blockerare att kunna välkomna en allt större skara kroniska medicinätare, som visserligen slipper sitt magsår, men som i gengäld kanske drabbas av "kompensatoriska" lidanden. Såväl svenska som amerikanska undersökningar ger misstanke om sk symptomvandring.

Sjödins arbete med korttidsterapi i kombination med farmaka till en

Naproxen Astra

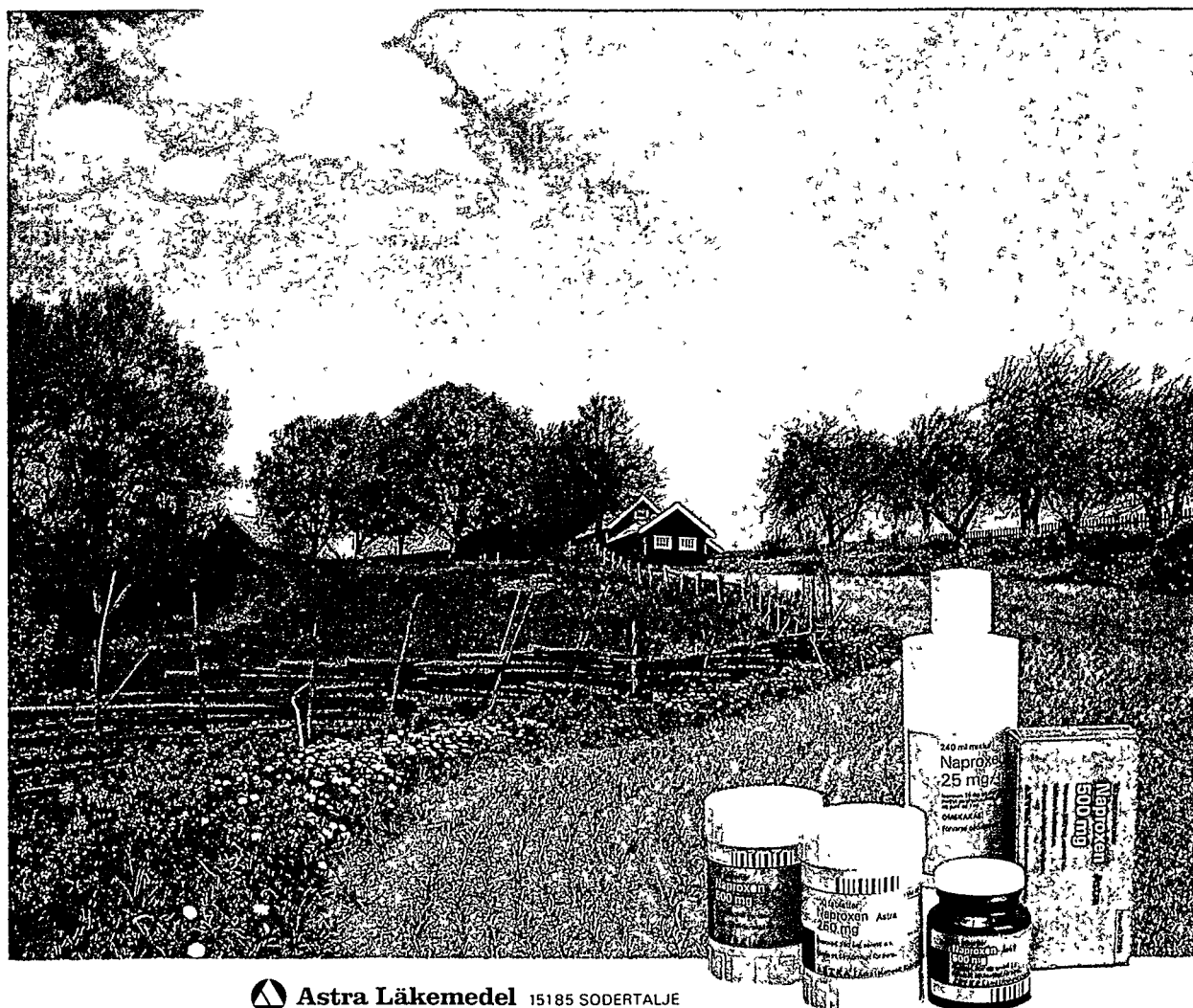


– ett bra erbjudande

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

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

Naproxen Astra - antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt. Tabletter 250 mg, 500 mg, mixtur 25 mg/ml, suppositorier 500 mg.



Astra Läkemedel 15185 SODERTALJE

grupp ulcuspatienter har visat att psykologiska behandlingsmetoder är möjliga och kan ge bestående resultat i denna grupp. Dotevalls refererar Sjödings viktiga arbete, liksom Svedlunds motsvarande studie av patienter med colon irritabile. I denna grupp var resultatet ännu mera slående.

Avslutningsvis är detta en viktig bok för alla kliniskt verksamma läkare och annan vårdpersonal. Den lever i stort sett upp till den inledande devisen: *"Mänskligheten behöver inga nya mediciner, men medicinen idag behöver en ny människosyn."*

Jag tycker att boken väl förvaltar den hippokratiska insikten, att det är patienten själv som *tillsammans* med sin läkare måste bekämpa sin sjukdom.

Christer Peterson

Postadress: Vårdcentralen 36030 Lammhult

Spelet om hälsan – Nya spelregler

ANNE MARIE LANDTBLOM

ABF, Luleå 1988

Pris 145:– (plus frakt och adm kostnader)

**Skyll dig själv!
eller
Hälsa för alla!**

ABFs nya studiematerial om hälsan är tänkvärd läsning för allmänläkare. I motsats till våra erfarenheter av individuella konsultationer ställs konsekvent kollektiva positiva exempel på lösningar av de stora hälsoproblemen. Målet blir det goda livet för alla och inte hälsan i sig.

Varför blir vi sjuka?

Johan Hallqvist skriver i introduktionen om erfarenheterna från det tidigare studiematerialet från ABF/Motpol.

Den självklara historiska referensen är Maj-Britt och Gunnar Inghes "Den ofärdiga välfärden". Andra studieorganisationer har haft material med starka inslag av "skylla på offret"-ideologi.

Hälsa som mål eller medel?

I sista kapitlet av "Varför blir vi sjuka?" tar Anna Bexell upp tre "kulturella budskap" kring hälsan.

- 1 – Hälsa är en medicinsk produkt.
- 2 – Hälsa är din egen förtjänst och sjukdom ofta ditt eget fel.
- 3 – Mer utvecklad teknologi, övervakning och kontroll av hälsan gör oss tryggare och friskare.

Analysen mynnar ut i slutsatsen att två punkter är viktiga för att förbättra möjligheterna för god hälsa. Att skapa

en bättre grogrund för fungerande sociala relationer och att skapa möjligheter för människor att få mer makt och inflytande i sina egna liv.

Hälsan blir inte ett mål i sig.

Det nya studiematerialet får ses som en följdriktig fördjupning av detta tema.

Kollektiva lösningar

Författaren Anne-Marie Landtblom inleder varje kapitel med intervjuer eller presentationer av exempel på positiva och konkreta kollektiva lösningar av hälsoproblem inom områdena: Hem- och fritidsmiljö, socialt nätverk, trafikmiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet, storskaliga miljöproblem, kost, tobak och alkohol. Sjukvården blir inte längre det centrala utan hamnar i bakgrunden som kunskapskälla.

Referensgrupp

Författaren har haft stöd av en mycket kompetent referensgrupp från Karolinska Institutet och Statens institut för psykosocial miljömedicin. De bakgrundsfakta som presenteras är mycket välskrivna och populärt hållna utan att för den skulle tumma på den kvalitativa nivån. Här finns mycket allmänbildande även för en allmänläkare.

Idebanken består av genomtänkta diskussionsfrågor och problematiseringar; lästips och källor är nogt angivna.

Sjukvårdens individuella perspektiv

Vid läsningen slår det mig hur begränsat och inskränkt vårt hälsobegrepp är inom sjukvården. Jag tänker då inte bara på de avarter där vi agerar hälsopolis utan även på de i det stora hela progressiva hälsoprojekt som bedrivs.

Som läkare är vi utvalda och utbildade individualister. De kollektiva erfarenheterna är ofta mycket begränsade, vissa har deltagit i lagsporter inom idrotten.

Det kollektiva fackliga arbetet tar sig ibland underliga former och läkarstrejken utmynnade i individuella löner. Det är vårt bidrag till 80-talets ideologiska nyckel: Satsa på dig själv.

Dessutom möter vi hälsoproblem nästan uteslutande i individuella konsultationer.

Skyll dig själv

Folkhälsorapporten visade hur hälso-läget försämrats främst för de grupper som inte lyckades i satsningen på sig själva. Sjukvården saknar till stor del metoder för hälsofrämjande åtgärder för dessa grupper även om primärvården har ett bättre utrymme för prioritering av de svaga.

Det är då avgörande att vid misslyckade försök inte hamna i den ideologiska fällan, att låta frustrationen gå över i patientförakt. "Skyll dig själv!"

Hur ofta hör man inte kommentarer av det slaget på mottagningar och avdelningar och inte minst från kollegor vid mötet av missbrukare av olika slag.

Det rör sig ju faktiskt om högriskgrupper för sjukdom och för tidig död. Däremot skall man ställa krav men det är en annan sak.

Amatör

Vissa artiklar känner jag mig tveksam till. Det gäller ex.vis delar av kostavsnittet. Men det rör sig ju om ett studiematerial som ska väcka frågor, debatt och kritik.

För allmänläkaren kan boken ge en bättre förståelse om sjukvårdens roll i hälsoarbetet. När det gäller att skapa det goda livet är vi alla amatörer.

Ordet amatör betyder "den som älskar".

Författarpresentation

Peter Olsson, FV-läkare i allmänmedicin

Postadress: Arkitektgatan 8, 371 38 Karlskrona



Logotype för The Royal College of General Practitioners.



Logotype för Dansk Selskab for Almenmedicin.



Tidskriften AllmänMedicin har fr o m detta nummer, ny huvudredaktör – ANDERS HÅKANSSON – distriktsläkare vid vårdcentralen Teleborg i Växjö. Referat från hans disputation finns på sid 154.

Tidskriftens redaktionskommitté har samtidigt utökats med Anders' Smålandskollega Christer Petersson, distriktsläkare i Lammhult.



Christer Petersson, Dan Andersson, Cecilia Björkelund, Malin André och Anders Håkansson.

Vad är det för likhet mellan en 1-mansorkester och Novaluzid®?



Novaluzid® kan också utföra flera saker samtidigt. Detta kan behövas, då det ibland finns olika etiologiska faktorer till "ont i magen".

Novaluzid® angriper flera av dessa genom sin:

- syraneutraliserande effekt
- cytoprotektiva egenskap
- gallsaltbindning
- inaktivering av pepsin

Novaluzid® är ett antacidum som innehåller en kombination av aluminium- och magnesium-föreningar. Finns som mixtur, vilken binder 85 mmol HCl/10 ml, samt tuggtabletter som binder 25 mmol HCl/tablett.

Indikationer: Symtomatisk behandling vid epigastralgi och halsbränna. Ulcus ventriculi och duodeni.

Novaluzid®

10 ml mixtur/
miltstaura

SKAKAS VÄL!
RÖTES GODT!
AV VÄST TÄVA HYÖNY!

Hässle
Möndal

Fucitha

BERG LARS JOHAN

GÄSTGIVAREV 16
543 00 TIBRO

734004

acid.fusid.

ögonsalvan
som droppas
morgon
och kväll



Fucithalmic®

Lövens Ögonsalva 1% Stafylokockantibiotikum S01A A13

Deklaration. 1 g ögonsalva innehåller:

Acid. fusid. 10 mg, conservans (benzalkon. chlorid.) 0,1 mg, natr. edetas 0,5 mg, manitol., carbomer, natr. hydrox., et aq. steril. q.s.

Egenskaper. Fucithalmic är en vattensuspension av mikrokristallinisk fusidinsyra i en viskös beredning, vilket innebär att det upprätthålles effektiva fusidinkoncentrationer i tårvätska upp till 12 timmar efter given dos.

Fusidinsyra har särskilt hög aktivitet mot Staph. aureus och Staph. epidermidis, oavsett om dessa är betalaktamasproducerande eller ej. Streptokocker och Neisseria sp. är också känsliga. Enterobacteriaceae och Pseudomonas sp. är resistenta. Det föreligger ingen korsresistens mellan fusidin och andra antibiotika. Fusidinsyra har god penetration genom cornea in i ögat.

R

Indikationer. Akut konjunktivit orsakad av stafylokocker.

Kontraindikationer. Allergi mot någon av de ingående komponenterna.

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

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

Observera.

Fucithalmic bör inte användas samtidigt med kontaktlinser. Toxicitetsstudier under lång tid saknas varför långtidsbehandling ej rekommenderas.

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

