

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

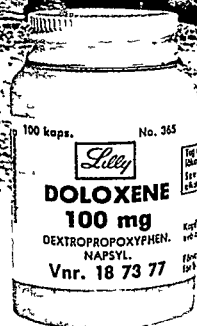
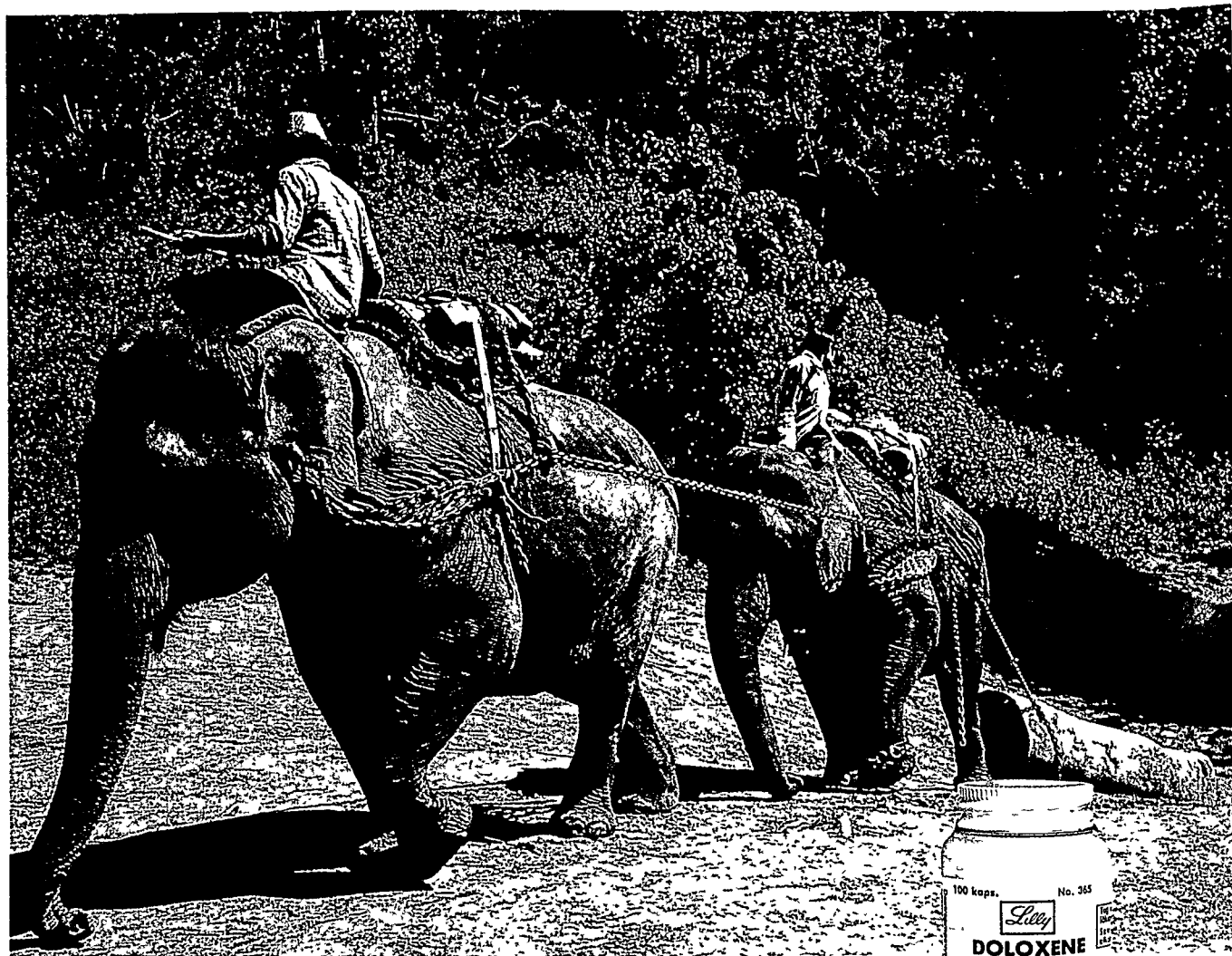


TEMA

5
1989

NORRBOTTEN

Tillsammans blir vi starkare.



DOLOXENE®

Rent dextropropoxifen.

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

Dosera 100 mg×2-3.

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

▲ **Doloxene. Deklaration:** 1 kapsel innehåller; Dextropropoxyphen. napsyl. 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, korrekturläsa, rättas och korrekturläsa 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 utgivningsvecka
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
Inst f socialmedicin/VC Kronan
172 83 Sundbyberg.
Tel: 08/98 94 92 eller 28 22 14 (telefonsv)

Redaktionssekreterare och layout:
Margareta Lindborg

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

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

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

Tryckt på miljövänligt papper hos
Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1989

ISSN 0281-3513

Ledare:

Allmänmedicin i Norrbotten
Urban Janlert, Birger Gran 181

Nytt från SFAM:

181

Kurser & konferenser:

Rapport från trettionde världskongressen om hälsouppllysning
Anders Jeppsson 182

Kalendarium

183

Debatt:

Terminalvård i hemmet – myt bland primärvårdare?
Ingvar Hervius 184

Se upp med GP nostalgi!

Hans Thörn 184

Allmänläkaren vid den stora floden – en sann berättelse
från Järvsö

Henrik Ask 185

Nöjda allmänmedicinare i Blekinge

Christer Olofsson, Peter Olsson 188

Tema NORRBOTTEN:

Hjärt-kärlprevention i skolhälsovården – resultat från
hälsokontroller i nionde klass på en skola i Luleå
Birger Gran 189

Guide Médecine – ett kvalitetsmått

Birgitta Olsson, Anders Lindman 192

Ett lärorikt fall

Björn Olsson 196

Höftfrakturer – litteraturöversikt

Britt Sjölin-Israelsson 197

Apoteksbolaget

199

Erfarenheter av fyra års hjärt- och kärlpreventivt arbete
Ulla Waller, Marja-Leena Aho

203

Handledning av underläkare – exemplet Piteå

Ingemar L Nilsson 205

Finns det några rökfria restauranger i Luleå?

Anders Lindman 207

Halsinfektioner:

Halsinfektioner och antibiotika – en utmaning för distriktsläkaren
Örjan Andersson 209

Primärvård i fält:

Sjukvård på läger
Kjell Hultsten 213

Forskning och utbildning:

Validitetsproblem i den kvalitativt inriktade forskningen
Niels Lynöe 216

Intoxikationer:

Intoxikationsfall behandlade vid Säffle sjukhus 1974–84
Dennis Hansson 219

Recensioner:

Almene helbredsproblem – en lärebog i almen medicin.
Red: Hollnagel H, Nörrelund N, Schroll H
Peter Olsson 222

Plendil®

Felodipin

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

lämnar

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

hjärtat

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

i fred.

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

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

Allmänmedicin i Norrbotten

LBO 6416

Norrbotten är i många avseenden extremernas län. Beläget längst i norr, stort som en fjärdedel av Sverige, med den lägsta befolkningstätheten i Sverige, en allmänt låg läkartäthet men med det högsta antalet allmänläkartjänster per invånare bedriver man en hälso- och sjukvård som ur många synpunkter knappast kan sägas vara representativ för landet som helhet.

Det är sällan någon slump som gör att man som distriktsläkare hamnar i Norrbotten (vilket däremot lätt kan vara orsaken till att man hamnar i eller intill Sveriges största städer). Här finns ofta ett val – i första hand hoppas vi till trakten av olika skäl, men det kan inte också uteslutas att man valt att komma hit därför att man vill från något annat. Allmänmedicinen som arbetsområde har många speciella karakteristika. Ett är den nära kontakten med patienterna – en kontakt som gör att många löper risk för det som idag med något av en modeterm kallas för "utbränning". Det är därför viktigt

att utforma allmänläkarens arbetsuppgifter så att man i möjligaste mån förhindrar detta. Man måste få variation och stimulans som gör att man växer i sitt arbete i stället för att förbrännas i det.

Forsknings- och utvecklingsarbete kan vara en sådan stimulans. För att uppmuntra till FoU i länet delar landstinget årligen ut 1,5 mkr för FoU-ändamål, där hälften av beloppet reserveras för primärvården.

I Norrbotten finns det ingen utvecklingsvårdcentral. Det är ett resultat av distriktsläkarnas önskan att möjliggöra FoU på alla vårdcentraler, inte bara på någon enstaka. För att underlätta denna decentraliserade FoU finns dels FoU-anslaget, dels en särskild tjänst för en distriktsläkare med uppgift att stimulera till forsknings- och utvecklingsarbete i primärvården.

Något av resultatet kan beskådas i det här numret av AllmänMedicin. Från Piteå redogör Ingemar Nilsson för handledning av underläkare inom

allmänmedicinen och Björn Olsson i Luleå presenterar ett lärorikt fall. Birger Gran redovisar i "Hjärt-kärlprevention i skolhälsovården" en del av ett större hjärt-kärlpreventionsprojekt som omfattar hela Luleå. Tillsammans med Birgitta Olsson har Anders Lindman funderat på kvalitetsmått inom primärvården och gett förslag på ett slags "Guide Medicine" efter mönster från den berömda franska matguiden. Britt Sjölin-Israelsson i Råneå har studerat höftfrakturernas utveckling och orsaker. Och från den östra delen av länet redogör Ulla Waller och Marja-Leena Aho för erfarenheterna av fyra års hjärt-kärl-preventivt arbete.

Så kan de se ut när varje vårdcentral försöker vara en utvecklingsvårdcentral.

Urban Janlert

Birger Gran

Nytt från SFAM

SFAM:s styrelse kommer att föreslå en organisationsförändring för tidskriften AllmänMedicin vid årsmötet den 1/12 1989.

Bakgrund

Det ekonomiska förhållandet mellan SFAM och tidskriften AllmänMedicin har under flera år varit komplicerat. Med nuvarande organisation, där tidskriften är direkt underställd SFAM:s styrelse, kan tidskriften inte anställa någon person, eftersom föreningen då har lagstadgade skyldigheter som arbetsgivare, i vilka också ingår skyldighet att betala skatt och moms.

Förslag: Tidskriften blir aktiebolag

Om tidskriften AllmänMedicin omvandlas till aktiebolag, kan de juridiska komplikationerna hanteras på ett

enklare sätt än tidigare. SFAM blir helägare av bolaget och tillsätter dess styrelse. I styrelsen bör SFAM vara representerat av bland annat ordförande och kassör. Likaså bör tidskriftens huvudredaktör ingå i styrelsen. Styrelsen utser en VD, som är ansvarig för tidningens drift. Denna VD kan exempelvis vara huvudredaktören.

Tidskriftens vinster tillfaller aktieägarna, det vill säga SFAM (liksom förlusterna). Genom att en styrelse tillsätts, kan verksamheten följas kontinuerligt och arbetsgivaransvaret fördelas på färre antal personer, vilket borgar för att risken för förlust minimeras och att kommunikationen blir mer direkt mellan styrelse och redaktion.

Aktiebolaget bör ha samma räkenskapsår som SFAM, så att en årsrapport finns färdig vid årsmötet och bolagsstämma kan hållas samtidigt.

Sammanfattning

Tidskriften AllmänMedicin får på detta sätt möjlighet att anställa personer till redaktionen och att fullgöra sitt arbetsgivaransvar. Detta kan då ske under trygghet ekonomiska former, både för arbetstagarna, styrelserna och föreningsmedlemmarna.

September 1989

Göran Sjönell, Anders Håkansson och Cecilia Björkelund

Rapport från trettonde världskongressen om hälsouppllysning

130 6417

ANDERS JEPPSSON

International Union for Health Education arrangerade i månadsskiftet augusti-september 1988 sin trettonde världskongress i Houston, Texas. Ungefär 1 400 deltagare från något över 100 länder hade samlats. Kongressens tema var "Participation for All in Health". President Reagan hälsade deltagarna välkomna via inspelad videofilm.

Nyckelord: Hälsouppllysning, kongressrapporter

"Hälsouppllysning: Den stora alliansen"

WHO:s generaldirektör, Hiroshi Nakajima hälsade kongressen. Han talade om vikten av folkets deltagande i hälsoprocessen.

Huvuddelen av världens hälsoproblem och prematura dödsfall kan förebyggas genom förändringar i mänskligt beteende och till låg kostnad. Vi har kunnandet och tekniken, men det måste omformas till effektiv handling på samhällsnivå.

Föräldrar och familjer skulle med stöd kunna rädda 2/3 av de 14 miljoner barn som dör varje år, om de bara var informerade och motiverade. Vaccination enbart skulle kunna rädda 3 miljoner liv och ytterligare 3 miljoner dödsfall/år skulle kunna förebyggas med oral rehydrering, en enkel och billig teknik. Enligt en nyligen utkommen rapport svarar kost och matvanor för 2/3 av dödsfallen i Förenta Stater. I Indien dör 600 000 människor varje år av tobaksrelaterade sjukdomar. Siffran för hela världen är enligt beräkningar från WHO ca 2,5 miljoner dödsfall/år. Nakajima menade, att parollen "AIDS - dö inte av okunnighet" också kan tillämpas på vilket annat hälsoproblem som helst. Men Nakajima varnade också för att "skyl-la på offret". Samhället måste göra det möjligt för folk att leva hälsosamt.

På områden som kardiovaskulär hälsa, rökning och trafiksäkerhet, har en kombination av uppllysning och lagstiftning i många i-länder kraftigt reducerat olyckor och dödsfall. Genom uppllysningskampanjer har vaccinationer av barn i u-länderna på 10 år ökat i täckning från 5% till över 50%; man beräknar att detta enbart under 1987 ledde till att 1,5 miljoner barn räddades till livet - ett exempel på kombinerade och synergistiska effekter av upp-

lysning, teknologi och fungerande organisation. Även beträffande AIDS har rönts positiva förändringar i beteende inom definierade populationer.

Men Nakajima pekade också på problem: Höga födelsetal i många nationer medför hälsoproblem, exempelvis dör 15 miljoner nyfödda barn per år i Indien; amningsfrekvensen är fortfarande inte den önskvärda; kardiovaskulär sjukdom och hypertoni ökar i vissa östeuropeiska länder och i många u-länder. Varför ökar alkoholkonsumtionen i så många länder?

Nakajima menade, att det inte enbart räcker med individuell kunskap och förståelse; även ett gynnsamt socialt klimat och en stödjande struktur är nödvändig. Ökad kunskap om hälsa bland politiker i allmänhet måste omvandlas till strategier, lagstiftning och omfördelning av resurser. Nakajima betonade vikten av att bygga nätverk: Nya allianser med massmedia, skolor, yrkes- och samhällsorganisationer. Vi måste bryta vår isolering och vinna partners i kampen för en bättre folkhälsa.

Vi ska inte längre nöja oss med blygsamma och lokala framgångar. Effekten av hälsouppllysning kan mångfaldigas om hela nationens ledare blir aktivt inblandade. För att uppnå detta måste hälsouppllysning använda alla masskommunikationsmedel som finns tillgängliga idag.

"Att engagera människor och samhälle"

Pekka Puska, portalfigur inom Nordkarelenprojektet i Finland, pratade på detta tema. På 1920- och 30-talen var TBC fortfarande den störste dräparen. Fattigdom och dåliga bostäder bidrog till att sprida sjukdomen. Masssjukdom krävde massaktion. Puska menade, att både infektiösa sjukdomar och icke infektiösa sjukdomar har sina rötter i beteende och i kulturella och socioekonomiska förhållanden. Man måste således ändra på både beteende, livsstil och miljö. Detta förutsätter ett brett kunnande inom såväl socialpsykologi, sociologi som samhällsorganisation. Puska menade, att personal inom vården spelar en oerhörd viktig roll, då denna har kunskap om sjukdomar. Han tog också upp problemet om initiativet skall komma inifrån sjukvården eller utifrån samhället. Han menade att hälsoarbetare skall informera och agera som katalysatorer, men man måste arbeta med folket snarare än för folket.

Kärngruppen i olika projekt kan engagera såväl experter som lekmän. *Hälsouppllysning är lika mycket konst som vetenskap.* Hälsobefrämjande arbete och sjukdomsprevention är olika och icke utbytbara infallsvinklar.

"Att stödja samhälleligt deltagande"

Maureen Law, biträdande hälsominister i Kanada, inledde. Hon gick tillbaka till programmet "New Perspective On Health", som lades fram av dåvarande hälsoministern Marc Lalonde 1974. Denna rapport pekade på fyra faktorer som styr hälsan:

Den mänskliga biologin, miljön, livsstilen och hälso- och sjukvårdssystemet. Denna rapport har ju inneburit att man fokuserat på livsstilens betydelse. Det har ibland också lett till att andra faktorer undervärderats. Hon menade att en strikt medicinskt orienterad syn leder till en "skyll-på-offret-attityd". Hon betonade att ojämlik i hälsa har sina rötter i social ojämlikhet. På det globala fältet måste man stödja hälsoaktiviteter på två vägar: Inga motsägelsefulla effekter till u-länder, tex inte exportera tobak eller avfall; utveckla samarbete med kollegor i u-länder.

Violet Cherry, kommunal hälsoupplysare, visade på avigsidorna inom USA, där 14 miljoner amerikanare helt saknar socialförsäkring. Hon menade, att jämlikhet i hälsa inte är ett privilegium utan en rätt. Förutsättningen för att bygga upp hälsoarbete är att rådfråga och diskutera med folket. Men vi hälsoarbetare isolerar oss ofta. Var inte rädd att bli kallad för aktivist eller bråkmakare!

"Att engagera hela hälso- och sjukvårdssystemet"

William Foege, USA, menade att hälsouppllysning är för mycket för enbart hälsoupplysare. Han tyckte också att läkare är dåliga på att kommunicera, dels har de inte tid, dels tror de inte på tvåvägskommunikation. Andra viktiga fiender är fatalism och vetenskaplig analfabetism.

"Att uppnå intersektoriellt stöd"

Juan Flavio, karismatisk hälsoupplysare från Filippinerna, menade att man i hälsouppllysningsarbete bör ställa tre viktiga frågor: Vem bestämmer? Vem kontrollerar? Vem tjänar på detta? Han menade att nedslående resultat för hälsouppllysningskampanjer oftast har berott på att man inte har lyckats engagera folket. Han menade,

att hälsoupplysare ofta får allmänna uppmaningar som att gå ut på fältet! Uppfyll behoven! Men att man glömmet den grundläggande frågan: Hur?

"Barnen behöver försvarsadvokater"
Kongressen avslutades bl a med ett tal av James P Grant, direktör för FN:s barnfond, UNICEF. Han menade att resten av 1900-talet kommer att bli den mest spännande tidsperioden i hälsoarbetets historia. Han pekade på positiva faktorer för hälsa: Intresset har ökat för barns hälsa, vaccinationsprogram är tillgängliga, möjliga att utföra och har i hög utsträckning genomförts. Masskommunikationerna har utvecklats mycket snabbt. Det finns möjlighet till *intersektoriellt* arbete.

Han pekade på några betydande hälsoproblem: i västvärlden – tobak; i den socialistiska världen – alkohol; i den tredje världen – barnadödligheten. Sju afrikanska länder har nått sina vaccinationsmål, som är bättre än USA:s.

Till exempel i Colombia frågar alltid prästerna vid dopet om barnet är vaccinerat. Om inte, frågar man varför och försöker övertala föräldrarna att låta vaccinera. I Libanon och El Salvador har man stoppat kriget enstaka dagar för att vaccinera barnen, eftersom fler barn dör av att inte vara vaccinerade än av kriget!

De prematura dödsfallen motsvarar ett Hiroshima varannan dag. Men det sker ingen motsvarande mobilisering mot dessa dödsfall. Varje dag dör fler människor i diarrésjukdomar än i Bhopalkatastrofen. Grant avslutade med att nämna, att oral rehydreringsterapi ännu inte är särskilt välkänd bland folket, men att den är det viktigaste bidraget till hälsan under hela 1900-talet.

Avslutning

Kongressen kan sägas vara mätare på var hälsoupplysningen står idag och vilken färdriktning som är aktuell de närmaste åren. Det handlar alltså mycket om arbete på samhälls nivå, intersektoriellt arbete och att gå utanför hälso- och sjukvårdssektorn. Men vi får inte heller glömma att vi som arbetar inom sjukvården har en oerhört viktig uppgift, eftersom vi sitter inne med kunskap och att folk lyssnar på oss som auktoriteter. Många har vittnat om svårigheterna att få med oss i detta arbete, vilket jag tror kräver mycket ödmjukhet och förändrade attityder från vår sida. Nästa världskongress kommer att hållas i Helsingfors i juni 1991.

Författarpresentation

Anders Jeppsson är primärvårdschef i Timrå och distriktsläkare vid Timrå Vårdcentral.

Postadress: Timrå Vårdcentral, 861 00 Timrå

KALENDARIUM

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

NOVEMBER

□ 6–7 november. Dalby-dagarna. Tema: Vården av de äldre.
Information: Karin Svenninger, Centrum för samhällsmedicin, 240 10 Dalby.

□ 6–7 november. Orienterande kurs i klinisk läkemedelsprövning, SIGTUNA, Sverige.
Information: Inger Jansson eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, S-111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

□ 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 Läkareallskapets Riksstämman.

DECEMBER

□ 1 december. SFAM:s årsmöte vid Riksstämman i Älvsjö. Sal B 14 kl 10–12.

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 Mjones 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.

APRIL

□ 5–6 april. Primärvård i praktiken. Rikskonferens i Borgholm, Öland, för distriktsläkare och distriktssköterskor. *Arrangör:* Kalmar läns landsting.
Information: Personalutbildningen, Kalmar läns landsting, tel 0480-841 62 eller 841 20.

MAJ

□ 10–12 maj. SFAM:s och DLF:s gemensamma Vårnöte 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.



WONCA EUROPEAN REGIONAL CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE

X CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Barcelona 10 / 14 December 1990

WONCAS FÖRSTA EUROPEISKA KONFERENS

Under 1980-talet har ett flertal regionala konferenser anordnats i Woncas regi i Amerika- respektive asienregionen. Någon europeisk konferens har hittills inte organiserats.

Den 9 - 14 december 1990 kommer dock den första konferensen att anordnas av våra spanska kollegor. Den spanska allmänmedicinen är på stark frammarsch sedan fem år tillbaka och deras initiativ att organisera den första europeiska konferensen har accepterats av Woncas styrelse.

Huvudinnehållet i kongressen är ämnen som är mycket aktuella i tiden där jag särskilt vill peka på kvalitetssäkringsseminarierna. Inom Wonca har bildats en arbetsgrupp med representanter från alla länder som mycket aktivt arbetar med kvalitetssäkringsproblematik. Allmänmedicinen i många länder ligger här långt framme och vi har sannolikt en hel del att lära från dessa kollegor.

Tillgänglighet och kontinuitet är begrepp som vi sedan länge känner i Sverige men som återigen är aktuella, inte minst i den internationella diskussionen, framför allt tillgänglighet och kontinuitet och dess relation till behandlingsresultatet är intresse för intensiv forskning i England och Holland.

Eftersom det svenska deltagandet vid kongressen i Israel maj 1989 av olika skäl var lågt, hoppas jag på ett stort svenskt deltagande i kongressen i Barcelona. Framför allt ett deltagande med föredrag, posters och livliga Work shops inlägg.

En gemensam resa för att hålla kostnaderna låga, kommer att arrangeras från Sverige.

Göran Sjönell
Ledamot i Woncas styrelse

Terminalvård i hemmet – myt bland primärvårdare?

INGVAR HERVIUS

Undertecknad diskuterade i en artikel i AllmänMedicin nr 5 1985, huruvida en utbyggd hemsjukvård skulle innebära att fler patienter valde att stanna hemma i livets slutskede, istället för att åka till sjukhuset för terminalvård. Artikeln beskrev antalet dödsfall i hemmet åren 1982–1983 i Västerviks kommun, samt redovisade andelen hemsjukvårdspatienter. En uppföljning har nu gjorts efter 5 år sedan hemsjukvården byggts ut med bl a ökat antal hemtjänst-timmar, kvällspatruller och nattpatruller i kommunen.

Förutsättningar för hemsjukvård

Praktiska förutsättningar för utökad hemsjukvård i Västerviks kommun har tillskapats senaste åren med hjälp av utbyggd primärvård. Antalet svårt sjuka hemsjukvårdspatienter har ökat i takt med att ålderdomshem, sjukhem och akutsjukhusplatser har reducerats samt att patienter valt att vårdas hemma till följd av ändrade attityder i samhället. Förutom sedvanlig hemtjänst och hembesök av distriktssköterska och distriktsläkare har kvällspatrull, nattpatrull, larm till hemsjukvårdscentral samt möjlighet till extravak inrättats.

Fler patienter vårdas alltså i hemmet men väljer fler patienter också att vårdas hemma terminalt för att slutligen också dö hemma?

Befolkningsutveckling och dödstal

Vid kartläggning av dödsfall i hemmet 1982–1983 visade det sig att 12,7% av samtliga dödsfall i kommunen skedde i hemmet. Blott 1/3 av dessa var hemsjukvårdspatienter. Huvuddelen var akuta dödsfall i hjärt-kärlsjukdomar.

Vid uppföljning 1987–1988 fann man att befolkningen minskat med drygt 1 000 invånare till 39 522 samt att andelen äldre än 70 år i befolkningen ökat från 13,7 till 15%. Andelen äldre över 80 år har ökat ännu mera markant. Antalet dödsfall i hemmet har ökat från 128 under tvåårsperioden 1982–1983 till 142 under perioden 1987–1988. Antalet hemsjukvårdspatienter som avlidit i hemmet har ökat från 16 till 22 st. Totalantalet döda i kommunen på en tvåårsperiod har ökat från 1009 till 1065.

Diskussion

En 5-årsuppföljning av antalet dödsfall i hemmet efter utbyggnad av hemsjukvården i Västerviks kommun visar att andelen är väsentligen oförändrad jämfört med en tidigare 2-årsperiod. Den svårt sjuka hemsjukvårdspatienten har, trots en utbyggd hemsjukvård, ändå till slut avlidit på sjukhuset. En utbyggd hemsjukvård är inte det samma som en utbyggd terminalvård och patienten har valt eller tvingats välja att åka till sjukhuset för vård när livet närmast sig sitt slut. Att mäta antalet dödsfall i hemmet är således inget mått på kvantiteten hemsjukvård i en kommun. Huruvida det är ett underkännande av kvalitén i hemsjukvården är en fråga att begrunda.

Vid intervju med flera av kommunens distriktssköterskor framkommer att alltför många väljer att vårdas i hemmet men att resurserna inte räcker till för att ta hand om ett ökat antal svårt sjuka i livets slutskede. Såväl patient, anhörig, som hemsjukvårdsviktar ofta i sina föresatser att klara omvårdnaden när komplikationer inträder exempelvis svår smärta, illamående, nutritionsproblem, psykiska förändringar eller ångest. Ångesten behöver inte vara patientens, utan lika ofta personalens eller anhörigas. Här behövs således insatser för att i praktiken klara av att öka patientens möjlighet att stanna hemma.

Men vi måste också fråga oss om önskemålet att stanna hemma för att dö i sin egen säng är en myt bland primärvårdare. Vill den sjuke och hans anhöriga kanske rent av möta döden på sjukhuset, där tekniskt kunnig personal ger medicinsk trygghet samtidigt som anhöriga kan finnas kring sängen i sin roll som anhörig utan krav på att ha ansvar i sjukvården? Läger vi i hemsjukvården för tung börda på patient och anhöriga? Skall vi kanske ha primärvårdsprofilerade små terminalvårdssjukhem där vi kan kombinera hemkänsla med sjukhusets medicinska kunnande och med hjälp av specialhandplockad personal kunna erbjuda mer än både akutsjukhus och hemsjukvård.

Författarpresentation

Ingvar Hervius, Privatläkare i Allmänmedicin

Postadress: Strandvägen 5. 593 33 Västervik.

Se upp med GP nostalgi!

HANS THÖRN

LBO 6419

Det är mycket som är konstigt! Till det konstigaste hör trendigheten inom den medicinska världen. Att medicinska företrädare med anspråk på att företräda en vetenskapligt grundad mening gång efter annan träder fram och marknadsför olika medicinska och organisatoriska trender. Varje gång med samma krav att bli tagna på allvar, med samma anspråk på att ha funnit de vises sten.

Fabians m fl reserapport från mötet med John Fry är ett tydligt exempel på denna trendighet. Trenden heter nostalgi. För visst är det väl nostalgi det handlar om och inget annat. Beskrivningen av dr Fry's mottagning känner jag igen mycket väl. Så såg det ut hos den doktorn som min omtänksamma mamma drog iväg mej till när jag var krasslig som pojke. Att önska sej tillbaka till femtiotalets arbetsförhållanden är inget annat än nostalgi och som sådant acceptabelt. Som professionell vision är det en katastrof!

30 patienter på en förmiddag är vare sej tjusigt eller önskvärt utan dr Fry är enbart att beklaga. Igår hade jag knappt 30 besök mellan 08.00 och 19.00. Redan det tycker jag är en inadekvat arbetsbörda. Ibland om vintern när dessa arbetstunga dagar kan komma i följd känner jag att jag sviktat. Den stora arbetsbördan gör att jag får en otillräcklighetskänsla som hämmar min kreativitet och förmåga att hålla visionerna (eller är det illusionerna?) om en bättre allmänläkarvård vid liv.

Mina sjuksköterskor gör ett fantastiskt arbete med att, dels sortera patienterna, dels planera mina mottagningstider, dels titta självständigt på patienter och fatta beslut om vettiga åtgärder. Detta är inte vårdcentralsbyråkrati! I ekonomiska frågor har vi delegation på det som är viktigt för oss att fatta beslut om, t ex kurser, litteratur, ledigheter, inköp av utrustning.

Den teknologiska nivån väljer jag själv tillsammans med mina kollegor.

Kollegorna som jag arbetar tillsammans med har jag en god och nära kontakt med på professionell och vänskaplig nivå. Det är lätt att komma överens och vi ställer upp bra för varann när någon behöver vara ledig eller annat stöd. Vi har ett likartat förhållningssätt till patienterna, vilket är något vi utvecklat genom ett långsiktigt samarbete. När det gäller konti-

nuitet för patienter och läkare så löser det sej genom att vi stannat länge på samma ställe. Vi har således en god personalkontinuitet vilket ger patienterna möjlighet att hålla sej till samma läkare om dom är intresserade. Alla är ju faktiskt inte det! De flesta har en läkare som de håller sej till i viktigare spörsmål men förefaller inte ha några betänkligheter att söka en ny läkare vid akuta problem.

Att detta är något väldigt bra och positivt, något vi måste slå vakt om tycker jag är uppenbart. För mej ter sej därför GP-svärmerierna från mälardalsdoktorerna inte som annat än just nostalgiska svärmerier!

Hur klarar dr Sjönell sin enläkarmottagning när han åker på alla sina kurser och konferenser eller när han blir gammal och sjuk? Vem klarar skivan när lådan är stängd? Varför skall vi inte hålla oss med enkel, relativt billig och bra laboratorieteknik eller teknisk utrustning så patienterna kan få snabba och säkrare beslut och besked? På vad sätt innebär en ökning av antalet patienter till 30 pat/förmiddag en kvalitetsförbättring?

With all respect dr Fry ...

Ett lokalt befolkningsansvar kan man leva upp till bättre på en flerläkarmottagning än på en enläkarstation om semesterlagar, jouravtal skall följas. Man behöver inte någon vårdlagsorganisation heller för att detta skall fungera. En positiv, arbetsglad, solidarisk professionell organisation, rätt dimensionerad för sin arbetsuppgift räcker. Det är mera fråga om attityder till patienter, patientservice, personal och dimensionering än fråga om organisationsformer. Makten över arbetsplatsen är naturligtvis viktig. Men makt är också en fråga om attityder, lyhördhet och respekt.

Vad kan vi lära av det brittiska systemet? Att vi måste förbättra vår förmåga att leva upp till områdesansvaret, att kontinuitet är en hörnsten i vår verksamhet, att vi måste arbeta nära patienterna och göra hembesök oftare och utan att det skall föreligga aldeles särskilda skäl. Vi måste lära oss att lita på vår kliniska förmåga och inte utreda i onödan, för säkerhets skull! Vi måste lära oss att som John Fry utveckla innehållet i verksamheten utifrån dess lokala förutsättningar. En bra organisation måste försvaras mot attacker från trendiga läkare och administratörer.

Författarpresentation:

Hans Thörn, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 455 00 Munkedal.

Allmänläkaren vid den stora floden – en sann berättelse från Järvsö

LBO 6420

HENRIK ASK

Jag är uppvuxen i Lund och min släkt är nerlusad med läkare, jag har alltså inte saknat förebilder när det gällt val av yrke. Några distriktsläkare har dock ej förekommit i familjen. En ingift äldre släkting var på sin tid järnvägläkare i Ånge vilket på intet vis ansågs vare sig lämpligt eller hedrande även om min mormor, som var ekonomiskt lagd, alltid framhöll att både han och familjen hade fria tågbiljetter. Den akademiska miljön i Lund är tolerant och förlåtande, en människa kan misslyckas och bli överläkare i Malmö men provinsialläkare – icke! Trotsig och besvärlig bestämde jag mig alltså tidigt för provinsialläkarbanan, jag skulle bli provinsialläkare på landet, långt långt bort från akademins glämgiga amanuenser, stroppiga assistenter, strebrande docenter och petrifierade professorer. Efter en tämligen slumpmässigt styrd utbildning på blandade kliniker utnämndes jag till ordinarie provinsialläkare i Malmberget 1972.

För tjugo år sedan jobbade jag som vikarierande underläkare på Hällnäs sanatorium som vid det laget upphöjts till Umeås lungklinik. Där vårdades en liten same från fjället uppåt Hemavan till, en liten skinn torr man med kronisk bronkit och milda, melankoliska svarta ögon. En natt när jag av någon anledning var uppe på avdelningen fick den lille lappen en mäktig och högst oväntad hematemes. Han spydde i tre raska omgångar upp en dryg liter koagelblandad kaffesump, blev vackert vaxfärgad, vände på ögonen och chockade ner. I ilfart försågs han med ett dropp och jagade i ambulans de sju milen ner till Umeå dit han till all lycka kom i tid för att få sin ulcusblödning hejdad och nytt blod ingjutet. Efter en vecka var han tillbaka på Hällnäs och jag gick in till honom för att hälsa honom välkommen åter och jag förklarade att han hållit på att skrämja slag på mig med sitt våldsamma insjuknande. Han log sitt stillsamma leende och såg på mig med sina melankoliska ögon och sade så här: "Jo, du, när det där så oförmodat kom över mig på natten, när jag kräkte upp allt detta blod och det blev som suddigt för ögonen och ringde i öronen, när jag kände hur allt liv liksom svann ur mig, ja, jag skall säga dig

precis som det var – jag blev nästan nervös!"

Jag är som lappen, jag, jag håller nästan på att bli nervös, höll på att bli, rättare sagt, för nu är det slut med distriktsläkeriet för min del. Efter nästan tjugo år kliver jag av och öppnar eget, allmänläkare förblir jag. Vad är det då som förmår en fridsam distriktsläkare att bryta upp från Landstinget efter alla dessa år? Det viktigaste skälet är precis detsamma som en gång fick mig att välja att bli provinsialläkare – en enviss önskan att vara min egen, att slippa tröstlösa möten och konferenser, att slippa andra överordnade än Gud och Medicinalstyrelsen, numera nedsjunkna till Socialstyrelsen.

Jag har älskat och älskar alltjämt mitt allmänläkaryrke, jag fröjdar mig åt den privilegierade platsen vid den stora floden av oselekerade, till 95% självbotande åkommor där jag, som en alltmer "compleat angler" får fiska efter dom fula fiskarna. Att vara distriktsläkare har förvisso blivit allt mer charmlöst men allmänläkare – lika underbart som någonsin. Kära vänner, i likhet med "The compleat angler" utövar vi en konst, läkekonsten i den speciella både underbara och svårbevästrade form som må kallas allmänläkarkonsten. Detta oerhörda att hur liten den plats än är där du satts att verka – förr eller senare dyker allt upp, malaria, lues, ormbett och hypotalamustumörer, allt. Och vilken insikt får inte den gode allmänläkaren i människans villkor på Jorden, Agatha Christies Mrs Marple bor här inne, hos oss alla.

Vi är dom som skall kunna lägga ihop två och två utifrån vår samlade kunskap om våra patienter, om hans eller hennes bakgrund, sociala förhållanden och livssituation, lyssnande efter det utsagda, alltid tröstande, ofta lindrande, ibland botande. Vi får stå ut med att dela arena med irriskådare, fotsuleterapeuter, magnetcharlataner och homeopater som givetvis botar det självbotande lika framgångsrikt som vi själva förmår. Men det är vi som i kraft av mödosamt inhämtat kunnande hittar hypothyreosen bakom tröttheten, coloncancer bakom den diskreta anemin, mannens alkoholism bakom hustruns palpitationer

ACE-HAMMARE

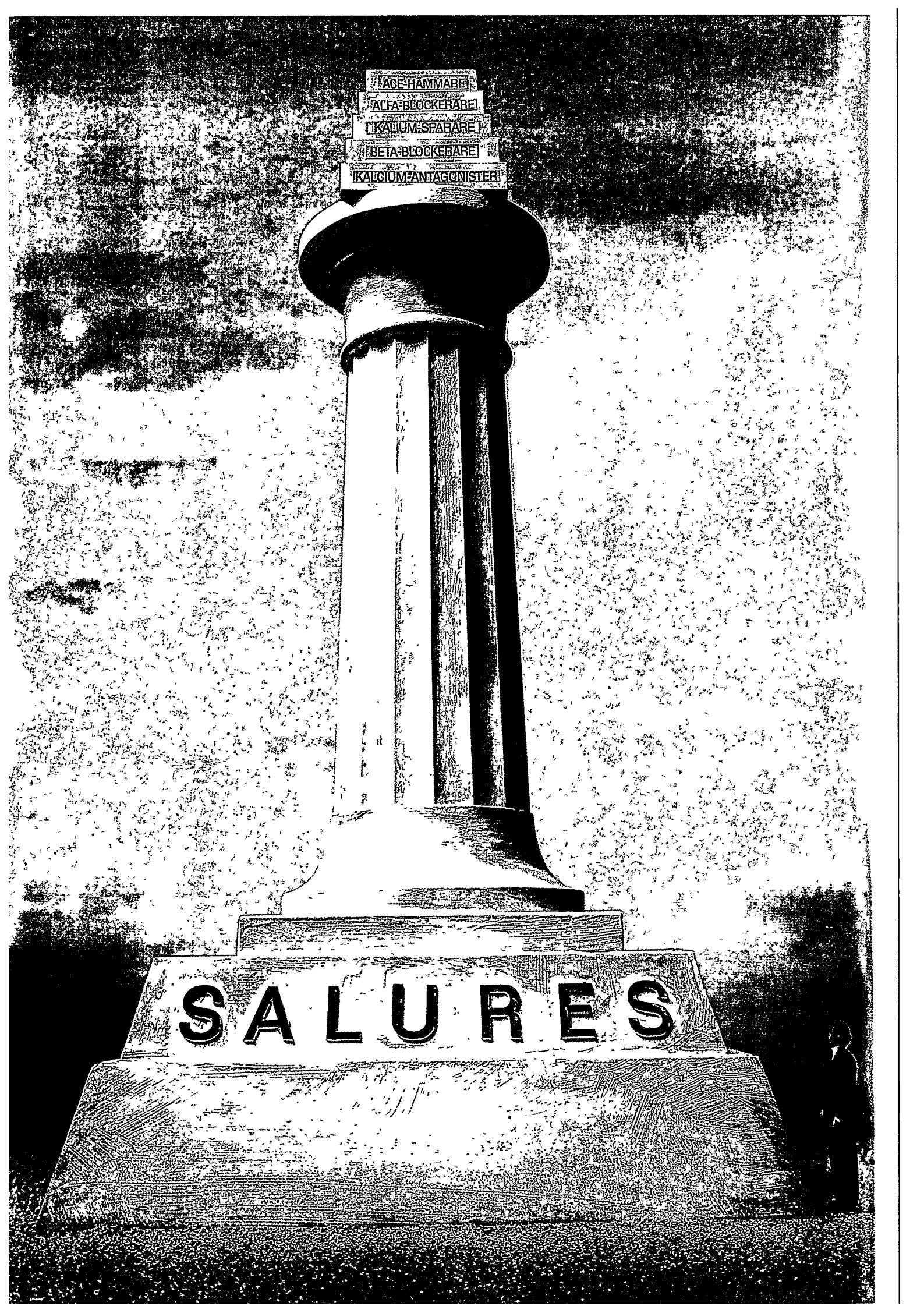
ALFA-BLOCKERARE

KALCIUM-SFARARE

BETA-BLOCKERARE

KALCIUM-ANTAGONISTER

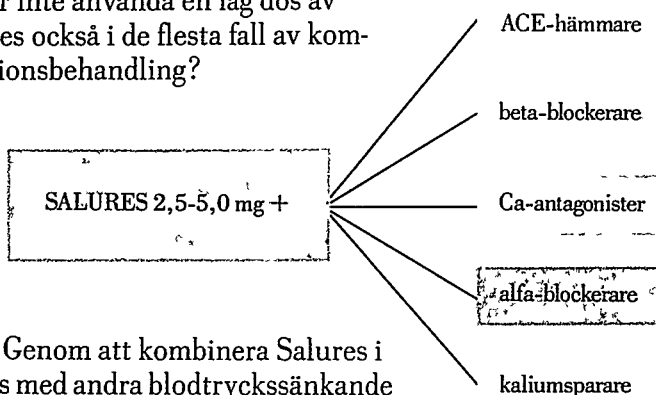
SALURES



Även den nyaste blodtrycksmedicin kan behöva stöd av en klassiker.

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

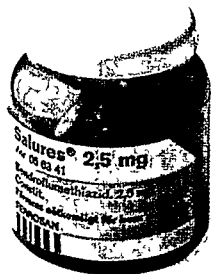
I många fall av måttlig hypertoni är Salures i lågdos ett förstahandsval. Varför inte använda en låg dos av Salures också i de flesta fall av kombinationsbehandling?



Genom att kombinera Salures i lågdos med andra blodtryckssänkande läkemedel, exempelvis kalcium-antagonister, beta-blockerare eller ACE-hämmare, kan man undvika biverkningar samtidigt som man kan ge patienten en mer individualiserad behandling.

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

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



FERROSAN
HJÄRTA/KÄRL
TEL. 040-383000

och depressionen bakom förstoppningen.

Vi bär arvet från Lukas, Hippokrates och Sydenham. Skulle helhetssyn vara någon slags nyhet för oss?? För vår allmänläkarkonst?? Skitsnack. Men det förebyggande då, det förebyggande? Det är väl ändå en bit som vi tagit tag i helt nyligen? Hälsoarbetet, kära vänner, ni har väl startat upp ett offensivt hälsoarbete? Det enda nya i det avseendet torde vara WHO:s sanslöst idiotiska hälsodefinition till leda upprepad av gravallvarliga färskallar på allehanda hälsobefrämjande sammankomster – Hälsa är icke blott frånvaro av sjukdom utan fullständig fysisk, psykisk och social tillfredställelse. Gud sig förbarme! FULLSTÄNDIG FYSISK, PSYKISK OCH SOCIAL TILLFREDSTÄLLELSE! Förlåt en yngling, men vad är i så fall lycka? Sådana deklamationer, kära vänner, dom gör mig nästan nervös.

Och landstingets nykomponerade decentraliserade ledning med sin rika utsädd av medicinskt i bästa fall kvartsbildade administrativa chefer, den gör mig nästan nervös.

Och när jag själv finner mig placerad i Primärvårdsområdeschefens medicinska ledningsstab, då blir jag nervös på riktigt. Vad tror dom att jag är? Någon slags jävla major?

Och när jag skickas på kurs till en karismatisk psykolog som skall lära mig grupparbetets glädjeämnen och en månad senare sitter på en ny kurs, hos nästa karismatiska psykolog som skall lära mig chefskapets lust och obotliga ensamhet, ja då brister något inom mig och jag blir bara förbannad.

Och när jag får brev från något slags HIV-kommando i Hudiksvall som påbjuder att jag vid eventuella positiva HIV-prov skall kontakta en projektanställd kurator som skall vänta i kulisserna när jag går till den tunga uppgiften att meddelä patienten det onekligen svåra beskedet, då blir jag komplett ursinnig.

Jag är professionell – jag lägger ner stor möda på att vidmakthålla och utveckla mitt professionella kunnande, men jag har liten nytta av välmentat råd och föreskrifter från en hop mer eller mindre entusiastiska amatörer. Någonstans inom mig gror en visshet att mellan allmänläkarkonsten och den så kallade primärvården växer sig en klyfta allt djupare och bredare. För mig ter sig den senares huvudsakliga eller primära uppgift tendera vara vården av det allt tätare flätade nätverk på vilket klättergrodor av alla slag och sorter kan bereda sig väg till buskens topp där de enligt skalden luktar lika illa som någonsin.

Jag hyser den djupaste aktning till alla redbara kollegor som orkar att fortsätta sträva som allmänläkare

inom den offentliga vården men jag har fått nog. Efter sju ton år kliver jag av och blir min egen och ingen skall kunna inbilla mig att jag kommer att göra ett sämre jobb eller att mina patienter kommer att lida men eller att hälsoläget i Ljusdals kommun skall bli sämre av att min stol i primärvårdsområdeschefens medicinska lednings- och utvecklingsstab i fortsättningen får gapa tom.

Jag har talat och frälst min själ.

Författarpresentation

Henrik Ask, allmänläkare

Postadress: Kåsjo 5111, 820 40 Järvsö.

Artikeln ursprungligen hållen som föredrag vid SFAM:s årsmöte i Gävle 1988.

Kom till
SFAM:s Årsmöte
vid Riksstämman
i Älvsjö
1 dec Sal B14
kl 10-12

LB06421

Nöjda allmänmedicinare i Blekinge?

CHRISTER OLOFSSON · PETER OLSSON

Några lokala avhopp från primärvården i östra Blekinge var utgångspunkten för en enkät till distriktsläkare och FV-läkare.

Vi skickade ut 50 enkäter; av dessa var 25 till färdiga distriktsläkare, och 25 till personer som innehar eller haft FV-block i allmänmedicin.

Frågorna i enkäten var:

- När under din utbildningstid bestämde du dig för att bli allmänmedicinare?
- Varför valde du allmänmedicin?
- Har du funderat på avhopp?
- Var arbetar du om 5 år?
- Har du förslag till förbättringar i din utbildnings- och arbetssituation?

Vi fick 16 svar från färdiga distriktsläkare och 9 från FV-läkare. Någon påminnelse utgick ej. Svaren var anonyma. Svarsfrekvensen var hög hos distriktsläkarna. Intresset var mindre hos FV-läkarna. Endast 2 av 13 kvinnliga FV-läkare svarade.

Vi vet att en stor del av avhoppet kommer mycket tidigt under FV-tjänstgöringen. Det är en viktig felkälla i analysen då valet av allmänmedicin kanske inte var seriöst.

Man bestämmer sig förhållandevis tidigt i utbildningen för allmänmedicin. Det inskräper vikten av omhändertagandet av kandidater, AT-läkare och vikarier för den framtida rekryteringen.

Av de svarande har nästan hälften inte funderat på avhopp (distrikts-

läkarkårens kärna?). En tredjedel har funderat på avhopp och ytterligare 20% är tveksamma.

Vid den strategiskt viktiga frågan om framtiden stannar dock 70% kvar och endast 15% tänker sig annan specialitet. Trots bortfallet är detta anmärkningsvärt positivt jämfört med läkarförbundets rapport.

Förslagen till förbättringar sammanfaller till stor del med förslag från andra enkäter. Det är dock viktigt att ta vara på lokalt förankrade krav: handledning, mål för både utbildning och verksamhet, Balintgrupp, rimligare arbetsbörda och mindre styrning av vårt arbete.

När det gäller utbildnings- och även arbetsmiljöfrågor är det fullständigt avgörande att det utses någon som är ansvarig för att beslutade förändringar och förbättringar genomförs.

En sammanställning av enkätsvaren sändes ut till alla berörda läkare och administratörer. Vår förhoppning är att enkäten skall stimulera till fortsatt diskussion och förändringsarbete.

Författarpresentation

Christer Olofsson*, FV-läkare allmänmedicin, Karlskrona.

Peter Olsson FV-läkare allmänmedicin, Karlskrona.

* Postadress: Valkyriavägen 5. 371 41 Karlskrona.

Hjärt-kärlprevention i skolhälsovården

– resultat från hälsokontroller i nionde klass på en skola i Luleå

BIRGER GRAN

Betydelsen av att förebyggande insatser mot hjärtkärlsjukdom sätts in tidigt ger skolhälsovården ett speciellt ansvar inom detta område. I förlängningen av ett förebyggande program, "Hjärt-liga Luleå", riktat mot vuxna, har en undersökning av några riskindikatorer för kardiovaskulär sjukdom genomförts på 125 elever i niondeklasserna på en skola i Luleå. Resultatet visade ett medelvärde för s-kolesterol på 3,9 mmoll för pojkarna och 4,4 mmoll för flickorna. 13 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna hade diastoliskt blodtryck mellan 80–90 mm Hg, och ingen hade över 90 mm Hg. Daglig tobaksrökning uppgavs av 11 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna. Gruppen från landsbygden (3 klasser) hade lägre blodtryck, lägre s-kolesterol, fler överviktiga och färre rökare än gruppen från tätorten (2 klasser).

Nyckelord: Hälsokontroller, skolbarn, prevention, hjärt-kärlsjukdomar

Introduktion

Flera av de stora internationellt kända samhällsbaserade hjärt-kärl-förebyggande programmen har speciella skolprogram som viktiga frontavsnitt. Såväl i Nordkarelenprojektet som i Minnesota Heart Health Program och i Heartbeat Wales har man lagt stor vikt vid dessa program (1–3). I WHO:s regi pågår även en multinationell studie (4) riktad till skolbarn, där även Sverige deltar (5–6).

Allt kraftigare framförs att det hjärt-kärl-förebyggande arbetet måste påbörjas i barnaåren, eftersom levnadsvanor grundläggs tidigt. I pediatrika riktlinjer för fettreduktion (7) framförs att "utan tvekan" måste förhöjda s-kolesterolnivåer sänkas i första hand genom kostförändring även tidigt i barndomen, med början vid två års ålder.

Projektet "Hjärt-liga Luleå" som drivs av Primärvården i Luleå, har som syfte att förebygga hjärt-kärlsjukdom och de vanligaste cancerfor-

merna. Programmet arbetar samhälls- inriktat, mot bla organisationer, af-färsliv, föreningar och myndigheter. Som en del i projektet genomförs en bred systematisk screening för att 1) spåra högriskindivider för individuell rådgivning och uppföljning, och 2) väcka en stor del av befolkningen till medvetande om betydelsen av hälso-sammare levnadsvanor, framför allt beträffande matvanor, rökning och motion. I detta syfte görs screeningen mycket bred, och alla i åldrarna 30–59 år (30 årsklasser) inbjuds. Erfarenheter från denna del av projektet kommer att rapporteras i annat sam-manhang.

Mot denna bakgrund har det varit naturligt att även skolhälsovården i Luleå engageras i "Hjärt-liga Luleå"s aktiviteter. Vi har identifierat tre av-gränsade "fronter" i det hjärt-kärl-fö-rebyggande hälsoarbetet i skolan, nämligen 1) skolhälsovården, 2) skol-måltiderna och 3) lärarna. Arbeta pågår på alla dessa huvudavsnitt. Ut-bildning har genomförts med skolmål-tidspersonalen, lärarna har engagerats vid personalkonferenser och i en enkät som gått ut till alla elever i nion-de klassen i hela kommunen, och skol-hälsovården har bla engagerats i häl-sokontroller för att spåra riskfaktorer.

Syftet med denna artikel är att rap-portera om genomförandet och resul-taten av en hälsokontroll, avseende de viktigaste riskindikatorerna för hjärt-kärl-sjukdom, som nyligen genom-förts i nionde-klassen på en högstadie-skola i Luleå.

Material och metod

Luleå har 9 rektorsområden och var-dera området har sin högstadieskola. För att få erfarenhet av denna typ av hälsokontroller, beslöts att göra ett försök på de fem klasserna i nian på en av skolorna. Bergskolan på Bergnåset valdes ut, eftersom "Hjärt-liga Luleå"

just hade slutfört hälsokontrollerna av 30 årsklasser av den vuxna befolkning-en, och det därför fanns ett mycket stort intresse, såväl bland föräldrar och lärare som bland elever.

Ett brev sändes med eleverna hem till målsman, där avsikten med hälso-kontrollen beskrevs, och de som ville delta fick skriva under på en talong. Av samtliga 132 elever var 127 positi-va till deltagande, och av dessa var endast 2 frånvarande under den peri-od när provtagningen genomfördes. Klasserna 9C och 9E har elever boen-de på Bergnåset, en stadsdel i Luleå, medan klasserna 9A, 9B och 9D har elever som bussas från byarna söder om Luleå. Fördelningen mellan könen och mellan område framgår av Ta-bell I.

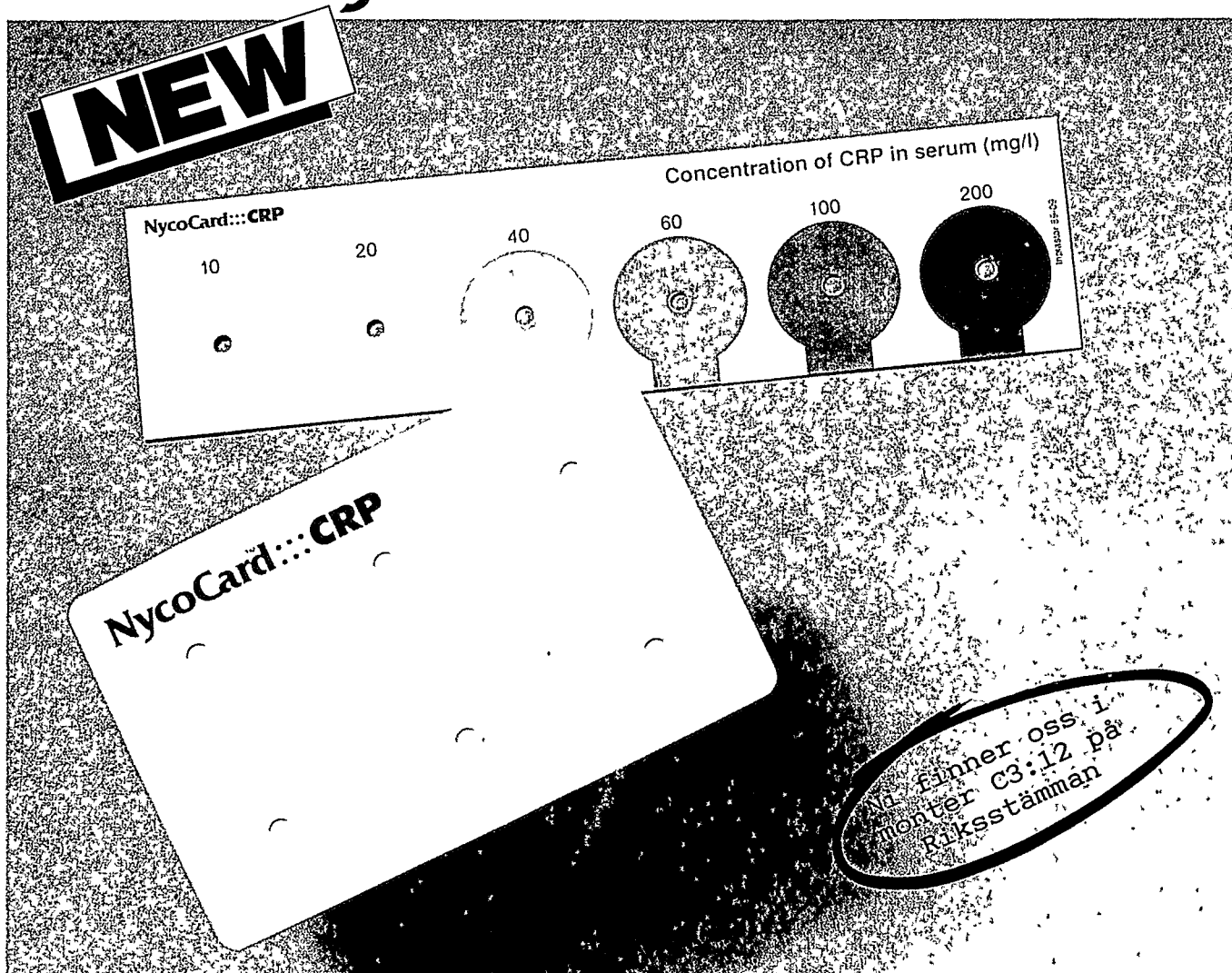
Före provtagningsperiodens början hölls, dels ett personalmöte med lärar-na, dels en dubbeltimme med samtliga elever i 9:an. Där gjordes en genom-gång av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärl-sjukdom och de vanli-gaste cancerformerna. Uppläggnin-gen och syftet med den planerade hälso-kontrollen gick igenom. Vid mötet med lärarna accepterade dessa att sätta av lektionstid för projektet, och vid mötet med eleverna fick dessa möjlighet att diskutera och ställa frågor.

Provtagningen omfattande längd, vikt (för beräkning av BMI = Body Mass Index), blodtryck (liggande utan vila), s-kolesterol (analyserat med Reflotron) samt frågor om cigarett-rökning och snusning. Resultaten ma-tades direkt in på en persondator, som skrev ut svarsprotokoll vilket eleven fick med sig i handen. Med detta för-faringssätt fanns också data direkt till-gängliga för statistisk analys så snart som provtagningen genomförts. Om proverna visade starkt avvikande vär-den påpekades detta i svaret, och in-formationsblad bifogades om lämpliga

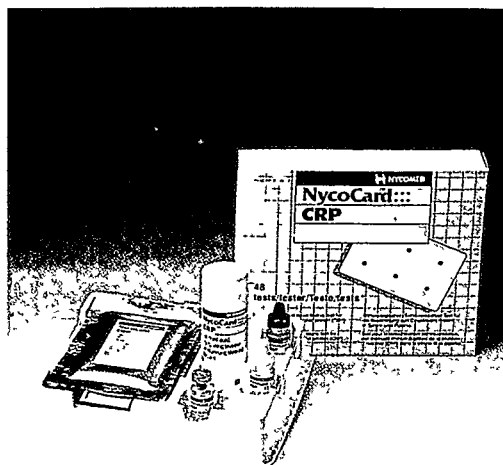
Tabell I. Fördelning mellan kön och bostadsområde totalt och för deltagarna.

Område	Kön	Antal elever	Deltog
Tätort	pojkar	31	30
	flickor	23	22
Landsbygd	pojkar	46	42
	flickor	36	31
TOTALT	pojkar	77	72
	flickor	59	53

NycoCardTM:::CRP



Lika enkelt som det ser ut



På 1 minut...

NycoCard CRP mäter nivån av C-reaktivt protein i serum eller plasma.

Semikvantitativ immunkemisk metod för bestämning av CRP från 10–200 mg/l.



NYCOMED AB

NYCOMED AB,
Boks 1215, 181 24 LIDINGÖ

ätgärder. Vissa avvikande resultat följs också upp inom den ordinarie skolhälsovårdens ram.

Resultat

Hälsokontrollerna genomfördes under några förmiddagar under ett par veckor i april 1989 av den ordinarie skolhälsovårdspersonalen. Eleverna fick i mindre grupper gå ifrån skolan till den närbelägna vårdcentralen där provtagningen genomfördes. Lärarna och föräldrarna var positiva till initiativet och det fanns inga praktiska problem i genomförandet.

Av deltagarna var 58 procent pojkar och 42 procent flickor. Av pojkarna deltog 94 procent och av flickorna 90 procent (Tabell I).

Medelvärde av Body Mass Index var för pojkarna totalt 21,5 och för flickorna 21,3 – således ingen skillnad. Däremot skiljer det mellan klasserna och även mellan tätort/landsbygd vad avser andelen med BMI inom vissa intervall (Tabell II).

Medelblodtrycket var för pojkarna 128/72 mm Hg och för flickorna 117/71 mm Hg. Skillnaden i det systoliska medelblodtrycket är signifikant ($p < 0,001$) medan skillnaden diastoliskt ej är signifikant. Av pojkarna hade 13 procent diastoliskt blodtryck mellan 80 och 90 mm Hg, medan motsvarande andel för flickorna var 15 procent. Tabell III visar fördelningen mellan område och kön beträffande diastoliskt blodtryck.

Av de 72 pojkarna svarade 8 st (11 procent) att de röker 1 eller flera cigaretter dagligen, och av de 53 flickorna endast 2 st (4 procent). Emellertid berättade skolsköterskan, som känner eleverna väl, att 2 av de flickor som ej deltog i undersökningen är rökare, och att en av de deltagande flickorna som är rökare begärde att det inte skulle anges i protokollet, vilket hon skulle visa för sina föräldrar. En korrekt siffra beträffande rökarna hos flickorna skulle ha varit 5 av 59, eller 9 procent. Större andel av eleverna från tätorten än från landsbygden uppgav sig röka (av pojkarna 17% respektive 7%, och av flickorna 5% respektive 3%).

Beträffande snusvanor uppgav 18 procent av pojkarna att de använder snus regelbundet, medan ingen av flickorna gjorde detta.

För att se om det högre blodtrycket hos pojkarna kunde förklaras av ett högre blodtryck hos snusarna, gjordes en variansanalys. Varken för systoliskt eller diastoliskt blodtryck, och inte heller för s-kolesterol, sågs någon skillnad mellan grupperna snusare och icke-snusare.

Medelvärdet av s-total-kolesterol var för hela gruppen 4.1 mmol/l. För pojkarna var medelvärdet 3.9 mmol/l och för flickorna 4.4 mmol/l. Skillnaden mellan könen är signifikant ($p = 0.001$). Medelvärdet av s-kolesterol för varje klass varierade för poj-

Tabell II. Body Mass index. Medelvärden och standardavvikelse (SD), samt andelen av elever med BMI-värden inom olika intervall, uppdelat på kön och område (radprocent).

Område	Kön	Medelvärde och (SD)	Andel med BMI			
			15–20	20–25	25–30	>30
Tätort	pojkar	21,5 (2,9)	30	67		3
	flickor	20,5 (2,2)	41	59		
Landsbygd	pojkar	21,5 (3,3)	36	55	7	2
	flickor	21,8 (2,4)	26	61	13	

Tabell III. Diastoliskt blodtryck. Medelvärden (mm Hg) och standardavvikelse (SD), samt andelen av elever med blodtrycksvärden inom olika intervall, uppdelat på kön och område (radprocent).

Område	Kön	Medelvärde och (SD)	Andel med diast BT:	
			<80	80–90
Tätort	pojkar	71,8 (8,4)	80	20
	flickor	71,1 (7,9)	73	27
Landsbygd	pojkar	71,4 (6,3)	93	7
	flickor	70,2 (6,7)	94	7

Tabell IV. S-kolesterol. Medelvärden i mmol/l och standardavvikelse (SD), samt andel av elever med s-kolesterol-värden inom olika intervall, uppdelat på kön och område (radprocent).

Område	Kön	Medelvärde och (SD)	Andel med s-kolesterol:		
			<5,2	5,2–6,5	6,5–7,8
Tätort	pojkar	3,96 (0,82)	93	7	
	flickor	4,47 (0,91)	86	9	5
Landsbygd	pojkar	3,83 (0,83)	91	10	
	flickor	4,32 (0,84)	90	10	
TOTALT	pojkar	3,88 (0,82)	92	8	
	flickor	4,38 (0,84)	89	9	2

karna mellan 3.4–4.4 mmol/l och för flickorna mellan 4.2–4.9 mmol/l. Andelen pojkar respektive flickor med s-kolesterolvärden inom olika intervall framgår för respektive område av Tabell IV. Av pojkarna hade 92 procent s-kolesterol under 5.2 och ingen hade över 6.5 mmol/l. Av flickorna hade 89 procent s-kolesterol under 5.2 mmol/l, medan 9 procent hade värden mellan 5.2–6.5 och endast 1 person (2 procent) låg i intervallet 6.5–7.8 mmol/l.

Diskussion

Erfarenheterna från detta begränsade screening-projekt var positiva. Med en rimlig arbetsinsats har värdefull kunskap inhämtats om fördelningen av riskindikatorer för denna åldersgrupp. Av diskussioner och samtal att döma har det allmänna medvetandet om de viktigaste punkterna i hälsoprogrammet ytterligare höjts. Intresset bland såväl lärare som elever var stort, och från skolhälsovårdens sida har önskemål framförts om att under nästa kalenderår kunna erbjuda motsvarande hälsokontroll för samtliga elever i 8:an och 9:an i alla de nio högstadieskolorna i Luleå.

Med tanke på de höga genomsnittliga kolesterolvärden som noteras för den vuxna befolkningen på Bergnässet (6.27 mmol/l, i den screening som gjorts under vintern 1988–89), är kolesterolvärdet hos dessa elever överraskande lågt. De är lägre än nivåer rapporterade på 16–19-åriga ungdomar i en studie från Malmö (7) där man fann ett medelvärde på 4.01 mmol/l för poj-

kar och 4.32 mmol/l för flickor.

Enligt "Lipid Research Clinic Data Book", ref i (8), som visar data från 11 219 barn som undersökts på sju olika kliniker i USA, var medelvärdet av s-kolesterol för pojkar i åldern 15–19 år 3.9 mmol/l och för flickor i samma ålder 4.1 mmol/l. Vid hälsokontroller på finska skolbarn i 13-årsåldern fann man högre värden (9) nämligen 5.3 mmol/l för pojkar och 5.2 mmol/l för flickor från landsbygd, och motsvarande 5.0 respektive 4.9 mmol/l hos pojkar och flickor från tätort. Aktuella kolesterolvärden från Estland, som har ännu högre hjärt-kärl-dödlighet än Finland, är i åldern 15–16 år 5.45 mmol/l för pojkar och 5.35 mmol/l för flickor (10).

I Japan har man av hävd haft mycket låga kolesterolvärden (och låg förekomst av hjärtinfarkt). Nu rapporteras att japanska skolbarn ändrat kostvanor i västerländsk riktning, med ökat intag av mjölk, mejeriprodukter och ägg. En nyligen publicerad studie (11) visar att de japanska eleverna i nionde klass låg på ungefär samma nivå som våra resultat, nämligen för pojkarna 4.16 mmol/l och för flickorna 4.53 mmol/l. Givetvis betraktas dessa värden som oroväckande höga bland japanerna (de är i nivå med vuxna japaners), och farhågor finns att den förändring som observerats kan komma att medföra en ökning av incidensen av kardiovaskulär sjukdom.

En möjlig förklaring till våra förhållandevis låga värden, som också stöds av utsagor från flera av eleverna, är att

befolkningen på Bergnäset, redan under projektets första halvår, ganska radikalt ändrat sina kostvanor. För detta talar även beskrivningar från livsmedelsbutikerna i området, där föreståndarna berättar att det har skett stora förändringar i köpvanorna, med ökad efterfrågan på fleromättat fett och minskad för mättat fett.

Skillnaden mellan könen beträffande systoliskt blodtryck var markant (11 mm Hg, $p < 0,001$) med högre blodtryck för pojkarna. Däremot förelåg ingen skillnad mellan könen vad beträffar diastoliskt blodtryck. Visserligen kan snus ge upphov till högre blodtryck, men analysen visade inte i detta material någon sådan förklaring, då blodtrycket var lika såväl systoliskt som diastoliskt för både snusare och icke-snusare.

Andelen rökare stämmer i stort sett med förväntat antal. I en sammanställning av data från WHO-projektets skolenkät i Sverige (6), fann man att av niorna i Stockholm var 22 procent av pojkarna och 34 procent av flickorna rökare. Speciellt för flickorna fann vi en mycket låg andel rökare på Bergskolan, vilket tyder på att avsevärda skillnader föreligger mellan olika skolor.

Samtidigt visar resultatredovisningen att metodfrågan beträffande rökdata är viktig. Här var undersökningen helt öppen, och eleverna förväntades visa sina svarsprotokoll hemma. Skolsköterskans ingående kännedom om eleverna gjorde att vi inte missade de rökande eleverna som endera ej deltog eller inte ville ha sin rökvana utskrivet i protokollet.

Referenser

1. Tillgren P, Kanström L, Haglund BJA. Att ge färdigheter för hälsa – erfarenheter från Nordkarelen. *AllmänMedicin* 1987; 8:79–82.
2. Haglund BJA, Kanström L, Tillgren P. Hälsofostran i skolan i USA – exempel från Minnesota. *AllmänMedicin* 1987; 8:79–82.
3. Bjärås G, Haglund B, Svanström L. Heartbeat Wales. Report from a study visit November 1–6, 1987. Sundbyberg: Inst för Socialmedicin, KI. Röd rapport 168.
4. Aaro L, Wold B, Kannas L, Rimpelä M. Health behaviour in school children. A WHO cross-national survey. *Health Promotion* 1986; 1:17–33.
5. Marklund U, Strandell A. Skolbarns hälsovanor i Sverige. *AllmänMedicin* 1987; 8:42–3.

6. Greitz B, Haglund BJA, Wirschubsky A. Hälsovanor bland skolungdom i Stockholms län. *AllmänMedicin* 1987; 8:44–7.
7. Sveger T, Fex G. Apolipoprotein A-I and B levels in adolescents; a trial to define subjects at risk for coronary heart disease. *Acta Paediatr Scand* 1983; 72:499–504.
8. Widhalm K. Paediatric guidelines for lipid reduction. *Eur Heart J* 1987; 8 (suppl E):65–70.
9. Vartiainen E, Puska P, Salonen JT. Serum total cholesterol, HDL cholesterol and blood pressure levels in 13-year-old children in eastern Finland. The North Karelia Youth Project. *Acta Med Scand* 1982; 211:95–103.
10. Silla R, Teoste M. Eesti noorsoo tervis. Tallinn, "Valgus", 1989.
11. Yamamoto A, Horibe H, Sawada S, et al. Serum lipid levels in elementary and junior high school children and their relationship to relative weight. *Prev Med* 1988; 17:93–108.

Författarpresentation

Birger Gran, distriktsläkare

Postadress: Samhällsmedicinska enheten, Köpmangatan 36 B, 95132 Luleå.

Guide Médecine – ett kvalitetsmått

BIRGITTA OLSSON · ANDERS LINDMAN

I hälso- och sjukvårdslagen ställs krav på hur vården skall utformas, och förutom att ge god vård på lika villkor för hela befolkningen betonas också kvaliteten. Men protesterna är många mot de traditionella kvantitativa måtten och mer och mer har behovet att ta fram alternativa mått vuxit fram. Alla är eniga om att det behövs mått som talar om vad i arbetet som är bra eller dåligt, var det brister för att ge en möjlighet till förbättring. Något heltäckande mått på kvalitetsnivån finns inte, utan varje kvalitetsaspekt kräver sina metoder. I denna artikel presenteras ett förslag på mätmetod.

Nyckelord: Primärvård, kvalitetsvärdering

Inledning

1981 antog Norrbottens läns landsting en primärvårdsplan (1) där primärvårdens roll diskuterades utifrån sex grundläggande principer:

- primärt ansvar
- närhet, tillgänglighet och annan service
- helhetssyn

- kontinuitet
- medicinsk kvalitet och säkerhet
- samverkan

Samhällsmedicinska enheten i Norrbotten har i en idéskrift "Kvalitetsmått i primärvården" diskuterat de olika kvaliteter som skall präglade primärvårdens sätt att arbeta utifrån dessa principer (2). Någon enkel lösning i form av ett enda heltäckande mått som indikator på kvalitetsnivån finns inte, utan varje kvalitetsaspekt kräver sina mätmetoder. Men genom att kombinera olika perspektiv, mått och mätmetoder kan man få om inte fullständig så i alla fall en mer nyanserad bild av verkligheten.

En aspekt som diskuteras i idéskriften är närhet, tillgänglighet och service i övrigt. Att vården skall vara nära och lättillgänglig understryks i många olika sammanhang. Frågan är bara hur kan vi belysa denna närhet och tillgänglighet eller frånvaron av den?

Ett av många sätt är att som oanmälda inspektörer sätta betyg på det som har med kvalitet och service att göra utifrån ett i förväg utformat protokoll. Metoden har sin förebild i Guide Michelin – en handbok för den kräsne restaurangbesökaren, men även en stimulans för den ambitiösa krögaren att hålla en hög och jämn kvalitet till alla kunder.

Metoden har vi kalla Guide Médecine och den är inte ämnad att vända sig till patienterna utan skall i första hand vara ett av många medel för att inom primärvården stimulera till och vidmakthålla ambitionen om service, närhet, tillgänglighet och andra konkreta frågor.

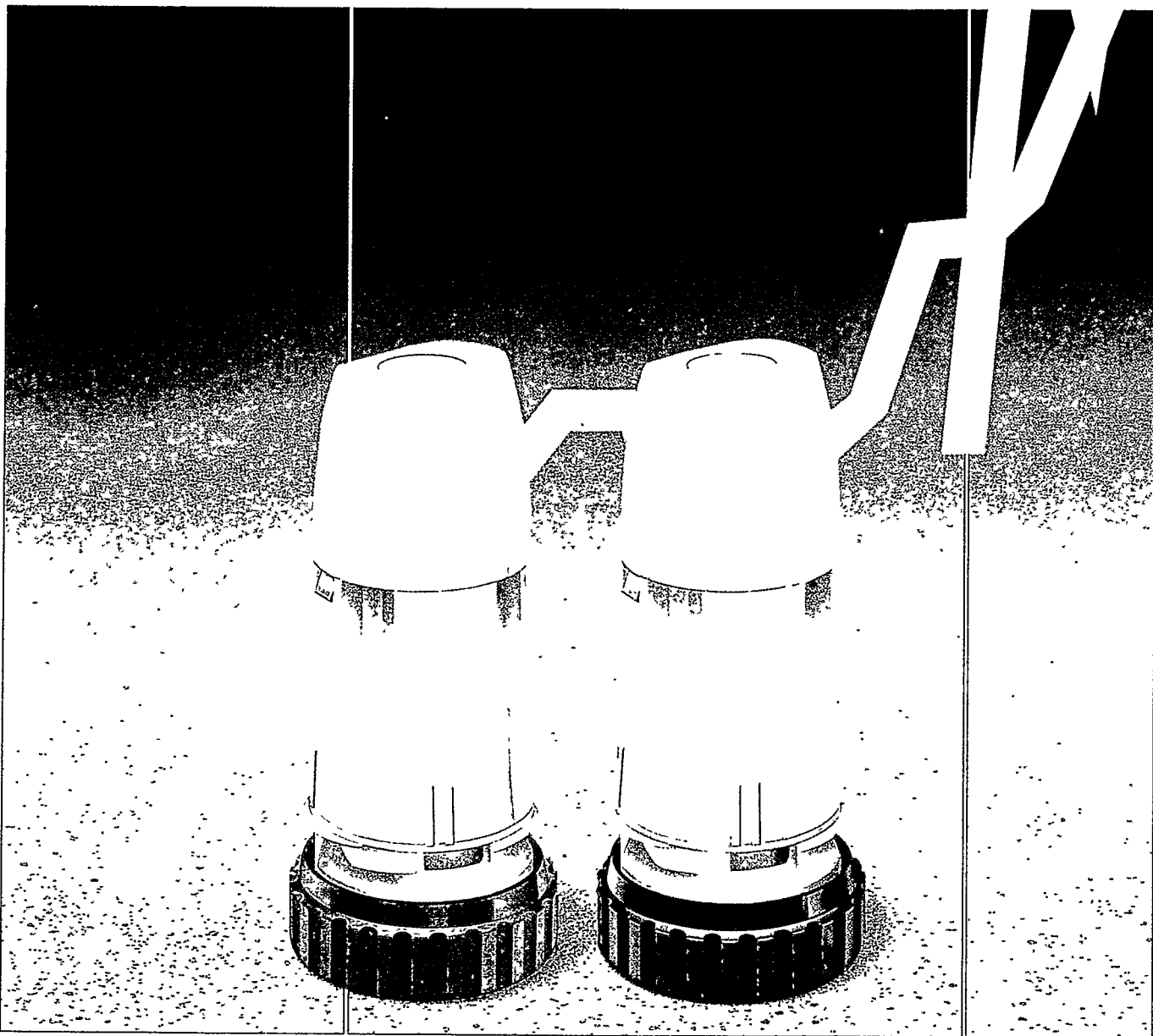
Material och metod

I rapporten "Kvalitetsmått i primärvården" finns förslag på olika sätt att mäta kvalitet (2). Diskussioner som fördes om olika metoder att mäta servicens kvalitet gav olika resultat. Vid genomgång av olika serviceenkäter stod klart att man inte med den typen av mätning kan bilda sig tillräckligt god uppfattning om serviceutbudet på vårdcentralen. Ytterligare metoder behövdes.

Vi utarbetade vårt förslag på "Guide Médecine" och då protokollet föreföll användbart gick vi ut med en förfrågan till vårdcentralcheferna i Luleå-Bodenområdet och hörde oss för om vi "oanmälda" fick komma och göra vår inspektion. Vi var välkomna på 12 av de 13 vårdcentralerna i området och gjorde besöken under vintern 88/89. Vid besöken gick vi först vår inspektionsrunda med protokollet. Besöket avslutades med ett samtal med vårdcentralchefen där vi dels berättade vad vi funnit, dels ställde kompletterande frågor.

Succén

RESEARCH AND SCIENTIFIC RESEARCH



Bricanyl Turbuhaler (blå) kom hösten 1987 och Pulmicort Turbuhaler (brun) kring årsskiftet 1988/89. Kurvorna visar genomsnittlig försäljning dag beräknad varje månad sedan respektive introduktion.

Turbuhaler® -succé dubbelt upp!

Ett rejält kliv framåt för vårt inhalationsprogram. Först Bricanyl sedan Pulmicort, med just de egenskaper man har rätt att kräva av moderna inhalationsläkemedel.

Fler och fler inser fördelarna med Turbuhaler.

Lätt att förstå.

PS Nu finns Pulmicort Turbuhaler i tre styrkor: 200, 400 $\mu\text{g}/\text{dos}$ och den allra senaste - 100 $\mu\text{g}/\text{dos}$!

TURBUHALER®

LÄTT ATT LÄRA OCH ENKEL ATT HANTERA.

- Allt som behövs för inhalationen finns redan på plats.
- Innehåller enbart ren, aktiv substans. Ingen tillsats av drivgaser eller bärarsubstanter, som kan irritera redan känsliga luftvägar.
- Man bara vrider fram en dos, sätter den till munnen och andas in.

I Turbuhaler har vi lyckats kombinera det bästa hos traditionella dosaerosoler och pulverinhalatorer.

BRICANYL® TURBUHALER®
Läs mera om Bricanyl Turbuhaler i FASS på sidan 163.

Pulmicort Turbuhaler har ännu inte hunnit komma in i FASS, varför vi publicerar den texten här.

PULMICORT® TURBUHALER®

PULMICORT® TURBUHALER® R F
Inhalationspulver 100, 200 mikrogram/
dos och 400 mikrogram/dos

Inflammationshämmande medel för
inhalation vid astma R03 B A02

DEKLARATION.
1 dos innehåller: Budesonid 100, 200 µg
aut 400 µg.

EGENSKAPER.
Pulmicort Turbuhaler innehåller den
icke-halogenerade kortikosteroiden
budesonid. Av den inhalerade dosen
deponeras ca 10% i lungorna. Reste-
rande mängd fastnar i inhalationsut-
rustningen eller sväljs. Pulmicort Tur-
buhaler innehåller mikroniserad sub-
stans där huvuddelen av partiklarna
är mindre än 5 µm.

Av nedsväld och från lungan absor-
berad fraktion inaktiveras ca 90% vid
första passage genom levern. Upp-
komna metaboliter är ej aktiva. Kli-
niskt relevanta systemeffekter ses i
regel ej vid doser understigande
1 600 µg/dygn. En singeldos budeso-
nid (400-1 600 µg) har en effektdura-
tion på över 12 timmar. Maximal plas-
makoncentration efter inhalation av
1 mg budesonid är mindre än 0,01
µmol/l och uppnås inom 30 minuter.
Full effekt av budesonid uppnås först
efter några dygns behandling.
Behandling med Pulmicort Turbuha-
ler är en profylaktisk terapi utan
effekt på akuta besvär. Innan medici-
neringen påbörjas skall eventuell
bronkkonstriktion behandlas så att
patienten är bronkdilaterad. Effekten

av inhalerade steroider kan annars bli
sämre än förväntat.
Pulmicort Turbuhaler drivs av inand-
ningen vilket medför att det inte
finns något behov av att koordinera
frisättandet av dosen med inand-
ningen. Substansen följer med den
inandade luften ned till luftvägarna.
Behandling med Pulmicort Turbuha-
ler är effektiv även då patienten har
ett lågt inspiratoriskt flöde.

INDIKATIONER.
Bronkialastma (F).

GRAVIDITET.
Kategori B:3. Se speciellt avsnitt
märkt [G]. I djurförsök har kortikoste-
roider visat sig kunna ge upphov till
missbildningar av olika slag (gom-
spalter, skelettmissbildningar). Dessa
djurexperimentella resultat förefaller
dock inte ha någon relevans för
människa.

AMNING.
Uppgift saknas om budesonid passe-
rar över i modersmjölk.

BIVERKNINGAR.
Lätt halsirritation och heshet, can-
didainfektion i munhåla, farynx och
larynx har rapporterats. Inhalations-
medel kan via specifika mekanismer
i sällsynta fall ge upphov till bronko-
spasm.

DOSERING.
Doseringen av Pulmicort Turbuhaler
är individuell. Initialt vid insättande
av inhalerad kortikosteroidterapi, vid

terapi under perioder med svår astma
eller under nedtrappning eller sepo-
nering av orala kortikosteroider bör
doseringen vara:

Vuxna: 400-1 600 µg per dygn upp-
delat på 2-4 administreringstillfällen
(lättare fall försöksvis 400-800 µg
per dygn och svårare fall 800-1 600
µg per dygn).

Underhållsdosen är individuell och
bör vara lägsta möjliga. Vid under-
hållsbehandling är dosering 2 gånger
per dygn, morgon och kväll, oftast
tillräcklig.

Hos patienter där en ökad terapeu-
tisk effekt önskas är, på grund av den
mindre risken för systemiska bieffek-
ter, i allmänhet en ökning av dosen
Pulmicort Turbuhaler att rekomen-
dera framför kombinationsbehand-
ling med orala kortikosteroider.

Patienter - ej beroende av orala ste-
roider: Terapeutisk effekt uppnås
vanligen inom 10 dagar. Vid excessiv
ansamling av muköst slem i bron-
kerna kan även initialt en kortvarig
oral steroidkur ges.

Patienter - beroende av orala steroi-
der: När överföring från orala steroi-
der till Pulmicort Turbuhaler inleds
skall patientens tillstånd vara relativt
stabil. Under 10 dagar ges en hög
dos Pulmicort Turbuhaler tillsam-
mans med den tidigare använda orala
steroiddosen. Därefter reduceras den
orala dosen successivt med t ex 2,5
mg prednison eller motsvarande
per månad till lägsta möjliga nivå.

Ofta kan den orala steroiden helt
sättas ut.

OBSERVERA.
Vid övergång från oral steroidterapi
till Pulmicort Turbuhaler fås en gene-
rellt lägre steroidpåverkan. Patienten
kan återfå tidigare symptom (rinit,
eksem) eller drabbas av trötthet,
huvudvärk, muskel- och ledvärk samt
någon gång illamående och kräkning-
ar. I sådana fall kan det vara nöd-
vändigt att läkaren ytterligare moti-
verar patienten till fortsatt använd-
ning av Pulmicort Turbuhaler. Vid
akut försämring kompletteras be-
handlingen med en kortvarig oral
steroidkur.

Patienten skall uppmanas att kon-
takta läkare om effekten av behand-
lingen allmänt försämras då uppre-
pade inhalationer vid svåra astma-
anfall inte får fördröja insättandet
av annan viktig terapi.

Vid användning av inhalationssteroi-
der bör patienten på grund av risk för
candidainfektion i munhåla och svalg
skölja munnen med vatten efter varje
doseringstillfälle.

ÖVRIGT.
Bruksanvisning medföljer varje för-
packning Pulmicort Turbuhaler.

FÖRPACKNINGAR.
Inhalationspulver 100 µg/dos,
200 doser
Inhalationspulver 200 µg/dos,
200 doser
Inhalationspulver 400 µg/dos,
200 doser

Draco Läkemedel AB

Box 34 22100 Lund
Tel 046/166000

Syftet med mätningen kan sammanfattas i några punkter:

1. att fästa uppmärksamhet på ev "hemmablindhet",
2. ge underlag till vidare kvalitetsdiskussioner på vårdcentralen,
3. jämföra service i vissa avseenden mellan olika vårdcentraler
4. samt att beskriva servicenivån inom två primärvårdsområden.

Några resultat

Nedan följer en sammanfattning av några av resultaten från besöken på de olika vårdcentralerna grupperade under vissa huvudrubriker. En mer utförlig beskrivning finns tillgänglig på Samhällsmedicinska enheten i Luleå (3).

Att hitta på karta och i telefonkatalog

Med dagens "blå sidor" i telefonkatalogen går det bra att hitta telefonnumret. Men går numret att komma ihåg? Vid 3 av våra 12 vårdcentraler var telefonnumret lätt att komma ihåg (avslutades med minst 2 nollor). Ingen av vårdcentralerna hade dock samma telefonnummer dygnet runt. Efter kontorstid måste man ringa nytt nummer.

På de kartor som finns i telefonkatalogen står A för apotek, J för järnvägsstation, P för post osv, men hur är vårdcentralerna markerade? 9 av 12 vårdcentraler fanns utsatta på karta i telefonkatalog, men då med den minimala stil som gator m m är utsatta med. På busskarta fanns endast 1 vårdcentral utsatt.

Bemötande och tillgänglighet i telefon

Vid samtliga 12 vårdcentraler svarade man med vårdcentralens namn och vi fick alltså bekräftelse på att vi hamnat rätt när vi ringde. Men endast på 4 av vårdcentralerna fick vi veta vem vi talade med.

Ett problem med de moderna telefonväxlarna är att när många ringer samtidigt får man inte upptagetton, signalen går fram utan att någon svarar. Detta är fallet vid 8 av de 12 vårdcentralerna och ger upphov till mycket onödigt irritation.

När Ni inte kan ta ett inkommande samtal på en gång och måste säga: "var god vänta", väntar Ni då på svar från den som ringer innan Ni lägger ifrån Er telefonluren? På 8 av vårdcentralerna kunde man med gott samvete svara ja på denna fråga. Men bara på 3 av vårdcentralerna kunde man sedan tala i lugn och ro sedan man tagit samtalet, utan att störas av oväsen och/eller andra arbetsuppgifter.

Att hitta rätt på vägen till vårdcentralen

Att vägen till vårdcentralen sedan är uppskyldad så att man hittar dit förefaller ju självklart, men vid 6 av de 12 vårdcentralerna saknades skyltar efter vägen. Tre av vårdcentralerna hade inte heller tillfredsställande skyltning på byggnaden.

Lokalmässig tillgänglighet på vårdcentralen

Här rör det sig om till synes småsaker, men de är nog så viktiga. Nedan följer några av frågorna på detta avsnitt:

	Ja	Nej
Finns öppettiderna angivna vid vårdcentralens entré	3	9
Finns ringklocka vid entrén	3	9
Finns servolink	1	11
Går det att ta sig in med barnvagn	10	2
Finns plats att ställa ifrån sig barnvagn inomhus	9	3
Finns lågt sittande klädhängare	7	5

Allmän service

Vissa frågor här är sådant som vårdcentralerna har svårt att rå över själva, som t ex närhet till busshållplats, apotek och fika- eller matställe. Merparten av vårdcentralerna som vi besökte hade dock denna service i nära anslutning.

Andra frågor här är däremot sådant som man på vårdcentralen relativt enkelt kan åtgärda. T ex väntrummet utrustning och trivsel i största allmänhet. Finns leksaker, barnböcker och tidningar m m? På 9 av de 12 vårdcentralerna bedömde vi att man gjort vad man kunnat för trivseln i väntrummet. Att i receptionen framföra sitt ärende utan att andra kan höra på gick bra på 6 vårdcentraler, men endast på 5 vårdcentraler var provtagningsmiljön acceptabel. I regel var laboratoriet någon slags genomgångslokal.

Ibland drabbas man av förseningar på mottagningen av en eller annan anledning. Vilka åtgärder vidtar man då gentemot patienterna? På alla av de 12 vårdcentralerna uppgav man att man brukade informera patienterna om varför väntetid uppstått, åtminstone ibland. Åtta av vårdcentralerna erbjöd ny tid och på 1 vårdcentral bjöd man till och med på kaffe.

Organisatorisk tillgänglighet

Även den formella organisationen skapar olika förutsättningar för tillgänglighet. Vilka öppettider har man på mottagningen? Vilka tider kan man nå vårdcentralen per telefon? Finns det glapp mellan ordinarie öppettider på vårdcentralen och jourorganisationen?

På samtliga vårdcentraler hade telefonväxeln öppet minst 8-17, men vad gäller mottagningens öppettider så hade bara åtta av vårdcentralerna mottagningstid minst 8-17.

Marknadsföring

På sex av vårdcentralerna hade man gått ut med information om verksamheten till befolkningen i upptagningsområdet. Några hade deltagit i allmänt utformad information för hela primärvårdsområdet, men fyra av vårdcentralerna hade också bemödat sig om att utforma egen information till sitt speciella upptagningsområde.

Kommentarer

Flera av vårdcentralerna i Luleå-Bodenområdet har nu cirka 15 år på nacken och har lokaler som inte ger de bästa förutsättningar för tillgänglighet på det praktiska planet. Nyare vårdcentraler visar sig ha något bättre förutsättningar. Men trots icke ändamålsenliga lokaler och bemanningsproblem finns exempel på hur man gjort det bästa man kunnat utifrån givna förutsättningar.

Den vårdcentral som hamnade "sist" är den äldsta vårdcentralen och har alltid haft bemanningsproblem. Den är inhyst två trappor upp i ett affärshus och man har länge diskuterat att ersätta den. Men trots dåliga förutsättningar har personalen gjort det bästa av situationen. Man har t ex här det bästa bemötandet och den bästa tillgängligheten i telefon.

En av svagheter med vår test är att det har varit ganska lätt att ställa frågor inom vissa områden. På andra områden som för den skull inte har varit mindre viktiga har det varit svårare att formulera frågor. Vi har själva ringt upp till varje vårdcentral men vi har inte besökt vårdcentralerna en minut i fem på fredag eftermiddag för att se om de verkligen handlägger medicinska problem då. I en del fall har vi alltså varit tvungna att gå på vad verksamhetsföreträdarna själva anser om sin verksamhet.

Man kan alltså rikta en hel del kritik mot vårt enkla test. Vi känner oss dock trygga i den förvisningen att när den enskilda vårdcentralen kommit så långt så har vi egentligen uppnått vår målsättning med testet. Man kommer då själv att i kvalitetscirklar och på annat sätt diskutera kvaliteten på exempelvis bemötande, innehållet i vården, behandlingen m m. Då kanske vi också vågar oss ut för att spela patienter och testa även den biten?! Men de yttre formerna är en bra början och nog så stora stötestenar när de inte fungerar.

Vad vi med denna studie har velat visa är att man ofta tar mycket för givet och blir "hemmablinda" trots att mycket skulle kunna göras för att underlätta för patienterna med relativt enkla medel. Vi har valt företeelser som är okontroversiella och dessutom enkla att mäta och delvis också att åtgärda.

Referenser

1. Primärvården i Norrbotten under 80-talet. Norrbottens Läns Landsting, planerings- och ekonomiavdelningen, 1981.
2. Kvalitetsmått i primärvården. Samhällsmedicinska enheten, Luleå. Rapport 2/88.
3. Olsson B, Lindman A: Guide Médecine - ett kvalitetsmått. Samhällsmedicinska enheten, Luleå. Rapport 2/89.

Författarpresentation

Birgitta Olsson, samhällsvetare och Anders Lindman*, distriktsläkare vid Samhällsmedicinska enheten.

* Postadress: Köpmangatan 36 B. 95132 Luleå.

Ett lärorikt fall

BJÖRN OLSSON

Utifrån en fallbeskrivning av en kvinnlig patient med lång och mångskiftande symtombild diskuteras om en sådan bild kan dölja en underliggande ångest till följd av exempelvis sexuella övergrepp i barndomen. Författaren ställer frågan vart incest-offren tar vägen i vuxen ålder och om de dyker upp som polysymtomatiska patienter på vårdcentralerna.

Nyckelord: Incest, psykosomatiska sjukdomar, fallstudier

Vi har haft en patient på vår mottagning som vi tycker har en lärorik sjukhistoria. Patienten är en nu 46 år gammal kvinna som har en journal på ca 24 A4-sidor sedan omkring 1970. Under årens lopp har hon hunnit med att träffa 39 olika doktorer på de tre olika vårdcentraler hon gått på.

Hennes sjukhistoria är genom åren ganska mångskiftande, och det intryck man får så här i efterhand är att det rör sig om en typiskt "jobbig" patient som ofta sökt för diffusa obehag, där man inte kunnat ge henne någon klart definierad diagnos.

Sluten vård

Förutom tre normala förlossningar har hon genomgått följande slutenvårds-episoder: Cholecystectomi 1968. Op för ovarialcysta 1970-talet. Op pga ärrbräck och varicer 1979. Abrasio 1979. Vårdad med klin 1979 pga pyelonefrit. Hysterectomi 1980 pga blödningstrassel. Op pga meniskskada 1983.

Öppen vård

På vårdcentralen har alltså patienten gjort ett mycket stort antal besök sedan 1970. Detta år sökte hon två gånger pga övervikt och begärde att få utskrivet Tikobes (ett centralstimulerande medel) vilket vägrades. 1971 sökte hon två gånger på grund av misstänkt ulcus samt sinuitbesvär, dessutom lätta svindelbesvär och viktnedgång. 1973 tre läkarbesök pga misstänkt urinvägsinfektion (urinodling var negativ), trötthet, colon irritabile och gastrit. 1974 hypertoni efter graviditet (partus normalis i april 1974). Under 1975 sökte patienten vårdcentralen vid fem tillfällen pga illamående, yrsel, oregelbundna menstruationer, fluor vaginalis, ont i ryggen och äktenskapsbekymmer. Vid ett av dessa vårdtillfällen har behandlande läkare i journalen noterat "mycket diffusa klagomål".

Under 1976 och 1977 finns inga

besök noterade men 1978 har patienten besökt vårdcentralen fyra gånger på grund av infekterade sår i ansiktet (neurodermiter?), gastrit, urinvägsbesvär och sinuit. 1979 söker hon sju gånger med huvudvärk, axelvärk, gastrit, colpitis och rhinokonjunktivit.

Under 1980-talet har denna multi-symtomatiska bild fortsatt med fram till 1988 25 besök på vårdcentralen, sjukgymnastbesök oräknade.

Vad var patientens problem?

När patienten för tredje gången i rad så träffade vår AT-läkare i november 1988 (hon hade tidigare under hösten behandlats för en pneumoni), berättade hon plötsligt om den kris hon hamnat i och om sin uppväxt.

Hon berättade att hon var nummer 4 av 11 syskon och uppvuxen i en mindre by i Norrbottens inland där familjen drev ett jordbruk. Patientens far var alkoholiserad, och från det att patienten var 8 år gammal utnyttjade han henne sexuellt. Faderns sexuella trakasserier var kända av patientens mor som försökte skydda flickan, men hon lyckades inte alltid med detta. Patienten berättade också om hur fadern bjöd ut henne till sina suparkompisar vid de spritfester som regelbundet förekom i hemmet. Det förekom att fadern "köpte" sprit mot löfte om att dottern skulle stå till säljarens sexuella förfogande. Under lång tid levde flickan i skräck för att fadern skulle besöka henne under natten och så skedde också regelbundet. Några fullbordade samlag genomfördes dock aldrig.

När patienten var 13 år gammal hade faderns trakasserier ytterligare accentuerats så att patienten beslöt att rymma hemifrån. På en stulen cykel cyklade hon de 20 mil till Luleå, där hon ryktesvis hört att man skulle kunna få arbete. När hon kom fram uppsökte hon arbetsförmedlingen och fick plats som hembiträde. Efter några år träffade hon en man från hemtrakten, gifte sig och har så småningom fått tre barn som nu börjar bli vuxna.

Hon berättar nu att hennes fruktansvärda upplevelser i hemmet ständigt gett henne mardrömmar, och hon berättar att hon många gånger velat berätta om detta för de läkare hon uppsökt men aldrig kommit sig för. Hon säger också nu att många av de krämpor hon lidit av under åren sannolikt beror på den ångest hon ständigt känt. Patienten har under senaste halvåret gått på regelbundna samtal på vårdcentralen, vilka inriktat sig på stöd i hennes bearbetning av sina barndomsminnen, och hon tycker själv att hon börjar må bättre. Vi har erbjudit henne psykologkontakt, men

hittills har hon valt att gå kvar hos distriktsläkare.

Sena effekter av sexualiserat våld i barndomen?

Utifrån denna fallbeskrivning frågar man sig om sexuella övergrepp i barndomen är en vanlig bakgrund hos kvinnor med oklar polysymtomatisk bild. Att det finns många kvinnor som i barn och ungdomsåren varit utsatta för sexuella övergrepp visar nu flera studier. Bland annat finns en studie från Kalifornien (1) där av 930 tillfrågade kvinnor 152 uppgav sig ha varit utsatta för någon form av sexuellt övergrepp av någon familjemedlem eller släkting före 18 års ålder. I 43 av fallen var förövaren patientens far eller styvfar. När man så intervjuat dessa kvinnor visar det sig att cirka hälften har påtagliga psykiska lidanden många år efteråt manifesterat som ångest, dåligt självförtroende och sexuella störningar.

Det som ökar risken för kvarstående effekter är låg ålder vid tidpunkten för de sexuella övergreppen, durationen och om förövaren var offrets far eller styvfar. Sexuellt övervåld mot barn verkar alltså vara vanligt och det förefaller alltså inte oväntat leda till ångestbesvär med olika manifestationer i vuxen ålder.

Min fråga utifrån det fall jag redovisar är vart dessa incestoffer tar vägen i vuxen ålder. Kan det vara så att de dyker upp som "polysymtomatiska patienter" på vårdcentralerna?

Referenser

1. Herman J, Russel D, Trocki K. Long-Term Effects of Incestuous Abuse in Childhood. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1293-6.

Författarpresentation

Björn Olsson, distriktsläkare, Hertsö vårdcentral

Postadress: Box 843, 951 28 Luleå.

Lokala kontaktpersoner i SFAM

Obs!

Tel.nr till Ulla Söderström,
Umeå vårdcentral är 090-15 80 00!!

Kaj Norrby
Distriktsläkarmottagningen
Sjukhuset
840 40 Svenstavik

Höftfrakturer – litteraturöversikt

BRITT SJÖLIN-ISRAELSSON

En litteraturgenomgång visar att höftfrakturer tillhör de mest betydelsefulla skadorna bland de äldre. Frakturen medför i stor utsträckning kvarstående gångsvårigheter och ökat hjälpbehov. Orsaken till frakturen är oftast en fallolycka. Yrsel eller nedsatt muskeltonus bidrar. Kvinnor, de allra äldsta, ensamstående, rökare och alkoholisterna finns överrepresenterade bland de drabbade liksom ventrikelresecerade och patienter med thyreotoxicos samt institutionsboende.

Preventiva åtgärder måste i första hand riktas mot olika livsstilsfaktorer. Förebyggande av olycksfall på vårdinstitutioner är också angeläget.

Nyckelord: Frakturer, riskfaktorer, prevention, äldre, höftfrakturer.

Introduktion

I Norrbottens läns landsting satsar man inför 90-talet på preventiv verksamhet. Förebyggandet av olycksfall bland äldre ingår som en viktig del i denna satsning.

Av skador som drabbar äldre människor är collumfrakturen en av de vanligaste och mest betydande för såväl den enskilde som för sjukvården.

Hur och när uppkommer höftfrakturen? Finns det något som utmärker dem som drabbas? Kan man hitta meningsfulla preventiva åtgärder? Nedanstående litteraturgenomgång är ett försök att besvara en del av dessa frågor.

Höftfrakturer – ett växande problem

I hela Europa har man noterat att incidensen höftfrakturer stadigt ökar. Boyce har i en undersökning från Oxford i England (1) påvisat en fördubbling av antalet höftfrakturer på 27 år. Från Oslo rapporterar Falch och Ilebeck (2) en tredubbling av höftfrakturerna från 1950 till 1975. Enligt Mellström i Göteborg (3), löper en äldre kvinna idag två gånger så stor risk att få en höftfraktur som sin mor, och en äldre man tre gånger så stor risk som sin far.

27 procent av alla nittioåringar har någon gång haft en höftfraktur. Om man bara ser till kvinnorna är siffran ännu högre. Den kumulerade livstidsrisken för en kvinna som uppnår 90 årsdagen, att råka ut för en höftfraktur någon gång i sitt liv, är 40 procent.

Om nuvarande trend håller i sig har vi att vänta ytterligare en fördubbling

av antalet höftfrakturer fram till år 2000 (4).

Vilka konsekvenser för sjukvården får denna ökning?

Höftfrakturer är redan idag kostsamma för samhället. I Storbritannien upptogs 1985 20 procent av alla ortopediska sängplatser av höftfrakturpatienter (1).

Bauer visade 1977 (5), att patienter i Sverige med proximala femurfrakturer upptog lika många sjukhussängar som behövdes för all bukkirurgi inklusive cancerkirurgin. Hitintills har man från sjukhusens sida i viss mån lyckats bemästra incidensökningen genom att pressa medelvårdtiderna ner till cirka tre veckor, men var tredje patient i Göteborg överförs därefter till långvårdskliniker. Efter 6 månader är fortfarande 38 procent av dessa kvar på sjukhems- eller klinikavdelningar (6).

Hur och var inträffar benbrotten?

Allfram (7) har visat att patienterna i allmänhet ådragit sig frakturerna genom fall i samma plan. Statistiskt sett inträffar frakturerna mellan klockan 10 och 14, dvs mitt på dagen, och olycksfallet sker i köket eller i vardagsrummet (3).

Vilka följder får frakturerna för den enskilde?

7,7 procent avlider under sjukhusvistelsen (8). 16 procent kan inte återvända hem, utan är fortfarande 14 månader efter olycksfallet kvar på sjukhem eller sjukhuskliniker (9).

Frakturtypen medför ofta vävnadsdöd i ledhuvudet med gångsvårigheter och belastningssmärter som följd. Av de som återvänt hem har 41 procent fått kvarstående gångsvårigheter och behovet av hemhjälp har ökat från 27 procent före olyckan till 42 procent efter olyckan (10).

Allmäntillståndet före olyckan är av största betydelse. Detta kan möjligen illustreras av att män, som ådragit sig fraktur efter fall inomhus, avled i 25 procent, medan äldre män, som fått höftfraktur för att de cyklat omkull, hade låg mortalitet (11).

Vad utmärker dem som drabbas av höftfrakturer?

En fallolycka kan orsakas av bristande circulatorisk anpassning med yrsel och ortostatism som följd, men också av nedsatt muskeltonus.

I samband med operation av collumfrakturpatienter har man passat på att göra nålbiopsi från musculus vastus lateralis. Man såg då genomgående en betydande muskelhypotrofi hos dessa patienter (12).

Skelettskörhet är också ett utmärkande drag. Kvinnor förlorar ca en procent av skelettets benmineral årligen efter 35 års ålder och männen en halv procent (13). Undersökning i Göteborg av benmineralmängden i calcaneus har visat större skelettskörhet hos dem som drabbats av lårbensfraktur än hos jämnåriga.

Undersökningarna uppges dock vara gjorda 6 månader efter skadan, varför skadan i sig skulle kunnat inverka, men resultatet stämmer med undersökningar från andra länder (14).

Riskgrupper och riskfaktorer

De äldre: Allfram visade 1964 (15), att risken att få en höftfraktur ökar exponentiellt efter 50 års ålder och en fördubbling av risken sker vart femte år.

Kvinnorna: Frakturen är tre gånger så vanlig hos kvinnor som hos män (7, 16).

De ensamma: Skilda och änkor har i England visats ha en större risk för höftfrakturer än jämnåriga.

I Göteborg har man funnit att tre fjärdedelar av de kvinnliga höftfrakturpatienterna var ensamstående (17). Bland männen fanns en överrepresentation av ogifta. I undersökningar från Skåne fann man också en överrepresentation av fränskilda, men däremot kunde man inte belägga tesen att höftfrakturer skulle vara änkorernas sjukdom (18). Såväl i undersökningarna från Malmö som från Göteborg har det visats vara signifikant fler höftfrakturer bland stadsbefolkningen än bland landsortsbefolkningen.

Rökning: Epidemiologiska studier i Finland och undersökningar från Göteborg visar, att rökare har lägre benmineralinnehåll än jämnåriga icke rökare, även sedan hänsyn tagits till andra faktorer såsom alkoholintag, sjuklighet, magoperationer etc.

Rökning påverkar östrogennivåerna och rökande kvinnor kommer i klimakteriet i medeltal två år tidigare än andra kvinnor. Tobaksrök innehåller dessutom kadmium, som i djurförsök visats orsaka en hämning av D-vitaminomsättningen i proximala tubuli. En tobaksrökare närmast fördubblar, via hypofyspåverkan, sin cortisonkoncentration i plasma en halvtimme efter sitt första halsbloss (3).

Alkoholintag: I 70-årsåldern har alkoholisterna 25 procent mindre benmineralmängd än kontroller. De väger också i medeltal 5 kg mindre, vilket talar för sämre nutrition (19).

Inaktivitet: Träning ökar de cirkulerande calcitoninnivåerna (20). Granhed (21) har visat att benmineralmängden ökade i kotan L3 direkt proportionellt med träningstiden hos elittränade brottare och styrkelyftare, men att det inte fanns någon kvarstående effekt 20 år efter aktiv tid.

I Skaraborg och Ystad (13) har frekvensen höftfrakturer visat sig vara lägre än i storstäderna Göteborg och Malmö troligen beroende på ökad fysisk belastning i jordbruket jämfört med i stadslivet. Wolfs lag säger att benets ombyggnad anpassar sig efter den mekaniska belastningen. Kraftig inaktivitet såsom sängläge ger en för-lust av cirka en procent av benmineral per vecka initialt. Total viktloshet, ex hos astronauter, ger en kraftig utsöndring av calcium i urin och försämring av skelettets mineralisering (13).

Kalkfattig kost: Matkovic i Jugoslavi-en har visat att höftfrakturfrekvensen varierar i olika regioner beroende på olika calciumintag (22).

Solexponering och D-vitaminintag: Skillnaden i frakturfrekvens mellan stads- och lantbefolkning skulle till en viss del kunna förklaras av skillnad i solexponering och därmed av olika D-vitaminivåer.

Sjuklighet och operationer: Ventrikelresektion och malabsorption är associerade med osteopeni och ökad frakturfrekvens enligt en 10 år lång studie från Minnesota (22).

Hemiplegiker har ökad risk för höftfrakturer. I medeltal tar det 6 år från att hemiplegin inträffar till frakturen. Höftfrakturen inträffar 3.5 gånger så ofta på den hemiplegiska sidan som på den friska sidan (22).

Thyreotoxikos: En signifikant ökning av thyreotoxikos sågs bland höftfrakturpatienter i Minnesota (22).

Reumatoid artrit, diabetes och hyperparathyroidism har i vissa studier rapporterats ge ökad risk för höftfrakturer (11). I Minnesotastudien kunde dock inte detta samband påvisas.

Mediciner: Vissa farmaka påskyndar benvävnadsförlusten (20). Ex. Diuretika, särskilt loopdiuretika, anti epileptika, särskilt fenytoin, thyroideahormon, tetracyklin, cortison.

Allmän sjuklighet: Risken att råka ut för en höftfraktur är tolv gånger större för män och sju gånger större för kvinnor som befinner sig på en medicinsk institution än ute i befolkningen i övrigt (23). En tredjedel av dem som drabbades av höftfraktur i Göteborg befann sig på servicehus eller sjukhus när olyckan inträffade, två tredjedelar befann sig i det egna hemmet.

Sammanfattning

Det framgår av ovanstående, att den ojämförligt största riskgruppen för att få höftfrakturer är patienter på institution. Det måste därför vara väsentligt, att vidare forskning inriktas på att kartlägga orsakerna till detta och eventuella möjligheter att förebygga olycksfallen där. Är miljön alltför passiviserande? Innehåller kosten för litet kalk eller är den för tråkig så att näringsintaget blir otillräckligt? Behöver medicineringsen ses över?

Om riskökningen enbart kan hänföras till dessa patienters dåliga allmäntillstånd, kan man då förebygga exempelvis genom att tillföra calcitonin?

För övriga riskgrupper handlar prevention närmast om förändringar av livsstil före ålderdomen, till exempel minskning av rökning och alkoholkonsumtion och ett aktivare sätt att leva. Troligen behövs en ändrad inställning i samhället mot äldre – mer tolerant och respektfull. Dans, sex och upptäcktsfärder måste anses som lika lämplig sysselsättning för en äldre pensionär, som att lägga patients, virka eller väva.

Vi förväntar oss en passiv livsstil av våra äldre och de flesta faller lydigt in i rollen. Prevention av höftfraktur kan vara att aktivera den enskildes egna resurser för att ge tillvaron ett meningsfullt innehåll.

Referenser

1. Boyce WJ, Vessey MP. Rising incidence of fracture of proximal femur. *The Lancet*, 1985; 1:150.
2. Falch J, Ilebeck A. Brudd i övre femurende. Förekomst og incidens i Oslo 1950–1975. *Tidskr Nor lægeforen*. 1978; 98:738–9.
3. Mellström D, Rundgren, Johansson C, Zetterberg C. Benskörhet och frakturer hos äldre – en av nittioalets folksjukdomar i Sverige. *Forskning och praktik (Sandoz)* 1986; 18:63–6.
4. Zetterberg C, Elmerson S, Sjöstedt Å. Fördubbling av höftfrakturer att vänta. Icke åldersrelaterade ökningen fortsätter. *Läkartidningen* 1985; 82:2321.
5. Bauer G. Vårdprogram för höftfrakturer hos äldre. *Spri rapport nr 73*. Stockholm 1977.
6. Casparsson B, Rundgren Å. Vilka patienter med collum femorisfraktur kommer till långvårdsklinik och hur går det för dem. 4:e nordiska kongressen i allmänmedicin, Lund-Dalby 1985:41.
7. Alffram P A, (expertgrupp 1 ordf SA Ahlgren). *Expertrapport 6 frakturer m m. Rörelseorganens sjukdomar. Socialstyrelsens expertrapport PM 57/83*.
8. Hovstadius B, Sahlstrand T. Frakturtyp som indikator, behandlingsvalet

vid trochantära frakturer. Svenska Läkarsällskapets Riksstämman (abstract) 1985:232.

9. Olsson S. Gångförmåga, boende och hjälpbehov efter höftfraktur hos äldre. *Läkartidningen* 1987; 84:270–1.
10. Jarnlo G, Ceder L. Tidig rehabilitering i hemmet av äldre med höftfraktur. Resultat och resursåtgång. 4:e nordiska kongressen i allmänmedicin Lund 1985:42.
11. Ceder L, Edwards P, Lidgren L, Wall-dén B, Wallöe A. Behandling av höftfraktur. *Läkartidningen* 1978; 75: 4134–8.
12. Aniansson A, Hedberg M, Mellström D, Rundgren Å, Zetterberg C. Ned-satt muskelfunktion – En bakgrunds-faktor till uppkomsten av collum fe-moris frakturer hos äldre? Svenska Läkarsällskapets Riksstämman (ab-stract) 1981:495.
13. Zetterberg C. Är fysisk aktivitet bra för skelettet. *Folia Ciba Geigy* 1987; 1:17–20.
14. Rundgren Å, Mannius S, Mellström D, Zetterberg C. Har äldre som drab-bas av fraktur benskörhet. *Samman-fattning svenska läkarsällskapets riks-stämman* 1985:232.
15. Alffram P A. An epidemiologic study of cervical and trochanteric fractures of the femur in an urban population. *Acta orthop Scand (suppl 65)* 1964.
16. Evans J G. Incidence of proximal fe-moral fracture. *The Lancet* 1985; 4:925–6.
17. Mannius S, Mellerström D, Rundgren Å, Zetterberg C. Bakgrundsfaktorer för uppkomsten av höftfrakturer. 4:e nordiska kongressen i allmänmedicin, Lund-Dalby 1985:166.
18. Sernbo I, Johnell O, Andersson T. Höftfrakturer. Svenska Läkarsällska-pets Riksstämman (abstract) 1986: 232–3.
19. Nilsson B E, Westlin N E. Changes in bone mass in alcoholics. *Clin Orthop* 1973; 90:229.
20. Avioli L V. Metoder att upptäcka osteoporos. *Modern medicine* 1986; 3:298–300.
21. Granhed H, Hansson T. Träningsinducerad benmineralförändringar i länd-ryggen hos aktiva och tidigare aktiva kraftidrottare. Svenska Läkarsällska-pets Riksstämman (abstract) 1985:235.
22. Gallagher J C, Melton L J, Riggs B L. Examination of prevalence rates of possible risk factors in a population with a fracture of the proximal femur. *Clin Orthop* 1980; 153:158–64.
23. Hedlund Rune. Incidence and cause of femur fractures. *Doktorsavhand-ling Huddinge* 1985.

Författarpresentation:

Britt Sjölin-Israelsson, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen 955 00 Råncå



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ

Regionala läkemedelsinformationscentraler (LIC) finns sedan 1974 på Huddinge sjukhus och sedan 1986 i Lund (ELIS). LIC bemannas av kliniska farmakologier, farmaceuter och sekreterare och liknande enheter byggs nu upp vid landets övriga universitetssjukhus genom aktivt samarbete mellan kliniska farmakologer och Apoteksbolaget. LIC besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive LIC. Frågor och svar lagras sedan i den gemensamma databasen Drugline utvecklad vid Huddinge LIC och tillgänglig som en del av medline. För att ge ökad spridning av frågor/svar som behandlas vid läkemedelsinformationscentralerna kommer jag att i ALLMÄNMEICIN publicera några frågor som kan intressera läsekretsen. Har du synpunkter på vilka ämnen som jag ska ta upp i denna spalt, skriv till: dl Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 13400 Gustavsberg, tel 0766-385 00.

Denna gång presenteras frågor från LIC.

Fråga:

Verapamil – hepatotoxicitet

En 54-årig man utreds på medicinklinik på grund av förhöjda transaminaser; ASAT 6 μ kat/l och ALAT 9 μ kat/l (referensvärde <0,7 μ kat/l för både ASAT och ALAT). Patienten behandlas med tablett Isoptin (verapamil) 80 mg 1–2 tabletter dagligen. Hepatitsmitta anses ej sannolik. Kan detta vara en hepatitliknande reaktion i samband med Isoptin-behandling?

Svar:

Frågan om leverpåverkan i samband med verapamilbehandling har tidigare besvarats av läkemedelsinformationscentralen. Förnyad genomgång av litteraturen har även gjorts, varvid vi återfunnit ytterligare en rapport rörande detta samband.

Sammanfattningsvis finns ett fåtal rapporter i litteraturen under 1980-talet rörande hepatotoxicitet av verapamil. Både ringa påverkan med lätt stegring av transaminaser och bilirubin hos asymptomatiske patienter och uttalad leverpåverkan med ikterus och buksmärter har beskrivits. Symtomen har uppträtt 2–8 veckor efter behandlingens start i doser om 80–480 mg per dag. Levervärdena har i alla fallen normaliserats, i regel inom några veckor efter utsättning. I flera fall har provokationsförsök utförts, vilka påvisat på nytt förhöjda levervärden. Den underliggande mekanismen är ej klarlagd. Hypersensitivitet har föreslagits mot bakgrund av fynd av eosinofili, eosinofila cellinfiltrat på leverbiopsi och positiva provokationsförsök, där symtom uppträtt med kortare latens jämfört med de initiala observationerna.

I socialstyrelsens biverkningsregister finns fyra rapporter om leverpåverkan vid verapamilbehandling, där samband bedömts som troligt. I ytterligare ett fall där samband anses som troligt hade dock även två andra läkemedel intagits samtidigt. Vi föreslår att detta fall anmäles till socialstyrelsens biverkningsregister om inte annan orsak hittas.

Reversibel leverpåverkan i samband med verapamilterapi finns alltså beskriven men får anses vara sällsynt. Symtomen kan variera alltifrån lätta förhöjningar av bilirubin och transaminaser hos annars asymptomatiske patienter till ikterus med buksmärter. Den underliggande mekanismen är ej helt klarlagd men en hypersensitivitetsreaktion har föreslagits.

Fråga:

En 64-årig man påbörjade den 17/5 behandling med suppositorier Confortid (indometacin), okänd styrka och dos, på grund av höftartros. I övrigt behandlas patienten med Tenormin (atenolol), sedan 5 år. Han insjuknade den 9/6 med oliguri och akut njursvikt, som krävde dialysbehandling. Confortid-behandlingen sattes ut och njurfunktionen har nu förbättrats. Kan detta vara en biverkan av indometacinbehandling, och finns andra fall rapporterade?

Svar:

En omfattande litteraturgenomgång har gjorts. Interstitiell nefrit vid behandling med indometacin och andra NSAID finns beskrivet i flera fallrapporter. Läkemedelsinformationscentralen vid Huddinge sjukhus har tidigare behandlat en fråga angående naproxen och interstitiell nefrit.

Till socialstyrelsens biverkningsregister finns rapporterat fem fall av nefrit, vilka bedömts ha troligt samband med NSAID. I ett av fallen har en patient tillförts indometacin vid två tillfällen och behandlats med ketoprofen i endast två dygn. De övriga rapporterna avser NSAID-preparaten ibuprofen och naproxen.

Akut njursufficiens vid NSAID-utlöst interstitiell nefrit kan uppvisa bilden av nefrotiskt syndrom, men även fall utan massiv proteinuri har förekommit. Allmänna tecken på allergisk reaktion saknas ofta. Njursvikten har som regel utvecklats mellan två veckor och 18 månader efter det att behandlingen insatts. I de rapporterade fallen har aktuellt NSAID använts i rekommenderad dos.

Njurfunktionen har spontant förbättrats då NSAID-behandlingen satts ut. Ibland har dialysbehandling varit nödvändig och steroider givits. Det är dock inte klarlagt huruvida steroidterapi påskyndar tillfrisknandet. Njurfunktionen har normaliserats efter varierande tid mellan en månad och ett år. I en rapport förekommer fem fall av kronisk njursvikt i samband med naproxen eller piroxicamterapi och där njurbiopsi visat interstitiell fibros.

NSAID's nefrotoxiska effekter kan till stor del förklaras av hämning av prostaglandinsyntes. I en situation med renal hypoperfusion kan därför akut njursvikt utlösas hos patienter beroende av prostaglandinmedierad vasodilatation som vid hjärt-, lever- eller njursufficiens. Interstitiell nefrit som följd av NSAID-behandling betraktas dock huvudsakligen som en idiosynkratisk biverkan, vilken är svår att förutse.

I litteraturen har inte påträffats någon dokumentation om atenolol och nefrit.

Vi rekommenderar att det aktuella fallet rapporteras till socialstyrelsens biverkningskommitté.

Fråga:

Dokumentation avseende Triple sulfa-vagitorier/kräm och amning.

Svar:

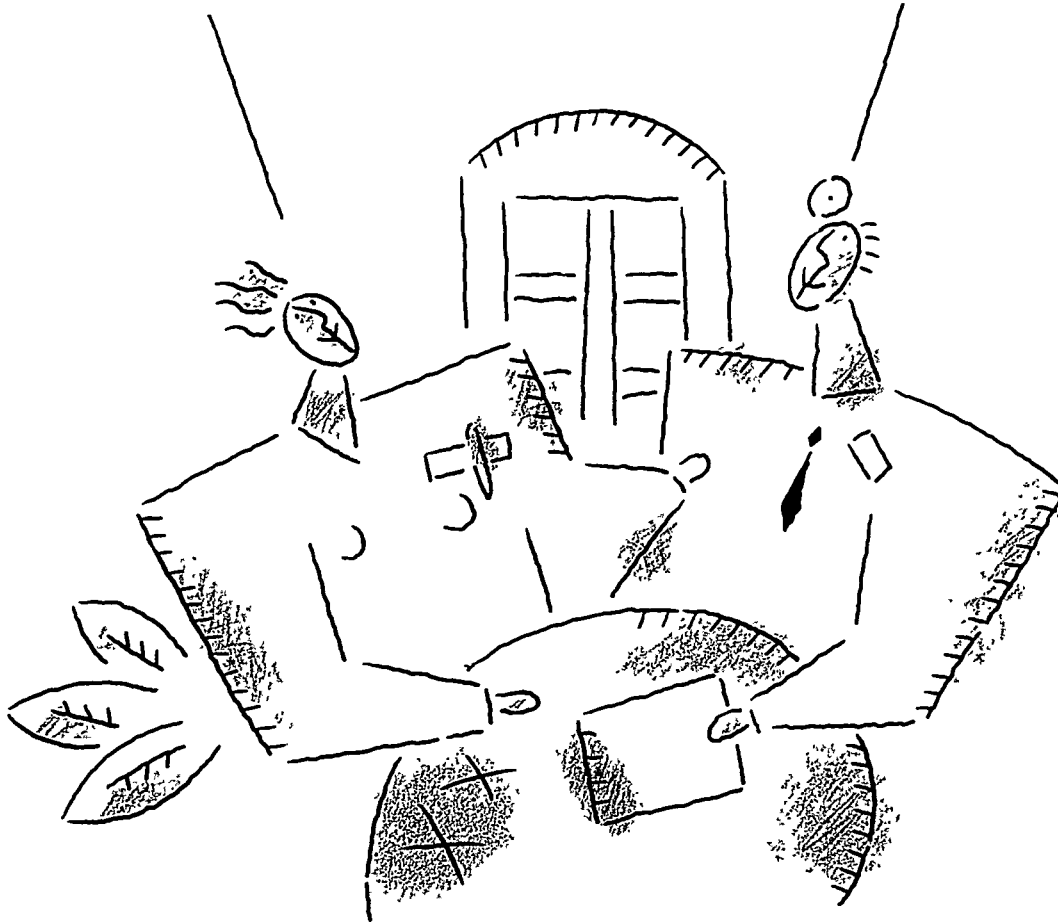
Triple sulfa är ett äldre kombinationspreparat som innehåller sulfatiazol, sulfabenzamid och sulfacetamid. Någon ny dokumentation av Triple sulfa eller dessa specifika sulfonamider vid amning har vi inte återfunnit jämfört med föregående gång frågan kom upp vid LIC (januari 1981). I frånvaro av dokumentation bedömdes då att sulfa i viss utsträckning kommer att återfinnas i mjölken och att barnet därför exponeras för detta allergen, vilket om möjligt bör undvikas. Det anses nämligen att även nyfödda kan få överkänslighetsreaktioner av sulfonamider, och diarré och utslag har rapporterats hos ammade barn där mödrarna intar sulfapyridin eller sulfatiazol. En annan risksituation med även mycket små doser sulfonamid är hemolytisk anemi hos barn med glukos-6-fosfatdehydrogenasbrist.

Möjligheten att sulfonamider tillfört via bröstmjolk skulle uppträda i tillräckliga mängder för att kunna minska albuminbinding av bilirubin och öka risk för kärnikterus är obelagd och anses idag från kvantitativa överväganden helt osannolik. Denna konklusion vill man dock begränsa till fullgångna barn och barn utan hemolytisk sjukdom.

Triple sulfa är ett gammalt läkemedel, som i stor utsträckning ersatts av andra medel mot kolpit.

— Jag brukar byta till annat antibiotikum när barn får utslag av penicillin.

— Det kanske du inte behöver göra. Har du tittat i nya Läkemedelsboken?



I nya Läkemedelsboken finns tre kapitel om luftvägsinfektioner. Kapitlet "Luftvägsinfektioner hos späda och små barn" tar bland annat upp problematiken med barn som får reaktioner, som hittills alltför ofta bedömts som allergiska.



Läkemedelsboken. Med råd enligt senaste rön.

Läkemedelsboken är en producentobunden läkemedelsinformation från Apoteksbolaget. Författare är erfarna svenska läkare, erkänt framstående inom sina specialområden.



Erfarenheter av fyra års hjärt- och kärlpreventivt arbete

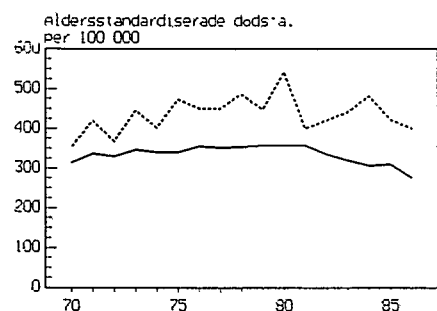
ULLA WALLER · MARJA-LEENA AHO

Sedan 1985 bedrivs Hjärt- och kärlprojektet i östra Norrbotten. Arbetet är uppdelat i två avdelningar. I populationsstrategin försöker vi på många olika sätt att nå ut till hela befolkningen med information och påverkan. Högriskstrategin utgörs av screening av årskullar av 40-åriga män. Resultaten visar att medelkolesterolet har minskat med 6 procent 1986–1989. Minskningen är 9 procent inom Kalix kommun där man sedan slutet av 1985 arbetat aktivt med populationsstrategin. Andelen rökare har 1986–1988 minskat från 41 procent till 33 procent.

Nyckelord: Hjärt- kärlsjukdomar, prevention, hälsouppläsning, Norrbotten.

Bakgrund

Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i Norrbotten ligger högt jämfört med landet som helhet. För perioden 1985–1986 ligger Norrbotten 40 procent över rikets genomsnitt för medelålders män (1). Även om dödstalet minskat under de senaste två åren går minskningen i Norrbotten inte lika snabbt som i riket som helhet (Figur 1).



Figur 1. Ischemisk hjärtsjukdom, män 45–64 år.

Eftersom Norrbotten har så stor dödlighet i hjärt- kärlsjukdomar ville Norrbottens läns landsting satsa preventivt inom detta område (2). 1985 startade Hjärt- kärlprojektet i östra Norrbotten, ett primärvårdsanknutet förebyggande projekt.

Målsättningen för hjärt- kärlprojektet är att genom förebyggande insatser minska på förekomsten av riskfaktorerna hyperkolesterolemi, rökning och hypertoni och på sikt minska morbiditet och mortalitet i hjärt-kärlsjukdomar.

Projektet bedrivs i fyra kommuner i östra Norrbotten: Kalix, Haparanda, Överkalix och Övertorneå med en befolkning på 40 000 personer totalt, varav ca hälften i Kalix kommun.

Projektet startades med befintliga personella resurser inom primär- och slutenvård utan att några tjänster var vikta för projektarbetet. I ett senare skede har projektanställningar av en distriktsläkare på 20–60 procent samt dietist på 50–100 procent tillkommit. Projektet har årligen tilldelats 200 000–300 000 kr i anslag från landsbygget.

Arbetet med högriskprevention har skett inom alla fyra kommunerna. Insatserna inom befolkningsstrategin har i huvudsak utförts i Kalix kommun, där detta arbete startade i december 1985. Övriga kommuner har kommit igång med detta i slutet av 1988.

Populationsstrategi

Den populationsinriktade preventionen bygger på information och uppläsning och är kopplad till näringspolitik och livsmedelsproduktion vad gäller kosten. Det handlar om insatser som måste genomföras på många olika plan och som kan ligga i konflikt med andra intressen än de strikt hälsomässiga.

Vid valet av insatser måste man beakta att åtskilliga av de aktuella riskfaktorerna har betydelse som hälsorisk för fler typer av sjukdomar och inte endast för hjärt- kärlsjukdomarna. Insatser mot rökning och kostvanor torde här vara de tydligaste exemplen vid sidan om de psykosociala förhållandena.

Projektanställd dietist och distriktsläkare har träffat nedanstående målgrupper. Primärvårdsanställda sköterskor har ibland deltagit, framförallt när kolesterolmätning utförts.

Beträffande program vid informationsträffar se Tabell 1.

Huvudbudskapet

Motion: Fysiologiska effekter, praktiska motionsråd, energiförbrukning. Målsättning: Få fler att motionera regelbundet.

Kost: Generell fettreduktion, utbyte av mättat fett till fleromättat, utökad konsumtion av kostfiber, reduktion av salt och socker.

Tobak: Tobakens patofysiologiska effekter, förväntade positiva och negativa effekter vid nikotinavvänjning, råd inför rök- och snusstopp samt erbjudande om personlig hjälp innefattande råd och stöd när man slutar röka/snusa.

Målgrupper

Personalen inom hälso- och sjukvården har en viktig roll som hälsouppläsare och de har fått information. Utbildningen har varit mer omfattande för distriktsköterskorna.

Barn och ungdomar har i samarbete med skolhälsovården fått åldersanpassad information. Bland annat har en videofilm, "Sture Strong", framtagits.

Storkökspersonal vid landstinget, skolor, daghem, vissa arbetsplatser och någon restaurang har fått utbildning och ett aktivt samarbete med dessa har resulterat i att maten som serveras där bättre stämmer överens med våra rekommendationer.

Arbetsplatsbesöken har varit ett bra sätt att nå yrkesaktiva i alla åldrar. Där har vi ibland kompletterat informationen med kolesterolmätning. Det stora intresset att delta i möten och att tex förbättra arbetsplatsmåttiderna har överraskat oss.

Företagshälsovårdens personal har fått utbildning och har sedan själva gått ut till företag med information och kolesterolmätning.

I livsmedelsbutiker har dietisten i samarbete med butiksinnehavaren presenterat nya fettsnåla och fiberrika produkter samt ordnat provsmakning av dem.

Tabell 1 Exempel på program vid informationsmöte.

1. VARFÖR – motivering, bakgrund, läget hos oss.
2. RISKFAKTORERNA PRESENTERAS – samma riskfaktorerers betydelse för andra stora sjukdomsgrupper betonas.
3. ÅTGÄRDER – kost, tobaksbruk, motion, stress.
4. UTSTÄLLNINGAR, DEMONSTRATIONER, PROVSMAKNINGAR.
5. KOLESTEROLMÄTNING MED REFLOTRON.



Fråga:

En 43-årig man som sedan 3 år tillbaka behandlas med tablett Daonil (glibenklamid) 1,75 mg 1 x 1 har sedan 8 månader gamma-GT-värden på 2,0–3,0 µkat/l (referensvärde <0,50 µkat/l) samt ALAT på 0,80 µkat/l (referensvärde <0,70 µkat/l). Han medicinerar även med tablett Treo (acetylsalicylsyra, koffein) 1–2 ggr/dag samt tablett Rennie (kalciumkarbonat) 2 tabletter om dagen.

Kan denna leverpåverkan ha samband med glibenklamidbehandlingen?

Svar:

En genomgång av referenslitteraturen samt databaserna Medline och Drugline har gjorts, och vi har då funnit att hepatotoxicitet vid behandling med sulfonylureapreparat är beskrivet bl a för glibenklamid. Denna effekt är dosberoende och anses vara mycket sällsynt.

En fråga om leverinsufficiens i samband med glibenklamidmedicinering har tidigare besvarats av läkemedelsinformationscentralen vid Huddinge sjukhus, och då kunde orsakssamband inte uteslutas.

Fallrapporter där övergående transaminashöjningar har uppstått vid glibenklamidmedicinering har påträffats. Doserna har här varit 2,5–30 mg/dag (motsvarar sedan tre år tillbaka 1,75–21 mg/dag).

En rapport där glibenklamid sattes i samband med intrahepatisk cholestas och kutana reaktioner har även påträffats. Dosen hos denna patient var 10 mg/dag, och symtomen försvann inom 5 veckor efter utsättning av medicinen.

Till socialstyrelsens biverkningsregister har inkommit två rapporter om transaminasstegringar och tre rapporter om generella "patologiska leverprover", där det bedömdes som möjligt eller inte uteslutet att glibenklamid var den utlösande faktorn. Det finns dock ingen uppgift om graden av rubbning eller medicindos.

Acetylsalicylsyra kan i doser om 2 g eller mer/dag ge en isolerad transaminasstegring.

Både acetylsalicylsyra och glibenklamid kan interferera med kemiska analyser på så sätt att de i höga doser kan ge falskt förhöjda värden av transaminaser men dock ingen höjning av gamma-GT-värdena.

Sulfonylureapreparat, däribland glibenklamid, har alltså i flera fall rapporterats ge övergående transaminashöjningar samt i enstaka fall även hepatotoxicitet och leverinsufficiens. Dessa effekter har dock rapporterats i samband med relativt höga doser. Något fall av höjning av fr a gamma-GT, som i detta fall, har inte återfunnits vid grundlig litteratursökning.

Vad är naturmedel?

LENA SAHLSTEDT, Apoteksbolaget

Med naturmedel menas produkter som enligt betryggande erfarenhet vid normalt bruk inte medför några hälsorisker för människa eller djur. Verksamma beståndsdelar är en växt- eller djurdel, mineral eller i naturen förekommande bakteriekultur, salt eller saltlösning.

Kontroll

Naturmedel är läkemedel som är undantagna från läkemedelsförordningen. De får efter *anmälan* till socialstyrelsens säljas fritt. Socialstyrelsen granskar i samband med anmälan produktens oskadlighet vid normalt bruk men tar inte ställning till medlets effekter.

Marknadsföringen av naturmedel är liksom andra konsumentprodukter reglerade i marknadsföringslagen. Tillsynsmyndighet är Konsumentverket som utarbetat riktlinjer för marknadsföring av naturmedel och en vägledande förteckning över godkända och icke godkända användningsområden. Riktlinjerna innebär att det är frågan om medel som lämpar sig för egenvård och uppgiven effekt skall kunna styrkas. Vederhäftiga uppgifter ur erkända handböcker kan godtas. I tveksamma fall och för kombinationspreparat fordras i regel oberoende kontrollerade och invändningsfria undersökningar.

Strider marknadsföringen mot riktlinjerna och leverantören inte rättar sig efter Konsumentverkets påpekanden kan ärendet tas upp inför Marknadsdomstolen.

Hälsokostbranschen har inrättat en egen nämnd för granskning av naturmedelsreklam. Nämnden kan tillgripa sanktioner som stoppad distribution av leverantörens produkter vid övertramp i marknadsföringen.

Försäljning

Hälsokostbranschen fördubblade sin omsättning från 1983 till 1987. Under 1988 har dock försäljningen legat på samma nivå som 1987. Naturmedelsförsäljningen var 1988 350 miljoner i konsumentpris. Hälsokostbutikerna svarar för 60% av marknaden, dagligvaruhandeln 30%, postorder 7%, hälsohem 2% och apotek 1%.

Kosttillskott (vitaminer och mineraler) såldes för ytterligare 300 miljoner 1988.

Vid årsskiftet 1988/89 fanns 625 registrerade naturmedel.

De i antal förpackningar mest sålda produkterna är:

Dr Kousa vetediet	Mot tillfälliga magbesvär.
Longovital	Ökar prestationsförmågan.
Kanjang	Lindrar förkylningssymtom.
Echinaforce	Mot förkylning.
Gericomplex	Ökar prestationsförmågan.
Ginsana	Ökar prestationsförmågan.
Vitlöskapslar	Lindrar förkylningssymtom.
	Mot matsmältningsbesvär och måttligt förhöjda kolesterolvärden.

Naturmedel på apotek

Apotekens huvudverksamhet är läkemedelsservice och de kompletterande varor som apoteken säljer skall stämma med apotekens kvalitets- och informationsprofil och med de förväntningar kunderna har på våra produkter. De riktlinjer som fastställs för apotekens fria handelsvaror gäller därför också för naturmedel.

Produkterna skall ha:

- Naturlig apoteksanknytning. Naturmedel är definitionsmässigt läkemedel men undantagna från läkemedelsförordningen och får därför anses uppfylla detta krav generellt.
- Kontrollerad och god kvalitet vilket bl a innebär att
 - ingående ämnen skall ha känd identitet,
 - deklarerade mängder och halter är de angivna,
 - funktionen är den påstådda,
 - produktens renhet är styrkt t ex frihet från kända föroreningar,
 - tillverkningshygienen är god,
 - hållbarheten kan dokumenteras,



	Innehåll	Indikation/ Användningsområde	
	Cernitol	Pollen	Allmänt prestationsökande.
	Emsersalt	Natrium-kaliumsalter	Lindrar förkylningssymtom.
*	Fibertabletter	Havrefibrer	Fibertillskott.
	Gericomplex	Ginsengrot+vitaminer+ mineraler	Allmänt prestationshöjande.
	Karlsbadarsalt	Natrium-kaliumsalter	Vid tillfällig förstoppning. Utgår under hösten.
	Kruschensalt	Magnesium-natrium-kalium- salter	Vid tillfällig förstoppning. Utgår under hösten.
*	Lej Guar	Fiber av guargummi	Vid måttligt förhöjda kolesterol- halter efter läkarkonsultation. Vid tillfällig förstoppning. Hjälpmiddel vid bantning
	Linfrö		Vid tillfällig förstoppning.
*	Loppfrö		Vid tillfällig förstoppning.
	Oleum basileum	Bl a Eucalyptus-mentol- pepparmyntolja	Lindrar nästäppa.
*	Oleum Inhalator	Bl a Eucalyptus-mentol- pepparmyntolja	Lindrar nästäppa.
*	Salva vid munsår	Extrakt av röd solhatt	Torkar ut och lindrar symtom vid munsår.
*	Tiger Balsam	Kamfer-mentol Kajeput-nejlikolja	Vid tillfälliga muskelbesvär.
*	Lactal	Mjölksyra	Surgörande gel vid tillfälliga rubbningar i slidans normalflora.
*	Docidus	Levande mjölksyrebakterier	Vid tillfälliga tarmstörningar.

* enligt Konsumentverkets riktlinjer

Dokumenterad påstådd effekt. Minimikrav är de krav på dokumentation som Konsumentverket ställt. Ju närmare läkemedelsområdet en produkt hamnar ju mer dokumentation krävs.

Eventuella risker vid användning klarlagda.

Öppen innehållsdeklaration.

De här kraven har medfört att det idag finns 15 naturmedel i apotekens sortiment. 1978 vid naturmedelsbegreppets införande fanns 23. En del har utgått ur sortimentet på grund av låg försäljning, andra på grund av att användningsområde eller sammansättning inte varit i enlighet med riktlinjerna. Ett naturmedel – Fiberform – har registrerats som läkemedel. Nio har efter 1978 tagits in i sortimentet enligt Konsumentverkets riktlinjer.

Kundernas åsikter

Från en undersökning som Testhuset gjort framgår att antalet personer som använder naturmedel varit tämligen oförändrat de senaste åren.

Fråga: "Har du under de senaste 12 månaderna använt något naturmedel som registrerats av socialstyrelsen men ej genomgått för läkemedel föreskriven kontroll?"

	1985	1986	1987	1988
Ja	17	18	17	16
Nej	63	60	66	65
Vet ej	20	22	17	19

Fråga: "Vilken inställning har du till naturmedel?"

	1986	1987	1988
Negativ (ganska, mycket)	16	19	16
Neutral (varken/eller ej svar)	60	55	58
Positiv (ganska, mycket)	24	26	27

Förändringar inom hälsokostområdet

Utvecklingen har gått från droger, örttéer och välkända produkter som av tradition använts i egenvård till nya ämnen utan tidigare användning och utan egenvårdsindikation t ex immunstimulerande medel och medel vid prostatabesvär.

Under senare tid har diskuterats säkerheten kring naturmedel och förändringar i lagstiftningen för att ge konsumenten bättre kontrollerade produkter. Konsumentverket och Alternativmedicinkommittén föreslår att läkemedelsförordningen ges ett tillägg som kräver att naturmedlen anmäls till Socialstyrelsen på en bestämd indikation. I marknadsföringen skulle därefter bara argumentering för detta angivna användningsområde få användas.

Även riktlinjerna för marknadsföring ses över med bl a striktare regler för bevisningen. I listan på godkända indikationer kommer bara användningsområdena att tas upp – produkttegenskaper som t ex immunstimulerande kommer ej att godtas. De nya reglerna beräknas gälla från hösten 89.

*Vi har också deltagit i *mässor* med utställningar, mätning av hälsoprofil och kolesterol, provsmakning samt personlig rådgivning. Deltagarna i *temadagar - veckor* har aktiverats med kunskapstester, tipspromenader och motionsaktiviteter. Under hela sommaren -89 hade vi en stor motionstävling i samarbete med samtliga företagshälsovårdscentraler i Kalix.

Projektet har samarbetat med många *föreningar*. Bland annat har vi gjort reklam för och deltagit i olika idrottsevenemang, typ motionslopp på cykel. Vi har då varit ansvariga för någon matkontroll.

Lokal press och radio har rapporterat om projektet och dess budskap. Vi har dessutom gjort några närradioprogram.

Eftersom jordbrukarna här i norra Sverige är mer beroende av kött- och mjölkproduktion har de känt sig hotade av projektets budskap. Vi har därför arbetat för ett närmande mellan projektet och *lokala jordbrukare* för att undanröja missförstånd och skapa en plattform för samarbete.

Högriskstrategi

1986-89 har årskullar av 40-åriga män kallats till hälsoundersökning vid sin egen vårdcentral.

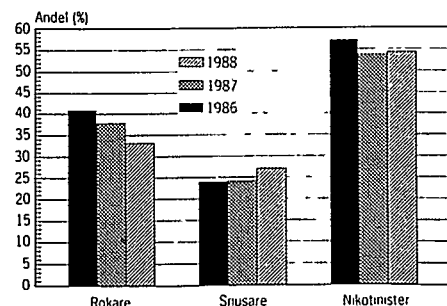
Per år har knappt 300 40-åringar kallats och av dessa här 86 procent kommit dvs ca 250 per år.

Vi har mätt s-kol, s-HDL-kol, BT, BMI, fettmassa och männen har fått besvara en omfattande enkät angående tobaks-, kost- och motionsvanor, socialt stöd samt stress. Samtliga har fått personlig hälsoprofil samt muntlig och skriftlig information om riskfaktorerna.

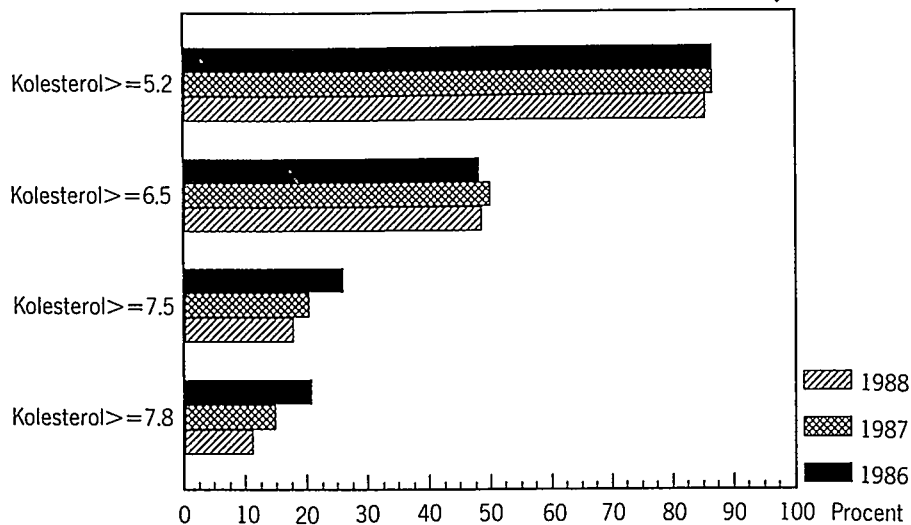
Personer med s-kol ≥ 6.5 mmol/l och/eller rökare/snusare och/eller BT $\geq 160/100$ har definierats som riskpersoner. Dessa har erbjudits uppföljning hos distriktsläkare och dietist antingen individuellt eller i grupp.

Resultat

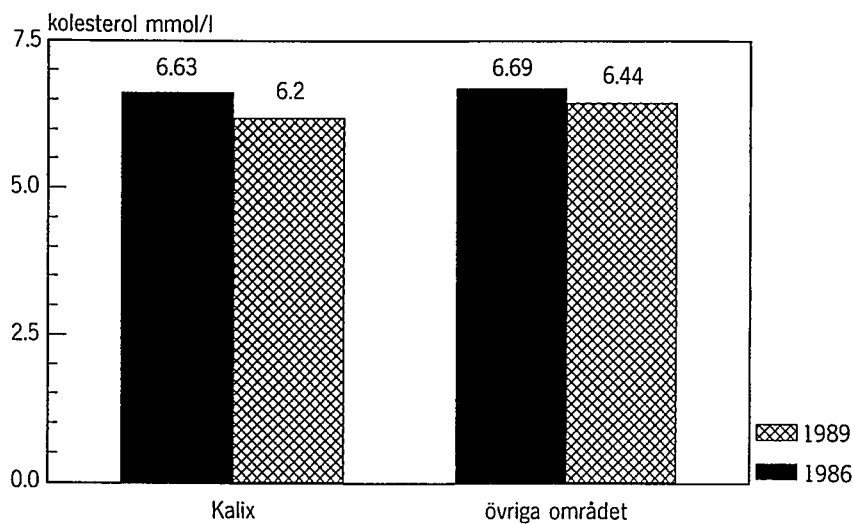
1986-88 års resultat är databearbetade medan vi ännu ej hunnit databearbeta 1989-års resultat. I den mån siffror från 1989 finns med är dessa att betrakta som preliminära.



Figur 2. Andel tobaksbrukare bland 40-åriga män i östra Norrbotten.



Figur 3. Andel 40-åriga män i östra Norrbotten med kolesterolnivåer över eller lika med vissa gränsvärden.



Figur 4. Kolesterolvärden hos 40-åriga män i östra Norrbotten 1986 och 1989.

Tobaksvanor

Andelen rökare har från 1986-1988 minskat från 41 procent till 33 procent medan andelen snusare har ökat från 24 procent till 27 procent (Figur 2).

Kolesterolnivåer

1986-1988 har ca 50 procent av 40-åringarna haft s-kol 6,5 mmol/l eller högre. 1986 hade 20 procent s-kol $\geq 7,8$ mmol/l. 1988 hade den andelen minskat till 10 procent (Figur 3).

1986 var det genomsnittliga kolesterolvärdet 6,6 mmol/l dvs högt både nationellt och internationellt sett. 1989 hade värdet sjunkit till 6,2 mmol/l dvs en minskning med 0,4 mmol/l (6%). I Kalix kommun 1989 har medelkolesterolet sjunkit till 6,0 mmol/l, vilket är en minskning på 0,6 mmol/l på tre år (9%). I de övriga tre kommunerna låg medelkolesterolet på 6,4 mmol/l 1989 en minskning på 0,3 mmol/l på tre år (4%) (Figur 4).

Diskussion

Resultaten visar att 40-åriga män i östra Norrbotten har höga kolesterolvärden, vilka ändå börjat gå ner under de fyra åren som projektet har pågått. Genomsnittliga kolesterolvärdet har sjunkit mest i Kalix kommun, 9 procent under tre års tid. Detta kan bero på att vi i Kalix kommun kom igång med populationspreventionen redan 1985 och att vi där har arbetat intensivt. Denna sänkning av kolesterolvärdet ligger i stort sett på samma nivå som preliminära data för män 30-60 år inom Norsjösatsningen visar (3). I Nordkarelen sjönk medelkolesterolet 4 procent under fem års interventionsprogram (4).

I övriga tre kommuner har det genomsnittliga kolesterolvärdet sjunkit ca 4 procent under motsvarande tid. Det populationspreventiva arbetet i dessa kommuner har först nyligen kommit igång i större omfattning. En viss spridningseffekt från satsningen i Kalix kan man dock räkna med. Dessutom kan arbetet med högriskstrate-

gin även i dessa kommuner ha påverkat befolkningen i någon grad.

Andelen rökare har minskat från 41 till 33 procent 1986–1988 samtidigt som andelen snusare ökat från 24 till 27 procent. Detta kan eventuellt tyda på att vissa rökare som slutar övergår till snusning.

Ett problem har varit att integrera denna typ av preventionsarbete i primärvårdens arbetsrutiner. Delvis kan detta bero på läkarbrist, men det är säkert också en prioriteringsfråga. Inom vissa företagshälsovårdscentraler har det förebyggande arbetet däremot inlemmats bra. En integrering inom primärvård, företagshälsovård, skolhälsovård etc är en förutsättning för att hjärt- kärlpreventionen skall fortsätta efter projektidens slut.

Antalet faktorer som styr konsumenterna i deras val av livsmedel är många. Prisreglering, marknadsföring, ökad inkomst och utbildning är bara några exempel på styrfaktorer. Störst roll spelar troligen tradition och matkultur. För att kunna förstå samverkan av ovannämnda faktorer när nya kostvanor introduceras behövs det såväl gedigna livsmedelskunskaper som färdigheter inom beteendevetenskap och marknadsföring.

Den samlade erfarenheten av fyra års förebyggande arbete är att det går att åstadkomma betydelsefulla förändringar av människors vanor. Detta återspeglar sig framförallt i minskat antal rökare och sjunkande kolesterolverden.

Det är vår förhoppning att man inom framförallt primärvård, företagshälsovård och skolväsende kommer att fortsätta och ytterligare intensifiera arbetet med att påverka människors attityder och beteende. Befolkningens aktiva medverkan kan dessutom ske inom föreningsliv och studieförbund. Det är bättre att många ändrar sig lite än att få ändras sig mycket.

Referenser

1. Dödligheten i Sverige och Norrbottens län 1970–86. Umeå universitet: Avd för epidemiologi och hälso- och sjukvårdsforskning 1988.
2. HSBD 90. Hälso- och sjukvården i Norrbottens län inför 90-talet. Luleå: Norrbottens läns landsting, 1984.
3. Hällsten G, Boman K, Hallmans G, Weinehall L. Västerbottensprojektet hälsoundersökningar i Norsjö 1985–87. Rapport till landstingmötet november 1988.
4. Puska P, Tuomilehto J, Salonen J et al. Changes in coronary risk factors during comprehensive five-year community programme to control cardiovascular diseases (North Karelia project). Br Med J 1979; 2:1173–8.

Författarpresentation

Ulla Waller, distriktsläkare/kolläkare och medicinsk projektleddare för Hjärt- och kärlprojektet i Östra Norrbotten. Marja-Leena Aho, dietetiker, anställd vid Hjärt- och kärlprojektet i Östra Norrbotten.

Postadress: Kalix lasarett, Box, 10012, 95201 Kalix.

Handledning av underläkare – exemplet Piteå

INGEMAR L NILSSON

Piteå sjukvårdsdistrikt omfattar ett tio mil brett bälte av Sverige och sträcker sig 40 mil in till norska gränsen. Inom detta område finns ca 25 distriktsläkare som ansvarar för primärvården för de 65 000 invånarna. Alla våra läkare har av tradition handlett underläkare och sedan 1983 finns en tydlig organisation för hur handledningen ska skötas. Jag ska här försöka ge en bild av idéerna bakom denna handledning, hur den har trettio år, samt hur vi tänker förbättra den ytterligare under kommande år.

Nyckelord: Medicinsk utbildning, handledning, primärvård, Piteå.

Utbildningsansvariga läkare

Varje klinik och vårdcentral har utsett en läkare med starkt intresse för utbildningsfrågor. Denne ska se till att introduktion, inskolning och uppföljning av varje ny underläkares tjänstgöring kommer till stånd. Den stora vinsten i att utse en ansvarig läkare per klinik/vårdcentral är naturligtvis att annars blir handledningsuppgifter och uppföljande kontakter diffust spridda på "någon" läkare. På de flesta kliniker/vårdcentraler har klinikchefen delegerat denna uppgift till någon av de övriga ordinarie.

Handledare till alla med FV-block

Vid tillträde av FV-block har direktionen utsett en personlig handledare till varje underläkare. Syftet med detta har varit och förblir att varje FV-läkare ska få träffa sin egen handledare under hela utbildningstiden. Detta har fungerat bra, även i stort sett under "randtjänstgöringarna", där vi även har ett direktionsbeslut på att handledare och handledd ska träffas minst åtta timmar per månad. De första "handledda" FV-läkarna blev specialister hösten 1988.

Handledarutbildning till alla handledare

Norrbottens läns landsting har erbjudit och genomfört upprepade handledarutbildningar för alla specialister, dvs även inom slutna vården.

Inom vårt sjukvårdsdistrikt finns fn ca 20 specialister inom både primär- och slutenvård med genomgången

handledarutbildning. Nästa steg blir att avlöna de aktiva handledarna extra för deras insatser.

Studierektor

Redan 1985 fattade Landstinget beslut att införa ett nytt uppdrag som "studierektor" för alla underläkare under utbildning. Uppdraget ska skötas av en specialistutbildad läkare som inte har alltför många övriga administrativa uppdrag. Studierektorns uppgift är att samordna alla utbildningsaktiviteter, ge råd till handledare, ordna introduktioner till nya underläkare samt se över medicinska bibliotek, utarbeta lokala målbeskrivningar osv.

Jag har haft uppgiften sedan 1987 och jag har samordnat alla aktiviteter för både AT- och FV-läkare. Fördelen med detta har varit att det aldrig blivit några "kanalkrockar" och samtidigt utbud till både AT- och FV-läkare. Vi har nu haft AT-blocken tillsatta i flera år och i och med detta har antalet underläkare inom distriktet ökat från 15–16 till 32–33. Detta ger angenäma problem i form av ökade krav på både mig själv och alla handledare att hinna med i löpande kontakter med alla under utbildning.

Framtiden

Jag tycker att handledarsysslan måste uppvärderas ytterligare. Den måste ingå i extrameriterande och extrabetalda uppdrag och metodiken måste förfinas. Vårt yrke genomgår en fantastisk förändring och vi kan inte lämna utvecklingen inom yrket åt slump och "trial-and-error"-metoder.

Vi planerar att varje underläkare inom primärvård ska utbildas extra i ortopedisk medicin samt samtalsmetodik under sitt FV-/ST-block.

Jag ser med förtröstan fram mot en mer målstyrd utbildning och jag hoppas att debatten om HUR MAN LÄRSIG LÄKARYRKET I DETALJ kommer att blomma under 90-talet.

Författarpresentation

Ingemar L Nilsson, distriktsläkare, studierektor.

Postadress: Öjeby Vårdcentral, 94300 Öjeby

Reflotron®

Svar medan
patienten
väntar



mannheim
boehringer

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

Finns det några rökfria restauranger i Luleå?

ANDERS LINDMAN

Det var en fråga som vi på Samhällsmedicinska enheten ställde oss när vi i våras skickade ut en enkät till samtliga restauranger och offentliga lokaler i Luleå. Vi fick svar från alla hundra.

Resultatet visar att beträffande restaurangerna så kan man undvika passiv rökning på två av tio restauranger. En av tio har helt rökfritt och en av tio tillåter rökning i speciella rökrum. Rökningen är helt fri eller begränsad till vissa bord och liknande hos åtta av tio restauranger vilket i praktiken gör att man har svårt att undvika passiv rökning.

Däremot är det bättre i de offentliga lokalerna. Där kan man undvika passiv rökning i två tredjedelar av lokalerna och det är helt rökfritt i nästan hälften av dem. Helt fritt fram för rökning är det bara på några få ställen. Fem personalrestauranger hade svarat

och bara en av dem hade helt rökförbud.

Vi frågade också en del om attityder till rökning och rök begränsningar. Attityderna till att ta hänsyn till icke-rökarna var övervägande positiva.

Restaurangidkarna verkar vara beredda att acceptera rök begränsningar, antingen genom att samhället går in med regler och bestämmelser eller om Du som kund framför önskemål och krav om detta.

Möjligen finns det rent av en nisch för restauranger som vill marknadsföra sig som rökfria?

I Finland och Norge har man stiftat lagar för att begränsa rökningen.

I Sverige pågår stundtals en het debatt om rökning inom sjukvården. SAS, Linjeflyg och Luftfartsverket har infört rökförbud.

Det är svårt att sluta röka när man

blir utsatt för rök så fort man ska gå ut och roa sig och äta gott.

Det är besvärligt för icke-rökare att njuta av mat och nöjen i rökiga lokaler. Rökningen utgör också ett stort problem för de som arbetar inom restaurangbranschen.

Samhällsmedicinska enheten har en rapport som närmare beskriver enkäten och dess resultat.

Rapporten kan beställas på telefon 0920-712 10.

Författarpresentation

Anders Lindman, distriktsläkare

Postadress: Samhällsmedicinska enheten, Köpmangatan 36 B, 951 32 LULEÅ

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

SKOLLÄKARMÖTE

Hjärtligt välkomna till mötet den 18-19 januari i Sundsvall för läkare som har skolhälsovård, på heltid eller deltid. Skolläkarföreningens årsmöte hålles i anslutning till programmet.

TEMA: Barnets historia och stadens

Torsdag 18/1:

- 9.30-10.00 Kaffe och registrering
- 10.00-12.00 Hälsorisker i Sundsvall - idag och för hundra år sedan
- 12.00-13.00 Lunch
- 13.00-14.30 Allergi och miljö i Sundsvall - historien om ett projekt
- 14.30-15.00 Kaffe
- 15.00-16.00 Fritt ur hjärtat - korta rapporter
- 16.00-16.15 Fruktpaus
- 16.15-17.00 Skolläkarföreningens årsmöte
- 19.00- Middag med dans på villa Marieberg (värd: Fisons)

Fredag 19/1:

- 9.00- 9.30 Tillväxten som hälsomätare (Staffan Mjönes)
- 9.30-10.15 "Sundsvallsjournalen" - att se barnets historia. Ett exempel på gemensam journal för barn- och skolhälsovård (Lena Kälvesten och Staffan Mjönes)
- 10.15-10.45 Vem är en bra skolläkare? Paneldebatt. Moderator: Tomas Hörnström, distriktsläkare, Bjästa
- 12.00-13.00 Lunch
- 13.30-14.30 Visning av Kulturmagasinet (Inger Liliequist, Sundsvalls museum)

Ja, jag kommer. Kursavgift 300 kr inbetalas senast den 10/12 till postgiro 12 58 80-5. Ange konto 090461 läkarkonferens.

Rum önskas på hotell Sundsvall (enkelrum med frukost 567 kr per dygn).

Rum önskas 17/1-18/1

Rum önskas 18/1-19/1

Önskar delta i supé med dans på villa Marieberg (värd: Fisons)

Önskar delta i visning av Kulturmagasinet 19/1

Namn: _____

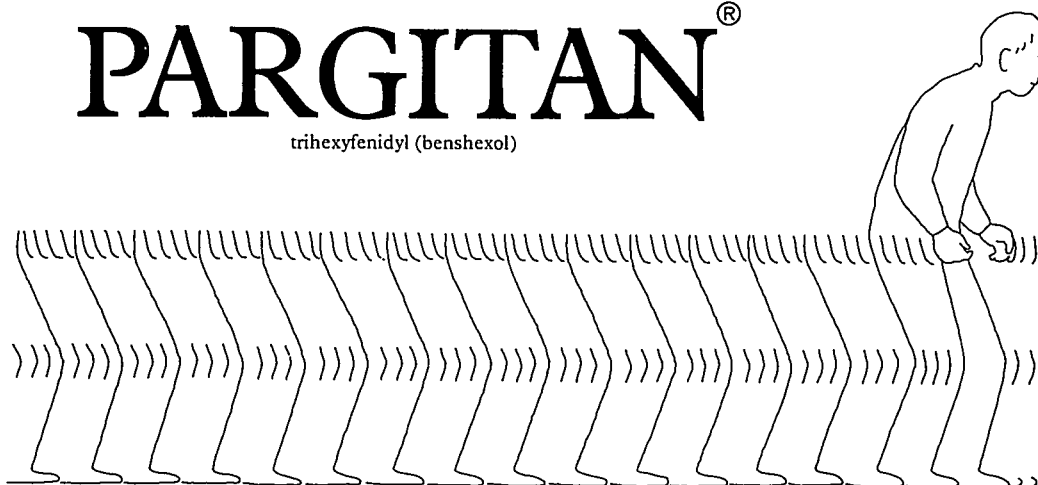
Adress: _____

Tel: _____

Skickas till Lena Kälvesten, Skolkontoret, Sundsvalls kommun, 851 85 Sundsvall

PARGITAN[®]

trihexyfenidyl (benshexol)



Antikolinergika vid Parkinsons sjukdom

I komplikationsfasen, t ex vid "on-off"-fenomen, kan antikolinergikas egenskaper utnyttjas.

Även vid behandling av biverkningar framkallade av neuroleptika

Neuroleptika kan framkalla akuta extrapyramidala biverkningar av typ pseudo-parkinsonism, akatisi (motorisk rastlöshet) och akuta dystonier. Samtliga dessa biverkningar kan behandlas med antikolinergika.

PRISJÄMFÖRELSE

		AUP per 100 st förp	DDD	AUP/ DDD
AKINETON	2 mg tabl	54,00 kr	10 mg	2,70 kr
DISIPAL	50 mg tabl	29,30 kr	200 mg	1,17 kr
	100 mg tabl	51,40 kr	200 mg	1,03 kr
PARGITAN	5 mg tabl	44,40 kr	10 mg	0,89 kr
PARGITAN MITE	2,5 mg tabl	27,30 kr	10 mg	1,09 kr

Priset per DDD (definierad dygnsdos) för Pargitan i 100-förpackning är avsevärt lägre än för övriga antikolinergika i motsvarande förpackning.

OBS! Får ej ges till patienter med begynnande eller manifest demens. Särskild försiktighet tillråds därför vid behandling av äldre personer. Vidare finns risk för urinretention hos patienter med prostatism samt obstipation och muntorrhet (positiv effekt vid riklig salivation).

För övrig information se FASS.

Referens: Läkemedelsboken 89/90, Apoteksbolaget.

KABI
Pharma

Telefon 08-705 40 00

Halsinfektioner och antibiotika

– en utmaning för distriktsläkaren

ÖRJAN ANDERSSON

Att bedöma och behandla patienter som söker vårdcentralen med halsont är fortfarande en utmaning för distriktsläkaren både från kvantitativ och kvalitativ utgångspunkt, fastän problemet kan tyckas "banalt". Risk föreligger för i första hand överbehandling med antibiotika, men även underbehandling i vissa fall. Vid bedömningen bör vi förlita oss på anamnes och undersökningsfynd, samt vår kännedom om den lokal-epidemiologiska situationen och kritiskt värdera svalgprov. Agglutinationstest med snabbavläsning för förekomst av HSGA (hämolytiska streptokocker grupp A) har praktiska fördelar jämfört med svalgodling och kan användas selektivt i en mellangrupp med svårbedömd klinik. Detta förslag baseras på litteraturgenomgång, samt egen studie på vårdcentral, där symptom och undersökningsfynd utvärderas i förhållande till svalgodling, liksom behandling med penicillin. Den största gruppen både vad gäller förekomst av HSGA och ordinerad penicillinbehandling är kvinnor mellan 20–40 år, vilket kan ha en epidemiologisk förklaring. I undersökningen ingår relativt få barn, vilket delvis har praktiska förklaringar men även kan vara uttryck för en förändring av immunitetsläget inom olika åldersgrupper.

Nyckelord: Streptokockinfektioner, diagnos, antibiotika, klinisk forskning, halsinfektioner

Det finns delar i den allmänmedicinska verksamheten som kan tyckas banala, som kan uppfattas mindre viktiga från medicinsk utgångspunkt och även sakna intellektuell utmaning för läkarens del och därför tyckas vara utan större svårighet att ta ansvar för. Vad gäller den så vanliga och oftast spontant läkande halsinfektionen är dock verkligheten inte alls fri från komplexitet och överraskningar och vår kunskap inom detta område är fortfarande begränsad både vad gäller klinik och bakteriologi och virologi.

Det är inte någon lätt uppgift att besluta om en allmän behandlingsstrategi. Sjukdomen kan leda till både besvärliga lokala komplikationer och allmänsjukdom, även livshotande sådan, vilket tydligt framkommit under senare tid. På grund av sin vanlighet är dessa infektioner även ett samhälls-ekonomiskt problem.

Som Howie, professor i allmänmedicin, har framhållit (1) så gäller att medicinföreskrivning är ett viktigt slutresultat av den medicinska beslutsprocessen och något som kräver vår uppmärksamhet både vad gäller kvantitet och kvalitet under hela vår verksamhet som distriktsläkare. Användningen av antibiotika inom inte minst primärvården har studerats och ifrågasatts från olika håll och halsinfektioner i vid bemärkelse kan studeras som modell för detta problem (2). Från familjemedicin i USA (3, 4) likväl som primärvård i Norden (5, 6) finns rapporter överförbrukning av antibiotika vid denna typ av infektion, med risk för att samma förhållande gäller vid andra typer av luftvägsinfektioner såsom laryngit och bronkit. Den behandlande läkaren vill gärna tillmötesgå patienten med recept på en botande medicin. Det finns en mer eller mindre utbredd övertro hos allmänheten på antibiotikas välgörande effekt, med risk för att övertron understödjes av sjukvården (7). Betydelsen av att vara medveten om detta problem ökar sett i relation till läkemedelsindustrins produktion av allmera effektiva antibiotika med bredare påverkan på den bakteriella normalfloran. Det föreligger här en uppenbar risk att mer eller mindre virulenta virus som är opåverkbara av antibiotika tar överhand och kan ge besvärliga sjukdomstillstånd. En riktig användning av den nya typen av agglutinationstest med snabbavläsning vid halsinfektioner borde minska risken för okritisk användning av antibiotika (8). Detta visade sig dock ej vara fallet i en finsk undersökning (6).

Vi får samtidigt inte undervärdera bakteriella infektioner och dess komplikationsrisker och jag tänker då i första hand på HSGA. Risken för komplikationer i form av reumatisk feber och glomerulonefrit är numera så låg att det finns risk att vi glömmer bort den som en ännu existerande realitet. Vissa HSGA-stammar (det finns ett 80-tal kända varav 3–4 kan vara i omlopp under samma tidsperiod) är mer virulenta vad gäller dessa kompli-

kationsrisker och kan aktiveras i samband med epidemier. En påminnelse om detta kom under föregående år från Utahdistriktet i USA där reumatisk feber blossade upp med en mindre epidemisk utbredning, då 41 barn i åldrar mellan 2 och 16 år drabbades (9). Från Norge meddelas (SBL Epid aktuellt Nr 11/88) ett onormalt stort antal fall av HSGA infektioner under vinterperioden 1987–88 inkluderande flera fall av reumatisk feber och glomerulonefrit. Se även två svenska fallstudier gällande ungdomar i åldrar 16 respektive 23 år (10). Akut reumatisk feber är fortfarande en av de ledande orsakerna till postnatal förvärvad hjärtsjukdom hos svenska barn, med den relativt sett största risken i åldrar kring 7 respektive 11–12 år (11). Under 1988 har i vårt land inträffat några allvarliga fall av streptokocksepsis som i vissa fall lett till döden. Det har i första hand varit frågan om medelålders personer som inte haft känd immunbristsjukdom eller allvarlig sjukdom i övrigt, vilket torde vara ett uttryck för att ovanligt virulenta och toxinbildande HSGA-stammar varit i omlopp.

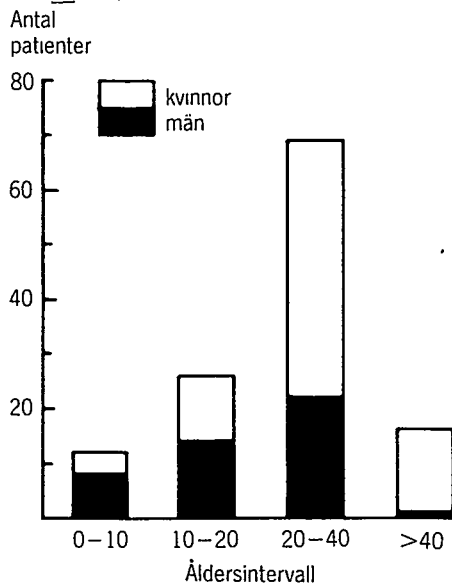
Problemet kvantitativa sida kan förstås om vi betänker att upp till en tredjedel av besöken i svensk primärvård handlar om luftvägsinfektioner av skilda slag (9) och 5–10% av besöken om halsont (6). I en epidemiologisk familjestudie från USA i slutet av 1960-talet där man undersökte incidensen av luftvägsinfektioner fann man att 22% av de patienter som konsulterade sin familjeläkare hade positiv odling för HSGA; samma frekvens framkom för parainfluenzavirus (12). Om vi utgår från symptomet halsont har några primärvårdsstudier visat en frekvens vad gäller positiv odling för HSGA på cirka 20% (8, 13). Detta är dock inte detsamma som sjukdomsincidens, då friska HSGA-bärare förekommer. I andra undersökningar har frekvensen av positiva HSGA-odlingar varit lägre (6). Om diagnosen specificeras till akut tonsillit stiger denna frekvens, enligt en svensk undersökning (9), till 43,5% positiva HSGA-odlingar.

Syftet med föreliggande studie har varit att studera symptom och undersökningsfynd vid halsont och korrelera dessa till konventionell svalgodling samt antibiotikaanvändning. En målsättning har varit att undvika överföreskrivning av antibiotika vid halsont men samtidigt effektivt behandla med

penicillin vid tecken på aktiv HSGA infektion. Jag var även intresserad av att studera ålders- och könsfördelning då jag hade en intryck av att en förskjutning förelåg mot högre åldrar vad gäller HSGA infektioner.

Material och metod

Undersökningen inkluderar alla patienter som önskade och som efter telefonkontakt med sköterska bedömdes vara i behov av läkarundersökning på grund av halsont. Undertecknad var ensam ansvarig för denna bedömning. I studien inkluderades 125 patienter under tiden mars 1986 – juni 1987, med ålders- och könsfördelning enligt figur 1 (två patienter ej ålders/könsfördelade).

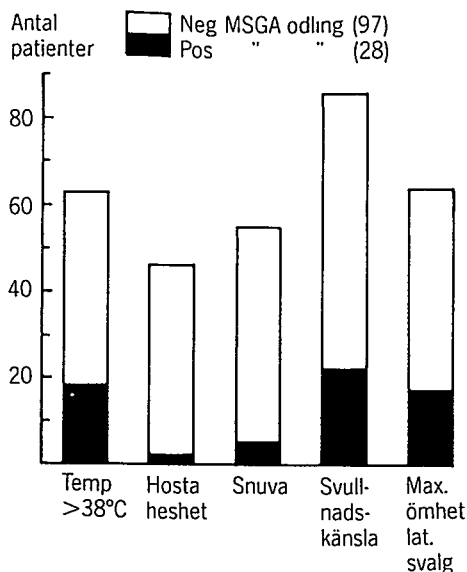


Figur 1. Kontaktsak: Halsont (sore throat)

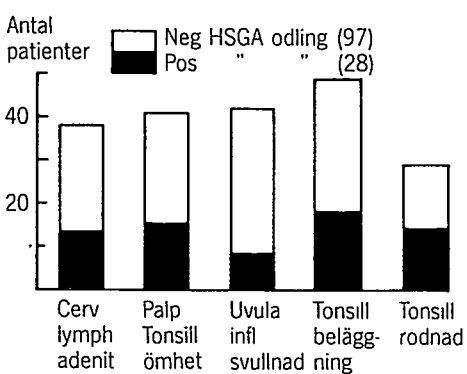
Utöver vanlig anamnes ställdes vissa riktade frågor. I samband med sedvanlig undersökning ifylldes en enkel mall angående några utvalda undersökningsfynd. Med denna utgångspunkt beslutades, i samråd med patienten, om lämplig behandling. Vid specifik klinisk misstanke på mononukleos eller adenovirus med tonsillit kompletterades den kliniska bedömningen med Monospot-test och/eller leukocyter inkluderande differentialräkning av poly- och mononukleära celler.

Därefter togs svalgprov av undersköterska och skickades till Region-sjukhusets bakteriologiska laboratorium, som per telefon gav besked dagen därpå om det förelåg växt av HSGA på odlingsplattan. Vid det definitiva skriftliga provsvaret efter cirka en vecka gavs besked även om det fanns växt av streptokocker grupp C och G.

Penicillinbehandling påbörjades om aktiv infektion med HSGA eller annan signifikant bakteriell infektion bedömdes vara sannolik utifrån symtom och undersökningsfynd. Doseringen av Pc-V var 1 g×3 under de första tre dagarna (för att få snabb förbättring vad gällde lokal sväljningssmärta och svullnad och därmed underlätta kostintag) efterföljt av normaldosering 1 g×2 under ytterligare sju dagar.



Figur 2. Symtom

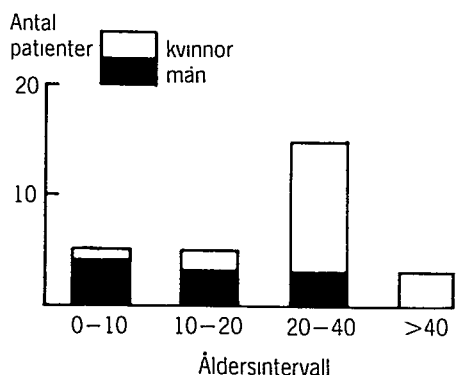


Figur 3. Undersökningsfynd.

Resultat

Från figur 2 och 3 kan fördelningen av undersökta symtom och undersökningsfynd utläsas, uppdelat på den större gruppen (97 patienter) utan förekomst av HSGA vid svalgodling och den mindre (28 patienter) med positiv HSGA-odling. Den senare gruppen, som utgör 22% av samtliga är ålders- och könsfördelad i figur 4.

Vad gäller undersökta symtom så framkommer den tydligaste skillnaden i symptomgrupperna hosta-heshet respektive snuva, med avsaknad av korrelation till gruppen med positiv HSGA-odling. När undersökningsfynden är cervikal lymfadenit (i form av förstörade och ömmande halslymf-



Figur 4. Positiv odling för HSGA (28)

körtlar) samt palpationsömma och svullna tonsiller är dessa relativt sett vanligare i gruppen med positiv HSGA-odling. Den positiva korrelationen är tydligare för tonsillrodnad jämfört med tonsillbeläggning i förhållande till HSGA förekomst.

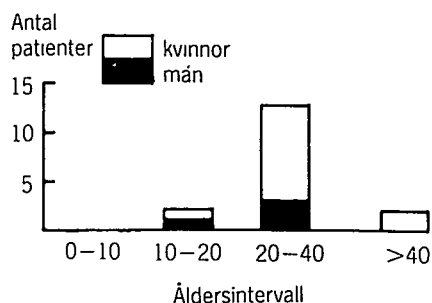
I hela gruppen på 125 patienter fick 33 eller 26% penicillinbehandling vid första besöket varav 20 tillhörde den HSGA-positiva gruppen. Om hänsyn togs till att tre patienter i denna grupp bedömdes vara inaktiva HSGA bärare blir sensitiviteten 80% (20/25 patienter). I den större gruppen med negativ HSGA-odling fick 13/97 (13%) penicillinbehandling i anslutning till mottagningsbesöket (4/97 i samband med uppföljning per telefon). Om hänsyn togs till en uppskattad frekvens av falskt negativa svalgodlingar på cirka 10% (17) innebär detta en specificitet på 88%. Från figur 5 framgår köns- och åldersfördelning inom den HSGA negativa gruppen, som inte skiljer sig i någon större utsträckning från den HSGA-positiva gruppen i figur 4.

Efter två dagars penicillinbehandling gjordes uppföljning med telefonkontakt, varvid framkom att 20/20 i den HSGA-positiva gruppen (vilken hade ordinerats penicillin efter klinisk bedömning) hade märkt en god förbättring både vad gällde lokal- och allmänsymtom. Så var även fallet hos 12/97 i den HSGA-negativa gruppen, men endast hos 1/4 i den lilla grupp som hade positiv odling för streptokocker grupp C eller G.

Diskussion

Vad gällde den kliniska bilden av HSGA-infektion så framkom avsaknad av korrelation till hosta-heshet samt snuva, vilket överensstämde med tidigare studier (14, 15). Det blev än tydligare om hänsyn togs till att två patienter inom gruppen med hosta-heshet kliniskt bedömdes som sannolika streptokockbärare, samt att tre av patienterna med snuva var barn under fem år, (HSGA-infektion kan ge varig snuva i denna åldersgrupp).

Om vi går vidare till undersökningsfynden så visade det sig att rodnad och slemhinneinflammation med lokalisering till tonsillerna hade en något starkare positiv korrelation till HSGA-infektion jämfört med tonsillbeläggning.



Figur 5. Negativ HSGA-odling/Pc-behandling (17).

Nu även 5 mg

Enda lägdos-tabletten av oxazepam

SOB RIL

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 forskrivning.

KABI
Pharma

Tel. 08-7054000

vilket överensstämmer med en större svensk undersökning (16). I denna studie, som genomfördes under vinterhalvåret, var oktober den enda månad då HSGA-negativ tonsillit var vanligare än förmodad HSGA-tonsillit. Jag kan påminna mig en period under oktober månad då flera patienter sökte för samma typ av halsinfektion med spridda vita tonsillbeläggningar men utan tydlig rodnad eller svullnad. I samtliga dessa fall var svalgodling negativ för HSGA. Det är känt att tex adenovirus brukar förekomma epidemiskt under hösten.

En aktiv HSGA-infektion uppvisar vanligen en klinisk bild av isolerad halsinfektion, som regel "lateraliserad" i form av tonsillit med slemhinneinflammation på tonsillytan och oftast beläggning i någon form. Ibland förekommer en mera utbredd svalginfektion i form av faryngo-tonsillit och då ofta med cervikal lymfadenit. Som differentialdiagnos bör vi i första hand tänka på adeno- och Epstein-Barr virus (som även kan förekomma samtidigt med eller som primärinfektion i förhållande till sekundär HSGA-infektion) och inte heller helt glömma HIV-virus. Exposition för detta kan åtföljas av ett febrilt, mononukleosliknande sjukförlopp med en inkubationstid på mellan 1-8 veckor. Andra viktiga halsinfektioner att komma ihåg är peritonsillit som ofta kompliceras av sekundär anaerob infektion samt epiglottit som även förekommer hos vuxna. Staphylokockbakterier kan i sällsynta fall ge upphov till allvarliga svalginfektioner med sepsisliknande förlopp. Det förekommer också andra bakteriella halsinfektioner som vi idag har ofullständig kunskap om.

Det är viktigt att ta hänsyn till epidemiologiska faktorer vid behandling av alla infektionssjukdomar och halsinfektioner är inget undantag från denna regel. Någon har tidigare velat klassificera streptokockinfektion som "an occupational disease of school children" och det ligger en del sanning i detta, men samtidigt måste vi vidga det epidemiologiska perspektivet vid denna typ av infektion. När jag under en period på fem veckor tjänstgjorde som militärläkare fann jag att HSGA var relativt vanligt förekommande, i något fall med misstänkt hjärtkomplikation. I denna studie förekommer en dominans för yngre och medelålders kvinnor, vilket till en del kan förklaras av att barn med halsbesvär i relativt stor utsträckning blivit undersökta på annat håll. Detta har skett dels i hemmet av distriktssköterska och gällt bland annat barn med streptokocktonsillit i samband med scarlatina (denna vårdservice är fortfarande kostnadsfri), dels på akutmottagningen vid närbeläget sjukhus under kvällar och helger då det varit lättare för flerbarnsföräldrar att följa med det sjuka barnet. Dessutom har det funnits tillgång till särskilda skolläkare såsom ofta är

fallet inom tätorter. Det kan dock även röra sig om en verklig åldersrelaterad förändring av det immunologiska skyddet mot HSGA-infektion, vilket de svåra sjukfallen hos medelålders personer under det senaste året skulle kunna tala för.

Sammantaget kan dessa spridningsfaktorer försvåra infektionsbehandlingen med utgångspunkt från ett lokalepidemiologiskt och familjemedicinskt perspektiv; små barn som vistas på daghem inte att förglömma. Vi försöker nu öka tillgängligheten för infekterade barn vad gäller läkarbedömning på den egna vårdcentralen och det är även önskvärt med ett ökat antal hembesök av distriktsläkare, exempelvis om barnet har hög feber. Detta försvåras av det faktum att många vårdcentraler är underbemannade på distriktsläkare.

I Tecumseh-studien från USA (12) där sjukligheten i luftvägsinfektioner undersöktes, framkom den tydligaste könsskillnaden i åldersgruppen 20-40 år, med en övervikt för kvinnor. Undersökarna ansåg att detta hade samband med kvinnornas närbkontakt med barnen, som har hög frekvens av luftvägsinfektioner. Många kvinnor har även nära kontakt med barn i sitt yrkesarbete inom sjukvård, skola och daghem. I Dalby-studien från mitten av 1970-talet (9) framkom liknande epidemiologiska fakta med den största könsskillnaden i åldersgruppen 20-40 år och med kvinnlig övervikt. Vid denna undersökning från ett mindre samhälle med mera sammanhållen familjemedicinsk verksamhet fördelade sig förekomsten av HSGA enligt följande: 50% i åldersgruppen 0-19 år och 25% gruppen 20-40 år. Ett återkommande intryck är att en del män söker i ett sent skede vid halsinfektion. Ett fall där peritonsillit framkom närmast "en passant" exemplifierar detta. Möjligen finns här ett samband med mansrollen på ett känslomässigt plan.

Vi måste i första hand förlita oss på den kliniska bedömningen och erfarenheten även vad gäller vanliga halsinfektioner och inte luras av överdriven tilltro till laboratorieprover, även om dessa förbättras och i vissa fall utgör en viktig länk i bedömningen (17).

Det är viktigt att ta hänsyn till den lokalepidemiologiska situationen och inom detta område finns behov av förbättringar, både vad gäller samarbete inom och mellan vårdcentraler, samt i förhållande till sjukhusets virologiska och bakteriologiska laboratorier. Datasystem skulle kunna medverka till en löpande registrering, som utan fördröjning kan komma även primärvården tillgodo.

Jag vill avsluta med följande förslag på praktiska rutiner vid bedömning av patienter med halsont, baserat på egen undersökning samt litteraturstudier:

Grupp 1.

Klinisk klar tonsillit eller faryngo-tonsillit:

Såvida inte andra tecken tyder på virus av ovan beskrivet slag:

Behandla med penicillin utan provtagning.

Grupp 2.

Tonsillbeläggning utan tydlig inflammation, faryngit inkluderande svullnad, antydd tonsillitretning med relativt lång anamnes på en vecka eller mera (det kan röra sig om HSGA-infektion i regress med lågt bakterietal). Tonsillit med misstänkt relation till adeno- eller EB-virus:

Använd om möjligt välbeprövad agglutinationstest för HSGA (18) och avvakta med antibiotika vid negativt utslag. Ny bedömning och återbesök vid behov.

Grupp 3.

Anamnestiskt snuva, halsont, heshet och hosta. På status lättare svalgrodnad medialt eller längs gombågar, blåsbildning eller slemhinneerosioner:

Avstå från svalgprov och antibiotikabehandling. Undersök vid behov öron, näsa, bihålor och lungor. Merparten inom denna grupp kan ges lugnande besked och råd om egenvård per telefon.

Konventionell svalgodling kan koncentreras till de fall där en klinisk - epidemiologisk misstanke på HSGA-infektion kvarstår vid negativ agglutinationstest inom grupp 2, samt vid epidemiologisk utredning av koncentrerade epidemier på daghem, skola eller militärförläggning, där en typning av aktuell streptokockstam kan vara av värde. Naturligtvis gäller detta även om ovanligt virulenta streptokockstammar befaras vara i omlopp i övrigt. Den på vårdcentralen använda snabbtesten bör med jämna mellanrum testas och korreleras till svalgodling.

Referenser

1. Howie J G R. Clinical judgment and antibiotic use in general practice. *Brit Med J* 1976; 2:1061-4.
2. Tseng R. An Audit of Antibiotic Prescribing in General Practice Using Sore Throats as a Tracer for Quality Control. *Soc Community Med* 1985; 99:174-6.
3. Holmberg S D, Faich G A. Streptococcal pharyngitis and acute rheumatic fever in Rhode Island. *JAMA* 1983; 250:2307-12.
4. Poses M R, Cebul D R, Collins M, Fager S. The Accuracy of Experienced Physicians Probability Estimates for Patients With Sore Throats. *JAMA* 1985; 254:925-9.
5. Gundersen S G, Bjorvatn B. Bruk og misbruk av antibiotika i relasjon til mikrobiologisk service. *Tidskr Nor Lægeforen* 1980; 22:1280-2.
6. Mäkelä M. Rapid Throat-culture as Diagnostic Aid: Ineffective in Decreasing Antibiotic Prescriptions. *Scand J Prim Health Care* 1987; 5:145-50.

Sjukvård på läger

KJELL HULTSTEN

7. Hellström O. Läkemedelsförskrivning och vårdkvalitet. AllmänMedicin 1987; 8:186-7, 190-1.
8. True B, Carter B L, Driscoll C E, House J D. Effect of a Rapid Diagnostic Method on Prescribing Patterns and Ordering of Throat Cultures for Streptococcal Pharyngitis. J Fam. Pract. 1986; 23:215-9.
9. Veasy L G, Wiedmeier S E, Orsmond G S et al. Resurgence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States. N Engl J Med 1987; 316:421-7.
10. Widakowich J. Reumatisk feber - en bortglömd sjukdom? Läkartidningen 1987; 84:4343-6.
11. Schollin J, Wesström G. Acute Rheumatic Fever in Swedish Children 1971-80. Acta Paediatr Scand 1985; 74:749-54.
12. Monto A S, Ullman B M. Acute Respiratory Illness in an American Community. JAMA 1974; 227:164-9.
13. Hjortdahl P, Haugli L, Pederstad J, Paasche S, Høiby E, Vogt J. Halsinfektioner förorsakad av beta-hemolytiska streptococci. Tidkr Nor Lægeforen 1984; 104:673-6.
14. Caplan C. A Case Against the Use of the Throat Culture in the Management of Streptococcal Pharyngitis. J Fam Pract 1979; 8:485-90.
15. Walsh T, Bookheim W, Johnson R C, Tompkins R K. Recognition of Streptococcal Pharyngitis in Adults. Arch Intern Med 1975; 135:1493-7.
16. Roos K. The Diagnostic Value of Symptoms and Signs in Acute Tonsillitis in Children over the Age of 10 and in Adults. Scand J Infect Dis 1985; 17:259-67.
17. Hutchison B et al. Resolving the Sore Throat Dilemma. Can Fam Physican 1981; 27:471-7.
18. Hjortdahl P, Laerum E, Gaustad P. How Reliable and Useful Is the Latex Agglutination Test in Diagnosing Streptococcal Throat Infection in General Practice? Scand J Prim Health Care 1987; 5:151-4.

Varje år samlas tusentals ungdomar på läger av olika slag runt om i landet. Aktivitetsgraden är i regel hög och olycksfall och sjukdomar är inte ovanliga. På större läger är behovet av sjukvårdspersonal så stort att det bör finnas sjuksköterska och gärna läkare som ansvarar för sjukvården.

Här redovisas erfarenheterna från ett scoutläger med ca 1 500 deltagare varav ca 1 200 barn i åldern 10-13 år. Både läkare och sjuksköterskor fanns på plats. Det fanns en speciell "sjukstuga" med plats för övernattnings inomhus. I artikeln redovisas hur sjukvårdsresurserna utnyttjades samt ges förslag till medicinförråd och sjukvårdsutrustning för läger av denna storleksordning.

Nyckelord: Akutvård, barn, rekreation, läger

Scoutläger vid Ösjönäs

Att åka på läger är populärt. Här träffas barn och ungdomar, ofta under lite primitiva förhållanden, till några dagars aktivitet och gemenskap. Även jag tycker om att åka på läger och tvekade inte att säga ja när jag tillfrågades om att leda sjukvårdsavdelningen vid SMU (Svenska Missionsförbundets Ungdom) - scoutlägret "Brevet" i Tivedsskogarna fem dygn i mitten av juni 1986.

Det var ett relativt stort läger med ca 1 500 deltagare, varav 1 200 var scouter i åldern 10-13 år. De var indelade i 10 olika avdelningar utspridda över ett fint lägerområde vid Ösjönäs ca 2 mil norr om Karlsborg i Västergötland. Scouter och ledare bodde alla i tält och lagade sin mat över öppen eld på egenhändigt av trädsplanor hopurrade spisar. För det sanitära var allt väl ordnat med ett flertal toirklosetter och vattenposter utspridda över området.

Maten utdelades från ett centralt förråd inför varje måltid. Disken skötes i varje patrull (grupp med 5-10 scouter). Vikten av att vara noggrann med renligheten för att förhindra magsjuka poängterades.

Sjukvårdsresurser

Till sjukvårdens disposition fanns en barack med tre rum. Ett av rummen med 10 sängplatser kunde användas som vårdavdelning, ett rum användes

till mottagning och i det tredje övernattade sjukvårdspersonalen. På detta sätt hade de ineliggande ständigt tillsyn och sjukvården var helt oberoende av vädret.

Scouter är vana att hantera kniv, yxa och såg. Eftersom skador inte är ovanliga finns i varje patrull tillgång till första förband och de flesta sårskadorna klaras av på denna nivå. Det fanns dessutom på området utplacerat två skogsarbetarbaracker - "plåster" - med extra sjukvårdsmaterial. Dessa var inte bemannade. Den övriga sjukvården var koncentrerad till sjukstugan. Denna var bemannad dygnet runt. Läkaren bar dessutom kommunikationsradio. Jouren vid sjukstugan delades mellan två sjuksköterskor och läkaren:

Sjukvårdsmaterial och läkemedel

I syfte att nedbringa kostnaderna för sjukvårdsmaterial togs kontakt med flera sjukvårdsfirmor. Dessa var mycket positiva och skänkte material av olika slag. Nackdelen med detta var att det förekom en uppsjö av olika material och fabrikat, vilket försvårat utvärderingen av behov av sjukvårdsmaterial. Vi hade dessutom med en del material från våra ordinarie arbetsplatser, tex fem sterila suturset och en av apoteket iordningställd akutlåda med sprutor, spetsar och akutläkemedel för injektion. Vi såg vårt arbete som primärvårdens förlängda arm på lägret. Vi ingick överenskommelse med Vårdcentralen i Karlsborg om att där få sterilisera de instrument vi använde samt fylla på förråden av koksaltlösning och sängkläder om detta skulle behövas. De flesta av de ineliggande patienterna låg i sina sovsäckar. Endast de som hade illamående/kräkningar och scout med brännskador på benen använde lakan och filt. Erfoderliga läkemedel fick vi i form av läkemedelsprover från ett stort antal firmor. För transport av sjuka fanns en bår och en kombibil med förare.

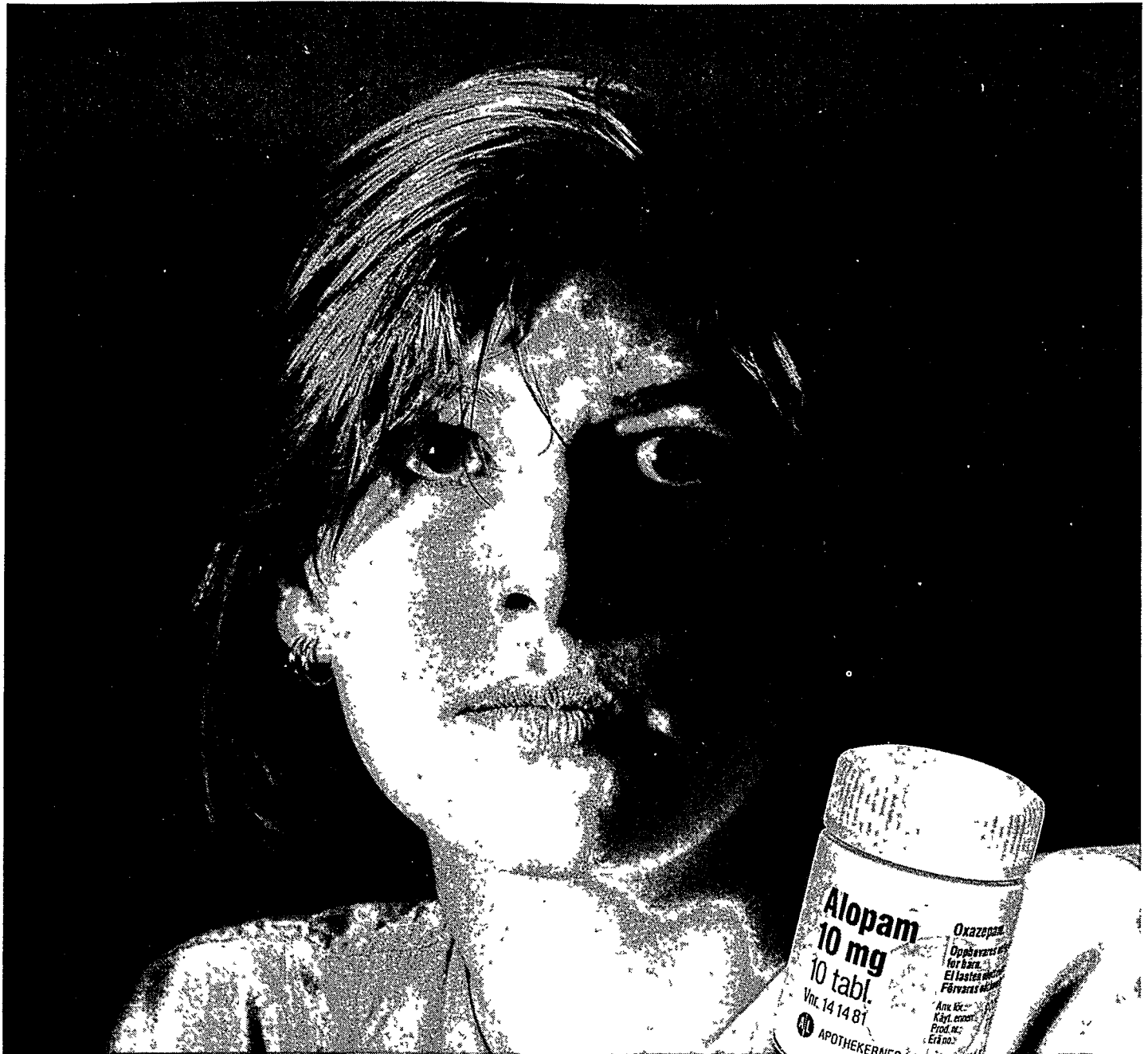
Sjukdomspanorama

Någon statistik över i hur stor utsträckning materialet i "plåstren" användes finns inte. Inte heller statistiken över polikliniska besök vid sjukstugan är heltäckande. Antalet noterade besök redovisas i Tabell I. De flesta fallen kunde klaras av sköterska, men eftersom även läkaren ingick i jouren finns ingen särredovisning av vilka fall som gick till läkarbedömning. Totalt suturerades fem sårskador. Inga allvarliga olyckor inträffade under lägret. Den

Författarpresentation

Örjan Andersson, distriktläkare vid Umeå vårdcentral.

Postadress: Box 10093, 900 10 Umeå



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

Alopam i 10-förpackning OXAZEPAM

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

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

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

Samtliga tabletter är försedda med mittskåra för att kunna delas.



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

*svåraste incidenten var när en häst kom i sken och vagnen med fyra scouter och en ledare välte. En scout ådrog sig radiusfraktur och sändes till sjukhus för behandling. Detta var det enda fall vi behövde remittera vidare för vård.

Tabell I: Diagnoser på besök vid sjukstugan.

Besöksorsak	Antal besök	Andel %
Sårskador	71	44,7
Stukningar etc	19	11,9
Allergi	13	8,2
Infektioner	12	7,5
Huvudvärk	8	5,0
Soleksem	7	4,4
Brännskador	7	4,4
Buksamrör	7	4,4
Insektsbett	6	3,8
Övrigt	9	5,7
Summa	159	100

På sjukavdelningen var medelbeläggningen under de fem nätterna 3,2 personer. De vanligaste inläggningsorsakerna var feber med förkylningssymtom, allergiska besvär och kräkningar, dels beroende på magsjuka och dels på hemlängtan. Av de inlagda kunde elva återgå till lägerlivet medan fem föredrog att resa hem, de flesta i samband med att föräldrarna kom på besök.

Tabell II: Medicinförråd för läger med 1 000–1 500 deltagare.

Tabl Betapred 0,5 mg	30 st
Spray Adrenalin 1%	1 st
Tabl Tavegil 1 mg	30 st
Tabl Alvedon 500 mg	100 st
Supp Alvedon 125 mg	10 st
Tabl Citodon	20 st
Lin Ficortril 1%	20 ml
Kräms Hydrocortison 1%	20 gr
Kräms Daktacort	15 gr
Kräms Fucidin 2%	10 gr
Solskyddsmedel med hög skyddsfaktor	
Näsdri Nezeril 0,5 mg/ml	50 pip
Mixt Tussidyl 2 mg/ml	200 ml
Tabl Bricanyl 2,5 mg	30 st
Rotahaler Ventoline 0,4 mg	100 st
Tabl Bafucin	100 st
Pulv Medicol 5 g	5 st
Tabl Toilax 5 mg	25 st
Klys Toilax 10 mg/5 ml	5 st
Kaps Imodium 2 mg	10 st
Supp Xyloproct	10 st
Tabl Link 700 mg	24 st
Ögond Kloramfenicol 0,5%	20 st
Ögons Noviform	5 mg
Tabl Calciopen 500 mg	14 st
Tabl Claciopen 1 g	14 st
Gran Ery-Max 200 mg/dos	20 st
Tabl Trimetoprim 300 mg	7 st
Inj Glucos 300 mg/ml	3 st

Övriga akutläkemedel för injektion finns i akutläda som lånats på Vårdcentralen. I denna finns även sprutor, spetsar och infartskanyler. Se tabell III.

Diskussion

När många barn kommer tillsammans finns stor risk för förekomst av förkylningar, magsjuka etc. Olyckor kan också inträffa, inte minst när stor del av aktiviteterna sker utomhus och när kniv bärs i varje bälte. Det är då en trygghet för föräldrar och ledare att veta att det finns tillgång till sjukvårdspersonal och möjlighet till vård och tillsyn. Genom en väl fungerande sjukvårdsavdelning kan också många och ofta långa transporter till närmaste vårdcentral, eller under jourtid närmaste sjukhus, undvikas.

Det är svårt att dimensionera hur mycket sjukvårdsmaterial och läkemedel som behövs vid ett läger av detta slag. Några sammanställningar om detta har jag inte hittat förutom en rapport av distriktsläkare Lars Berg i Tibro (1) från ett jämförbart läger 1980. Jag har utifrån erfarenheterna från dessa två läger gjort en lista på lämpliga mediciner, Tabell II och lämpligt sjukvårdsmaterial, Tabell III. Detta kan ses som ett förslag till utrustning för ett läger av denna storleksordning med ungdomar i denna ålder.

Tabell III: Förslag till sjukvårdsutrustning för läger med ca 1 000–1 500 deltagare.

Sterila kompresser (små)	100 förp
Sterila kompresser (stora)	50 förp
Omläggningssat	50 st
Salvekompreser	10 st
Osterila kompresser	100 st
Osterila tork	100 st
Steristrip (små) – 5 st/förp	4 förp
Steristrip (stora) – 5 st/förp	2 förp
Butterfly (små) – 100 st/förp	1 förp
Butterfly (stora) – 100 st/förp	1 förp
Plåster 4 cm – 5 m/förp	2 förp
Plåster 6 cm – 5 m/förp	2 förp
Kirurgisk tape 2 cm – 10 m/rulle	5 rullar
Cutiplast 7,2×5 cm	50 st
Absorptionsförband, olika storl	10 st
Tunn elastisk binda 5 cm	20 st
Tunn elastisk binda 8 cm	20 st
Elastisk binda 5 cm	20 st
Elastisk binda 10 cm	20 st
Sterila handskar	10 par
Osterila handskar	1 förp
Rondskålar	20 st
Spatlar	1 förp
Doskoppar	25 st
Medicinpåsar	25 st
"Barrier" (vattentätt underlägg)	50 st
Sårvtättare	50 st
Spruta 2 ml	5 st
Spruta 5 ml	5 st
Spruta 10 ml	5 st
Spets (gul, 0,9×40)	5 st
Spets (grön, 0,8×60)	5 st
Spets (blå, 0,6×25)	5 st
Spets (grå, 0,4×20)	5 st
Skalpell Nr 11	5 st
Skalpell Nr 15	5 st
Plastmuggar 200 ml	100 st
Burk för använda sprutor/spetsar	1 st
Alsolsprit 250 ml	2 flaskor
Lisal 30×20 ml	1 förp
NaCl 250 ml	7 st
Flytande tvål	1 förp
Glidslem	1 förp
Termometrär	2 st
Xylocain 10 mg/ml 10×5 ml	1 förp
BM-Test Glycemie 1–44	1 förp
Nitrittest	1 förp
Nobecutan	1 förp
Suturmaterial-Ethilon 4–0	4 st
-Ethilon 5–0	4 st
-Dexon 4–0	2 st
Suturset (närförare, liten klopincett, peang, sax)	4 st
Främmandekroppstång	1 st
Liten peang (steril)	2 st
Liten sax (steril)	2 st
Förbandssax (osteril)	1 st
Otoskop med trattar	1 st
Ficklampa	1 st
FASS	1 st
Stetoskop	1 st
Reflexhammare	1 st
Blodtrycksmanschett	1 st
Handspnit	1 förp
Akutlåda (med akutinj etc. Lånas på Vårdcentralen)	1 st
Barntidningar	ett antal
Transistorradio el dyl	1 st

Referenser

1. Berg L. Rapport från sjukvårdssektionen, SMU-scoutlägret "Brofästet" 1980. Pers meddelande.

Författarpresentation

Kjell Hultsten, Företagsläkare Skaraborgshälsan.

Postadress: Box 275, 54301 Tibro, 0504/14000.

Rök inte där någon annan får obehag.

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

SOCIALSTYRELSEN

SKRIV OCH BESTÄLL AFFISCHER OM PASSIV ROKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 10630 STOCKHOLM

Validitetsproblem i den kvalitativt inriktade forskningen

NIELS LYNÖE

Inom den kliniska forskningen finns ingen tradition när det gäller kvalitativt inriktad forskning. Beror detta på metodologisk restriktivitet eller beror det på att den kvalitativt inriktade forskningen inte är valid och därför har låg status? Vanliga påståenden om den kvalitativt inriktade forskningen är att antalet försökspersoner är för få, att man ställer ledande frågor och att tolkningarna är subjektiva. Förhåller det sig i själva verket tvärtom? Är det största hotet mot validiteten att antalet försökspersoner är för stort, att det ställs för få ledande frågor och att det finns för få reflekterade subjektiva tolkningar. Detta var några av de kontroversiella påståenden som det argumenterades för på en nordisk forskarkurs om validitetsproblem i den kvalitativt inriktade forskningen. Utav 28 deltagare fanns fyra läkare från tre nordiska länder. Niels Lynöe rapporterar och relaterar diskussionen till kliniska forskningens problem.

Nyckelord: Klinisk forskning, validitet

Forskning är alltid forskning om något. Detta förefaller för de flesta som trivialt och okontroversiellt. Men när vi försöker att karakterisera sättet på vilket vi närmar oss detta något, så invecklar vi oss snabbt i en diskussion som inte är helt okontroversiell. Verklighetens natur, hur vi uppnår kunskap om denna, och kunskapens struktur är frågor som är förutsättningar för metodologiska överväganden. Frågan om hur vi vet det vi vet och om kunskapens giltighet är således inte enbart frågor om vilken eller vilka metoder vi använder.

Under de senaste decennierna har metodfrågorna dominerat i diskussionen av den kliniska forskningen. En del kliniker förespråkar vetenskaplig öppenhet och metodologisk pluralitet (1, 2). Detta är indirekt ett argument för att frågeställningen ska definiera metodvalet och inte omvänt. Den vetenskapliga öppenheten inom ett paradigm är dock ingen självklarhet. Ett karakteristikum för ett väletablerat

vetenskapligt paradigm är att det har sin metodpreferens (3). Även det kliniska paradigmets har sin metodpreferens. Diskussionen av validitetsproblem har därför speciellt varit relaterad till den kontrollerade kliniska undersökningen. Denna metod har fått en central ställning inom den kliniska forskningen på gott och ont. Om en metod blir allena rådande finns också risk för att den används till att avgöra om en frågeställning är intressant/forskningsbar eller ej (4). Det finns dessutom risk för att den tillämpas på problem där den inte är tillämpbar.

Fokuseringen av den kontrollerade kliniska undersökningens validitetsproblem har sannolikt medfört att debatten om den kvalitativt inriktade forskningen har kommit i skymundan (2).

Kvantitativ versus kvalitativ forskning

En viktig skillnad mellan den kvalitativt och den kvantitativt inriktade forskningen är att den förra syftar till att besvara frågor av typen varför, medan den senare syftar till att besvara frågor av typen hur mycket och hur länge. En del frågeställningar inom den kliniska medicinen går inte att besvara inom den kontrollerade kliniska undersökningens ramar. Önskar man tex att veta någonting om orsakerna till varför människor röker så räcker det inte att besvara frågor om hur mycket och hur länge. Om cancerpatienter prioriterar mått på överlevnad i termer av kvalitetsjusterad tid, aktualiserar detta även en diskussion av kvalitativt inriktad forskning (1, 5).

När man inom den kliniska medicinen inte har utvecklat någon tradition för att bedriva kvalitativ inriktad forskning kan detta bero på en metodologisk restriktivitet (3). Men det beror antagligen också på att validiteten av den kvalitativt inriktade forskningen ofta har varit dålig. Detta beror i sin tur på att kvalitativ forskning inte sällan bedrivs på den kvantitativa forskningens premisser. Man har gjort kompromisser som medfört att man ställer frågan: "HUR många försökspersoner ska jag ha med". Istället för först fråga: "VAD är det jag ska undersöka?" Inleder man sin forskning på detta sätt har man redan från början omöjliggjort god kvalitativ forskning (6).

Hot mot validiteten

Inom den kvantitativt orienterade forskningen finns både systematiska

och slumpmässiga felkällor. Dessa felkällor kan man ta hänsyn till vid randomisering, "blindning", val av statistisk modell eller genom reglering av antalet försökspersoner. Det finns också hot mot den kvalitativt inriktade forskningen. De vanligaste fördomarna som anses hota validiteten är att den använder sig 1) av för få försökspersoner, 2) av ledande frågor och 3) av subjektiva tolkningar. Dessa metodologiska aspekter diskuteras nedan.

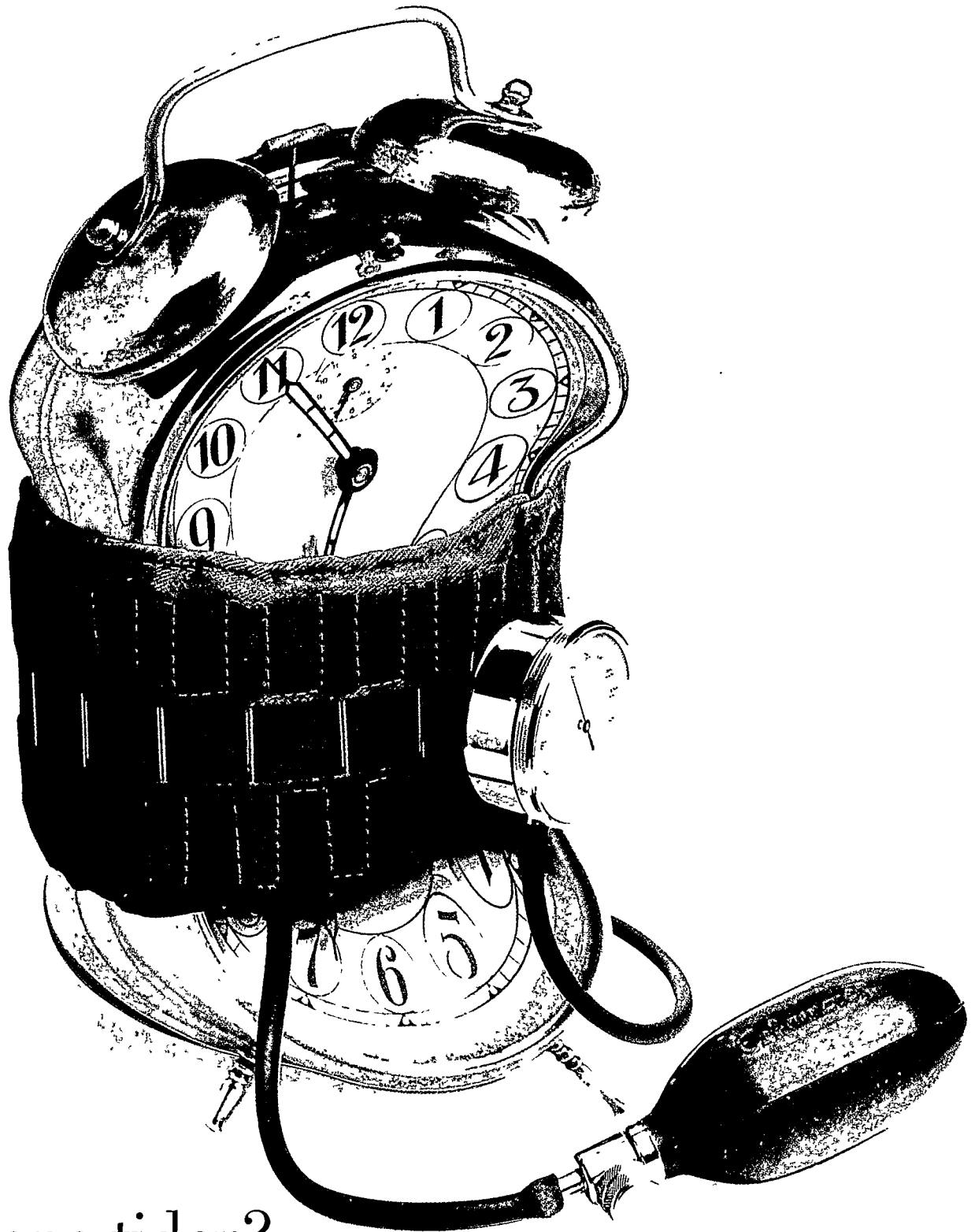
Allt för få försökspersoner

Enligt en av den kvalitativt inriktade forskningens främsta förespråkare, Steinar Kvale, förhåller det sig tvärtom. Det största hotet mot validiteten är att man ofta har med för många försökspersoner. Härvid kan materialet (tex ett intervjumaterial) bli oöverskådligt och omöjligt att göra till föremål för en systematisk tolkning. Står man med 1000 eller fler sidors intervjutext blir textinflation och data-död det största hotet mot validiteten (6). Har man först gjort klart för sig vad man ska undersöka och härefter valt metod kan frågan om representativitet dyka upp. Frågan om representativitet behöver inte nödvändigtvis definieras numerärt. Utifrån ett teoretiskt resonemang är det möjligt att bestämma prototyper (7). Har man isolerat en prototyp behöver man i bästa fall bara en försöksperson som man kan gå in i djupet med genom tex en intervju.

Ledande frågor

Enligt Kvale används i kvalitativa forskningsintervjuer allt för sällan medvetna ledande frågor. Hade man medvetet, dvs utifrån teoretiska överväganden ställt en rad ledande frågor så skulle det enligt honom underlätta analysen och tolkningen av de färdiga intervjuerna (6). Ambitionen att inte ställa ledande frågor har att göra med missriktade neutralitetsideal. Detta medför att man tex inte följer upp svar, man försöker inte borra i djupet i tron att man då inte interagerar med försökspersonen. Enligt Kvale är en forskningsintervju nödvändigtvis ledande i flera avseenden. Intervjuaren bestämmer tex vilket tema som ska behandlas och i vilken ordning frågorna tas upp. Ett exempel på användandet av ledande frågor förekommer i Hamlet, akt III, scen 2:

Hamlet: Ser ni det där molnet där borta? Det har nästan skepnad av en kamel.

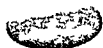


Gyllene tider?

Det finns ett samband mellan stress och högt blodtryck. Alla vill slippa stress. Men det räcker inte alltid att vilja.

Det kan bli nödvändigt med en blodtryckssänkande medicin också.

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



Försök först med icke-farmakologiska åtgärder.

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

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

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

u.g. texta

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

www.ferrosan.se

- Polonius: Ja, minsann, det är riktigt likt en kamel.
 Hamlet: Mig tyckes, det är likt en vessla.
 Polonius: Ja, rygg har det som en vessla.
 Hamlet: Eller som en valfisk.
 Polonius: Ackurat som en valfisk.
 Hamlet: ... - De kunna nära nog göra mig spritt galen -

Om Hamlet är intresserad av molnformationerna så är variationen i svaren så stora att validiteten måste karakteriseras som ringa. Om Hamlet däremot är intresserad av Polonius' personlighet och hans trovärdighet så ger intervjun valid och för Hamlet livsviktig kunskap (7).

Att ställa ledande frågor förutsätter att man har stor teoretisk kunskap om det aktuella ämnet. Forskaren måste som fiskaren ha kunskaper om var fisken finns. Om inte fiskaren vet var fisken finns måste han använda sig av mycket stora nät och dra dem genom mycket stora områden. Stora nät garanterar ändå inte en god fångst.

Subjektiva tolkningar

Kvale menar att det finns alldeles för få reflekterade subjektiva tolkningar. Nyckelordet i denna mening är "reflekterade". Om en tolkning är sådan är tolkningsförhållandet, tyngdpunkten och perspektivet öppet tillgängligt (6). En annan "observatör" kan genom att ta på sig den reflekterade tolkarens glasögon observera samma fenomen. Den andra observatören kan vara oenig om perspektivet, men måste med det angivna tillvägagångssättet kunna komma till samma slutsatser. En subjektiv tolkning som är subjektiv med innebörden godtycklig utgör självfallet ett hot mot den metodologiska objektiviteten och därmed validiteten av tolkningen. Strävan efter intersubjektiv observerbarhet och uttryckbarhet förefaller vara tillgodosedd genom den reflekterade subjektiviteten. Däremot kan ett validitetskrav om det finns en och bara en tolkning vara problematisk och utgöra ett hot mot validiteten. Detta pekar på vikten av metodologisk pluralitet.

Metodologisk validitet

Ett nyckelbegrepp i detta sammanhang är TRIANGULERING (7). Vid triangulering förstås olika metodiska grepp för att beskriva eller infånga samma objekt. Man pejlar in objekten utifrån olika infallsvinklar. Härvid får man möjlighet att välja mellan rimliga och orimliga tolkningar eller mellan en eller flera tolkningar.

Tolkningen av självmordsförsök är tex helt olika beroende på om det är läkaren eller patienten som gör bedömningen av om patienten egentligen ville dö (8). Man kan skilja mellan ett representant- och ett informant perspektiv (7). Om man uppfattar den intervjuade som informant fungerar

han/hon som subjekt och vittne i ett sakförhållande. Om den intervjuade uppfattas som representant fungerar han/hon som analysobjekt. Tex var informantperspektivet för Hamlet ointressant eftersom Polonius utsagor om vad molnen faktiskt liknade enbart var ett hjälpmedel för att få en annan typ av information. Ur representantperspektiv, dvs där vi gjort Polonius till objekt för vårt intresse, ger Polonius utsagor information om hans personlighet och trovärdighet.

På samma sätt som det inom det kvantitativt inriktade forskningen finns olika statistiska modeller beroende på vilken problemställning man har, finns det inom den kvalitativt inriktade forskningen olika strategier beroende på problemställningens karaktär. Ett problem kan tex aktualisera en lingvistisk textanalys och ett annat problem en logisk analys. Den lingvistiska analysen blev på kursen framlyft som den kvalitativa forskningens statistik. Det finns väldefinierade metodiska grepp i en språkanalys. Man kan uppträna en sensitivitet för olika farosignaler i en text. Exempel på farosignaler är vad som inte sägs, men som man kunde förvänta, vad som förnekas, vad som understryks, om personen motsäger sig själva mm (9).

Teoretisk validitet

Förutsättningen för att man ska kunna identifiera de så kallade farosignalerna är att man har en bakgrundsteori om det ämne intervjun eller texten handlar om. En validering sker alltid ytterst sett mot bakgrund av teoretiska förutsättningar (10). I normalvetenskaplig klinisk forskning spelar dessa emellertid oftast en passiv roll, men kan aktualiseras i fall man önskar göra en kausaltolkning av statistiska korrelationer.

Teoretisk kunskap och medvetenhet är möjligen särskilt viktig inom den kvalitativt inriktade forskningen. Övergången från en metodologisk fas till en analyserande och tolkande fas är ofta glidande. Detta är dock en problematik som inte är förbehållen kvalitativt inriktad forskning. Även i den kvantitativt inriktade forskningen är allt från utgångspunkten till presentationen integrerade delar av forskningsprocessen.

Avslutande kommentar

En vanlig uppfattning är att det kvalitativt inriktade är förbehållet humanvetenskapen och det kvantitativt inriktade är reserverat för naturvetenskapen. Om den kliniska medicinen framställs enbart som naturvetenskap kan slutsatsen bli att enbart kvantitativa metoder bör tillämpas inom den kliniska forskningen. Detta är en olycklig reduktion av en svårartad problematik. Användandet av både kvalitativa och kvantitativa metoder kan vara ett sätt att närma sig problem

på helt olika sätt, att triangulera, vilket kan bidra till att öka validiteten av den samlade kunskapen inom problemområdet (11). De två metoderna utesluter således inte varandra och rätt tillämpad är den ena metoden inte nödvändigtvis mindre valid än den andra. Både inom den kvalitativt och kvantitativt inriktade forskningen är det sannolikt de halvhjärtade försök och de otillbörliga kompromisserna som utgör det största hotet mot validiteten. En öppen diskussion av validitetsfrågan inom den kvalitativt inriktade forskningen kan bidra till att denna typ av forskning också kan vinna inpass även inom den kliniska medicinen.

Referenser

1. Hulter Åsberg K, Asplund K. Läkekonsten och den kliniska forskningen - inte bara tillämpad biomedicin! Läkartidningen 1988; 85:1489-92.
2. Werkö L. Är den kliniska forskningen i kris eller bara ur balans? Läkartidningen 1988; 85:1585.
3. Kuhn TS. De vetenskapliga revolutioners struktur. Doxa, Lund 1979.
4. Wulff HR. Videnskabssteori. Ur Andersen D, Havsteen B, Juhl E og Riis P. Laegevidenskabelig forskning - en introduktion. 3. udgave. København 1982. FADL's Forlag.
5. Adami HO, Backman L. Symptomregistrering undervärderas i klinisk forskning. Läkartidningen 1985; 82:3131-2.
6. Kvale S. The 1000 page question. Institute of Psychology, University of Aarhus, Denmark. Paper presented at the Sixth Human Research Conference, Ottawa, May 26-30, 1987.
7. Kvale S. Om tolkning af kvalitative forskningsinterviews. Tidskrift för Nordisk Förening för Pedagogisk Forskning 1984; 4:55-56.
8. Hammerlin Y, Enerstedt R. Selvmord. Oslo 1988. Falken Forlag.
9. Bruhn Jensen K. Receptionsanalyse og sprogvidenskab - En metodisk og teoretisk diskussion. Ur Fog et al "Interviewet som forskningsmetode", Psykologisk skriftserie Aarhus, Vol 12, nr 1, 1987.
10. Lynøe N. Theoretical and Empirical Problems in the Assessment of Alternative Medical Technologies I. För publ. i Scand J Soc Med.
11. Tschudi F. Om nödvändigheten av syntese mellom kvantitative og kvalitative metoder. Ur Holter & Kalleberg (eds) "Kvalitative metoder i samfunnsforskning". Oslo: Universitetsforlaget 1982.

Författarpresentation

Niels Lynøe, klinisk amanuens, socialmedicin.

Postadress: Umeå Universitet, Regionsjukhuset, 90185 Umeå.

Intoxikationsfall behandlade vid Säfte sjukhus 1974–84

DENNIS HANSSON

Vid länsdelssjukhuset i Säfte togs under elvaårsperioden 1974-84 190 patienter på grund av avsiktlig intoxikation med läkemedel eller annan kemisk substans. Antalet inläggningar hade inte ökat sedan föregående elvaårsperiod. De manliga fallen hade minskat något, medan fall hos unga kvinnor ökat i viss mån. Vid hälften av inläggningarna förelåg även alkoholintag. Fyra av tio patienter hade använt benzodiazepiner. Antidepressiva medel förekom i knappt 20 procent av inläggningarna. Ett fåtal hade intoxikerat sig under pågående depressionsbehandling. De medicinska komplikationerna var få.

Nyckelord: Självmod, retrospektiva studier, epidemiologi, förgiftning, Säfte.

Avsiktlig intoxikation utgör en icke obetydlig andel av inläggningar vid medicinkliniker. Enligt rapporter har självmordsförsök och självmord ökat i de flesta europeiska länder sedan sextioalet. I de nordiska länderna har det suicidala beteendet ökat markant. Det är beskrivet en stagnation under slutet av sjuttioalet (1,2). Dödligheten är genomgående låg hos patienter som intagits på sjukhus på grund av avsiktlig intoxikation enligt flera undersökningar (1,3–8). I samband med att barbituraterna minskat på marknaden, har de somatiska komplikationerna blivit mindre allvarliga. Stig Andersson (3) studerade intoxikationsfallen vid Säfte Sjukhus 1963–73. En uppföljning av den studien samt jämförelser med motsvarande undersökningar i Norden presenteras här. Få publikationer har gjorts på svenskt material. Intrycket vid medicinkliniken är att intoxikationsfallen minskat i antal.

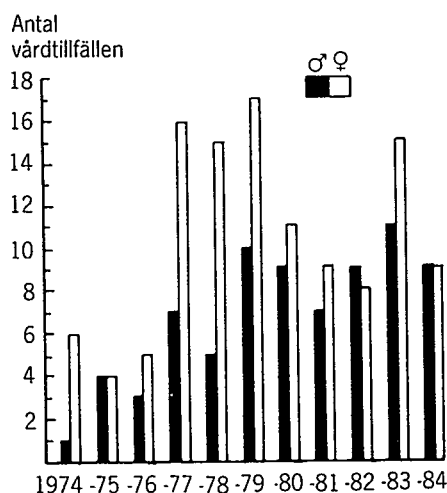
Material och metodik

Upptagningsområdet för länsdelssjukhuset i Säfte utgörs av 43 000 personer fördelade på Säfte, Åmål och Grums kommuner. Grums kommun lades till upptagningsområdet 1978 med cirka 11 000 personer. Å andra sidan har befolkningen i Säfte och Åmål minskat med cirka 6 000 personer sedan 70-ta-

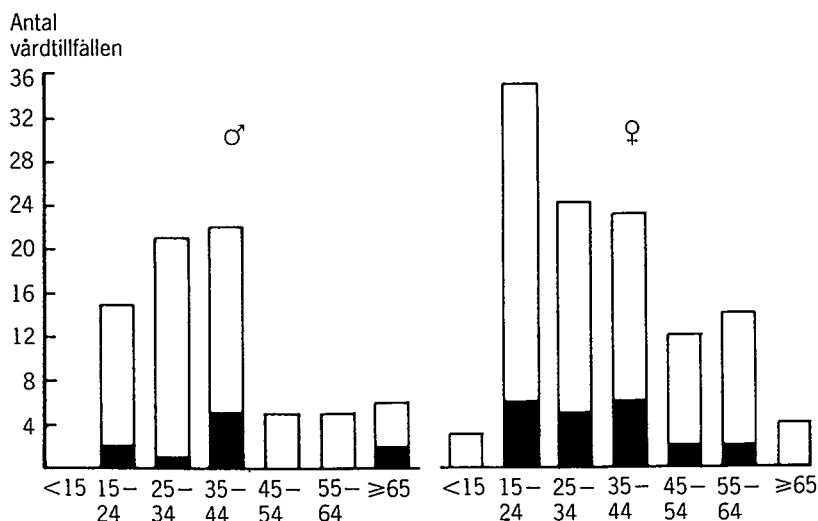
lets början. Studien omfattar alla personer som under tiden 1974–84 togs på grund av avsiktlig intoxikation med läkemedel eller annan kemisk substans eventuellt i kombination med alkohol. Intoxikationer med enbart etyl ingår sålunda ej i studien. Ur medicinklinikens journaler har hämtats uppgifter om kön, ålder, preparat, återfall, komplikationer och psykiatrisk diagnos m m. I de fall då medvetlösheten har varat mer än tolv timmar eller då man noterat allvarlig rytmrubbning eller andningsdepression med respiratorbehov har man valt beteckningen "grav intoxikation".

Resultat

Under åren 1974–84 lades 115 kvinnor och 75 män in vid Säfte Sjukhus



Figur 1. Vårdtillfällen fördelat på kön och år.



Figur 2. Åldersfördelningen bland män och kvinnor. Fyllda staplar anger förnyat vårdtillfälle.

på grund av intoxikation. Ur figur 1 framgår antal inläggningar per år samt könsfördelningen bland dessa. Observera att Grums kommun lades till upptagningsområdet 1978. Intoxikationer utgjorde 0,9 procent av samtliga inläggningar.

Figur 2 visar åldersfördelningen i materialet. Medelåldern för män var 37,3 år och för kvinnor 34,5 år. I Tabell I avläses incidensen av intoxikationsinläggningar i vårt område jämfört med andra nordiska orter. Hos drygt hälften av de manliga fallen förelåg ett tidigare känt missbruk av framför allt alkohol, medan endast var åttonde kvinna hade ett tidigare känt missbruk.

Recidiven utgjorde 16 procent av inläggningarna. Det förekom ej fler än två återfall hos en och samma patient. Medelvårdtiden var 3,5 dagar. Vecoksluten står för 60 procent av inläggningarna. Någon variation över årstiderna kunde ej konstateras.

Preparatval

I Tabell II redovisas använda intoxikationsmedel. I 94 fall kombineras läkemedel med alkohol och i 66 fall användes fler än ett läkemedel. I fem fall handlar det om intoxikation med annan substans än läkemedel – ett fall vardera med kylarvätska, karburatorsprit, thinner, blåsyra och kolmonoxid.

Dom flesta skriver BOTA
för patientens skull

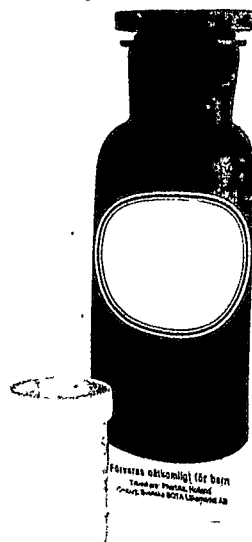
— EXAKT!



BOTAs produkter:

- Penicillin 500 mg, 1 g BOTA syn.med Kåvepenin/Calciopen
Antibiotikum
- △◇ Oxazepam 10 mg, 15 mg BOTA syn.med Sobril/Alopam
Lugnande medel
- △◇ Flunitrazepam 1 mg BOTA syn.med Rohypnol
Sömnmedel
- Furosemid 40 mg BOTA syn.med Lasix/Impugan/Furix
Diuretikum
- Propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg BOTA
β-receptorblockerare syn.med Inderal
- Spirolakton 25 mg, 50 mg, 100 mg BOTA
Diuretikum syn.med Aldactone/Spirix

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



Byorn Aktimus (K)Klin

SVENSKA

BOTA

LÄKEMEDEL AB

EXAKT — FÖR PATIENTENS SKULL

Tabell I. Antal vårdtillfällen på grund av intoxikation per 100 000 invånare och år i olika upptagningsområden.

Ort	Årtal	Incidens
Säffle (3)	1963-73	60
Säffle	1974-84	45
Esbjerg (4)	1974-79	200
Helsingør (1)	1980	200
København (10)	1980	580
Stavanger (6)	1980-81	90

Tabell II. Frekvens av intoxikationsfall fördelat på preparat. I flera fall förelåg kombinationer av preparat.

Preparat	Antal intoxikationsfall
Alkohol	94
Benzodiazepiner	80
Kombinationspreparat analgetika/hypnotika	37
Antidepressiva	36
Övriga hypnotika	35
Neuroleptika	19
Barbiturater	5
Övriga	28

Psykiatriska aspekter

Den psykiatriska diagnostiken är bristfällig. Utifrån tillgängliga handlingar har graden av självmordsavsikt försökt bedömas. Hos fyra av tio patienter oavsett kön förelåg en allvarlig självmordsavsikt. Vart fjärde fall med uttalad självmordsavsikt har lett till "grav intoxikation". Omvänt finner man att hos nästan alla fall med grav intoxikation förelåg ett allvarligt uppsåt. 78 patienter remitterades till psykiater. 60 av dessa var kvinnor. Någon skillnad i konsultationsfrekvens mellan dem över och under 21 års ålder fann man inte.

Uppföljning av de patienter som inte remitterades till psykiater skedde hos distriktsläkare, skolläkare, kurator, psykolog eller socialarbetare. Alkoholpolikliniken tog hand om sex patienter i anslutning till utskrivningen.

Medicinska aspekter

I 19 fall förelåg grav intoxikation. Ett ledde till döden. Några exempel: En 55-årig man remitterades till centralsjukhus efter stort intag av kylarväska. Han hade vid ankomsten pH 7,16 och S-etylglukol 88mmol/l. Andningsstillstånd tillstötte men efter en tids respiratorbehandling kunde han utskrivas till psykiatrisk klinik.

En 15-årig flicka hade efter slut med pojkvännen intagit 250 st T Anafranil (amitriptylin) à 25 mg. Hon remitterades till centralsjukhus för hemoperfusion och kunde snart återföras hit. Det enda dödsfallet - en 66-årig kvinna med angina pectoris - hade intagit okänd mängd Tikanox. Hon gick ad mortem efter sex dygn. Det är svårt att bedöma tablettintagets betydelse för utgången.

Diskussion

Vid en retrospektiv studie är det svårt att få fram exakta uppgifter. Journalföringen har oftast varit somatiskt inriktad och har ej alltid belyst patientens psykiska hälsa och vad som lett fram till intoxikationen. Det hade varit värdefullt med psykiaterkonsultation i vart enskilt fall ur studiesynpunkt.

Från slutet av sextioalet och genom sjuttioalet har man konstaterat en ökad frekvens av självmordsförsök och självmord i Europa. Det är bland annat beskrivet från Danmark och Storbritannien (1,2,5,9). Jämfört med föregående elvaårsperiod har man i Säffle inte funnit denna tendens. I stället har det skett en minskning med 38 manliga fall och en ökning med tolv kvinnliga.

Liksom i andra nordiska undersökningar har man funnit en övervikt av kvinnor bland intoxikationsfallen som intagits vid Sjukhus (1,3-6,8,10).

Man har tidigare visat en förskjutning av förgiftningar mot yngre åldergrupper de senaste 20-30 åren. Denna tendens lär ha fortskridit för män men stagnerat för kvinnor. I vårt upptagningsområde fann vi att de manliga intoxikationsfallen under 21-års ålder minskat till en tredjedel.

Jämfört med föregående undersökning har återfallen bland män minskat markant från 38 procent till 13 procent medan motsvarande tal för kvinnor blir 27 procent respektive 20 procent. Troligen speglar minskningen en mer restriktiv förskrivning på senare år. Intoxikationsincidensen var låg i upptagningsområdet under båda undersökningsperioderna jämfört med andra områden (1,2,4,6,7). Mortaliteten låg på samma nivå som i motsvarande studier (3,5-9). Antalet grava förgiftningar sjönk till hälften vilket torde bero på barbituraternas minskning på marknaden. Något samband mellan dextropropoxifenintag och grav förgiftning kunde man inte finna i Säffle, men det finns rapporterat hos andra (1,3,4,7,8). Liksom hos andra iakttagare sågs en ökad frekvens benzodiazepinförgiftningar det senaste decenniet.

Den låga frekvensen melankoliska syndrom i samband med intoxikation ses även i andra studier. (1-3). Ett kroniskt neurotiskt tillstånd med pålagring av akut kris ligger ofta bakom intoxikationerna.

Det är givet att en god uppföljning är en förutsättning för färre recidiv.

Referenser

1. Dupont M, Overgaard P. Bevidst self-förgiftning med medikamenter. Ugeskrift for læger 1984; 146:1877-80.
2. Hansen W, Wang A. Selvmordsforsøg. Ugeskrift for læger 1983; 145:1402-6.
3. Andersson S. Förgiftningsfall behandlade vid ett landsortslasarett. Läkartidningen 1975; 72:588-90.
4. Carl P, Ravlo O, Crawford M. Akutte förgiftningar hos voksne. Ugeskrift for læger 1984; 146:1069-73.
5. Emanuelsson H. Förgiftningar med läkemedel och alkohol. Läkartidningen 1978; 75:2868-9.
6. Nessa J. Akutte sjølvpåførte förgiftningar. Tidsskrift Norsk lægeforening 1986; 106:475-8.
7. v. Staffeldt H, Drenck N-E, Boesen K, Christoffersen PJ, Mogensen F. Akutte medicin- og alkoholförgiftninger i Københavns cityområde. Ugeskrift for læger 1984; 146:1445-9.
8. Jacobsen B, Nielsen H, Ringsted C, Andersen P. Bevidst self-förgiftning. Ugeskrift for læger 1981; 143:2430-3.
9. Alderson M. National trends in self-poisoning in women. Lancet 1985; i:974-5.
10. Lundqvist K, Olsson L, Thorell B. En kartläggning av självmord och självmordsförsök i Köping-Arboga-Kungsör. Rapport nr 8 Sjukvårdsförvaltningen Köping. 1984.

Författarpresentation

Dennis Hansson, distriktsläkare

Postadress: Sjukstugan, 912 00 Vilhelmina

Almene helbredsproblemer

en laerebog i almen medicin

Redigeret af: Hollnagel H, Nørrelund N, Schroll H
FADLs forlag 1989
ISBN 87-7437-255-6

Ännu finns ingen svensk lärobok i allmänmedicin. I väntan på att den ska bli klar får vi hålla tillgodo med utländska böcker.

De tre danska institutionerna i almenmedicin har nu samlat sig till utgivning av en gemensam lärobok som har prövats en termin.

Fyrtiofem författare samsas om 400 sidor och boken är tänkt som lärobok för grundutbildningen i almenmedicin. Många av författarna är själva praktiserande läkare, något som är avgörande för utformningen av en lärobok. Det valet ter sig kanske självklart i Danmark där 1/3 av läkarkåren utgörs av praktiserande läkare jämfört med i Sverige 1/8–1/10 beroende på hur man räknar. Den danska allmänläkarrollen och identiteten förefaller mera naturlig med lång tradition av en väl utbyggd primärvård och även fungerande forskning.

Utgår från praktiken

Utgångspunkten tas i det första kapitlet om kontakt och sjukdomsmönster i almen praksis dvs den reelt existerande verksamheten på allmänläkarmottagningarna. Instruktiva jämförelser med sjukhusens panorama genomförs och förklarar enkelt de olika verklighetsbilder medicinstudenten möter inom primär och sekundärvård. Kortfattat berörs även klassifikationsproblemer.

Arbetsmetoder

Därefter följer ett väl sammanhållet och koncist avsnitt om arbetsmetoder i almen praksis. Presentationen av sjukdomsbegreppet ger en insyn i vetenskapsteoretiska problem.

Med utgångspunkt i ett fall analyseras konsultationen och patient-läkarrelationen.

Kontaktorsaker

Därefter följer en "systematisk" genomgång av vanliga kontaktorsaker nämligen: huvudvärk, ryggbesvär, dålig mage, underlivsbesvär, bröstsmärtor, barn med feber, övre luftvägsinfektioner, allergiska luftvägsbesvär och urinvägsinfektioner.

Det har inte helt lyckats få enhetlighet mellan olika författare. Vissa väljer att diskutera principer i allmänhet oftast dock med utgångspunkt i epidemiologisk kunskap om olika symtoms förekomst i befolkningen.

Detta är ju en relativt ny kunskap som också finns för svenska förhållanden. Andra utgår från fall för att belysa sitt synsätt på handläggning.

I kapitlet om underlivsbesvär ges en mycket utförlig och detaljerad beskrivning av undersökning, utredning och behandling av fluor vaginalis.

Själv tyckte jag bäst om det något provokativt utformade och problematiserande avsnittet om bröstsmärtor.

På 8–10 sidor går det inte att redovisa alla synpunkter på dessa kontaktorsaker. Inte heller går det att jämföra sig med respektive subspecialitets läroböcker i ämnet. I detta avsnitt är läroboken mycket splittrad.

Vanliga patienter

Den förste danske allmänmedicinprofessorn Paul Backer som utnämndes 1974 inleder blocket som behandlar vanliga patienter med att beskriva kroniskt sjuka patienter. Det är det enda avsnittet som tar upp alkoholmissbruket. Några få sidor är väl kortfattat när man ser alkoholen som hälsoproblem.

Insiktsfullt och tankeväckande beskrivs de sk "gengangerpatienterna" och då även läkarens egen roll. Gert Almind gör en lysande genomgång av hanteringen av gamla människor som patienter.

Vanliga teman

Nästa avsnitt är en uppsamling av ett antal kapitel som måste vara med. Här samsas sexologi med arbetsmedicin, kristeori, alternativa behandlingar m m. Halvor Heuch ger en spännande inblick i psykosomatiskt synsätt.

Det viktiga och omfattande farmakoterapiavsnittet är traditionellt hållet och väl oproblemiskt i en lärobok som riktar sig till de framtida författarna av de flesta recepten. I en svensk lärobok kunde man hoppas på en mera ifrågasättande attityd gentemot nuvarande forskningsmönster. Avsnittet om bristande compliance är dock utförligt.

Prevention

Kapitlet om prevention inleds med ett bra avsnitt om den förebyggande konsultationen. Barn- och mödrahälsovården och även preventivmedels-

rådgivningen skiljer sig åt något länderna emellan.

Traditionellt har vi ju i Sverige lagt en stor arbetsinsats på hypertoni och även diabetes. Men slår man i sakregistret finns inte diabetes med och hypertoni nämns endast i samband med graviditetskontroll! Detta är något oväntat för en svensk FV-läkare i allmänmedicin.

Samarbete o visioner

Avsnittet om samarbete med socialvård och sjukvård i övrigt speglar danska förhållanden. Där finns det kanske en del att lära för vår svenska primärvårdsbyråkrati?

I det avslutande kapitlet beskrivs ett exempel på nätverksarbete bland gravida som en tillämpning av WHO's program om hälsa för alla år 2000.

Bedömning

Det är svårt att samla allmänmedicens olika praktiska och teoretiska förgreningar och verksamheter till en lärobok. Danskarna har lyckats bäst i de allmänt hållna delarna om epidemiologi, konsultationen, gamla människor och liknande. De är också de mest läsvärda för svenska FV-läkare.

Boken är knappast användbar i Sverige vare sig på grund-AT eller FV-nivå. Det saknas stora avsnitt som exempelvis hudsjukdomar och hjärtkärlprevention. Vanliga kontaktorsaker som vaxpropp och extern otit finns inte heller med, men det kanske inte var meningen?

I Sverige behövs även beskrivning av samarbetet mellan allmänläkaren och alla de övriga grupperna som arbetsterapeuter, sjukgymnaster och distriktsköterskor. Vad gäller epidemiologin saknas även det sociala perspektivet dvs sjukdomars olika utbredning inom olika klasser och hur det påverkar organisation och prioritering av verksamheten. Kommer folkhälsoperspektivet att beaktas i den svenska läroboken i allmänmedicin?

Författarpresentation

Peter Olsson, FV-läkare i allmänmedicin, Karlskrona.

Postadress. Arkitektgatan 8, 371 38 Karlskrona

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



Internationell draghjälp

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

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

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

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

**HYDAC**[®]
felodipin

Ditt val för att stärka framgångsrik internationell forskning.

Hoechst 

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

Fucitha

BERG LARS JOHAN

GÄSTGIVAREV 16
543 00 TIBRO

734004

ögonsalvan
som droppas
morgon
och kväll



Fucithalmic®

Lövens Ögonsalva 1% Stafylokokantibiotikum SO1Å A13

Deklaration. 1 g ögonsalva innehåller:

Acid. fusid. 10 mg, conservans (benzalkön. 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.

Indikationer. Akut konjunktivit orsakad av stafylokokker.

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 till två dagar efter symtomfrihet, för att förebygga recidiv.

Observera.

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

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

