

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

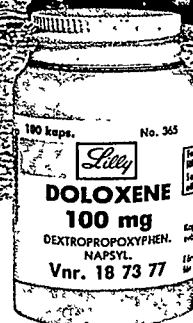
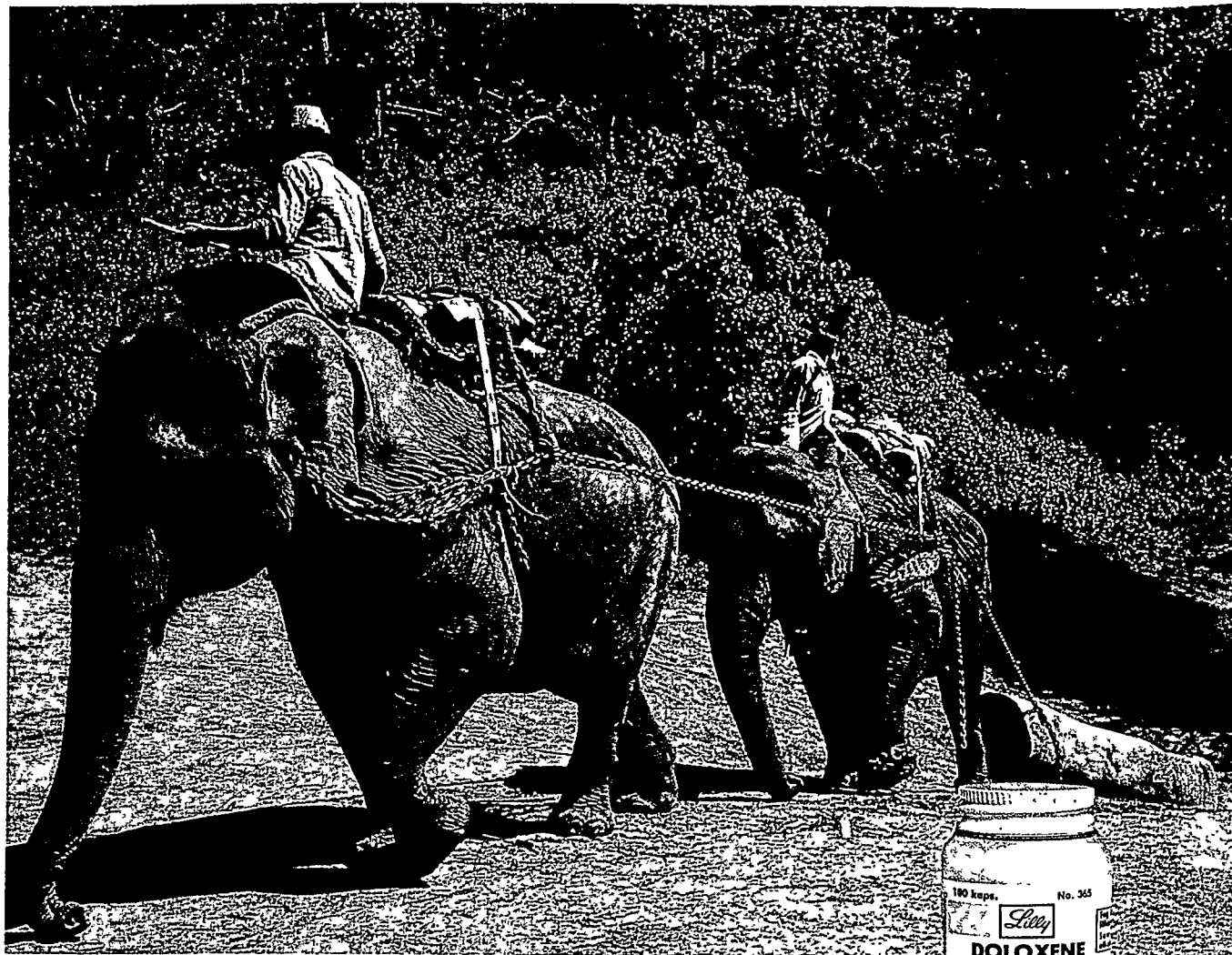


Internationella
konferenser

6
1989

Sinuitter i
primärvården

Tillsammans blir vi starkare.



DOLOXENE®

Rent dextropropoxifen.

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

Dosera 100 mg×2-3.

Lilly

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

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

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

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1990. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1990.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
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 Allmänmedicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

Chefredaktör:
Anders Håkansson
Vårdcentralen Teleborg
Box 5044, 350 05 Växjö
Tel: 0470/888 00

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

Redaktionssekreterare och layout:
Margareta Lindborg

Redaktionsadress:
AllmänMedicin
Inst f socialmedicin/VC Kronan
172 83 Sundbyberg.
Tel: 08/98 94 92 eller 28 22 14 (telefonsv)

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

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

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

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

ISSN 0281-3513

Kalendarium

224

Ledare:

Varför skriver så få kvinnliga läkare artiklar i AllmänMedicin?
Cecilia Björkelund

226

Nytt från SFAM:

EGPRW – allmänmedicinskt forskarforum
Mats Ribacke

226

Debatt:

Allmänmedicinen för mig
Göran Lehtipalo

227

Kurser & Konferenser:

6:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin
Hans Hallberg

229

"Health is being happy"
Glimtar från en kurs i epidemiologi och fältforskningsmetodik
Sven-Olof Andersson

234

Fritt från WONCA, Jerusalem – referat och reflexioner kring 12:e världskongressen i familjemedicin
Kaj Norrby

237

Apoteksbolaget

239

Doktorsavhandlingar från primärvården:

A New, Simple Hand Test for Assessment of Normal Grip Function and for Detection of Early Inflammatory Hand Dysfunction in Primary Health Care
Leopold Recht

243

Skolhälsovård:

Medicinsk studie- och yrkesrådgivning i grundskolan
Utvärdering av en modell
Roger Andersson, Sven Bremberg

245

Miljöprevention:

Miljöprofil – ett nytt hjälpmedel i det långsiktiga miljö- och hälsovårdsarbetet
Ole Malmberg, Anders Johansson, Birgitta Malmberg, Torsten Malmberg

250

Diagnostik:

Diagnostik och behandling av maxillarsinuiter i primärvård –
Ultraljuds- och klinisk undersökning
Bo Bjerre, Pontus Block

252

Utbildning i allmänmedicin:

FV-klubben i Norra Älvsborg
Jerker Löfgren

258

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

□ **1-3 februari.** Årsmöte + kongress, Svensk förening för ortopedisk medicin.
Information: Gerd Håkansson, Centrum Sjukgymnastik AB, Hantverkargatan 2, 722 12 Västerås.

MARS

□ **17-24 mars.** Kurs om sjukdomar och skador i vintermiljö, Riksgränsen.
Information: Harriet Britth eller överläkare Torbjörn Messner, Lasarettet, Box 805, 981 28 Kiruna. Tel 0980-122 20 vx.

□ **20-22 mars.** FHV Konf & Fackmässa, Människan i ett föränderligt arbetsliv, Älvsjö/Stockholm.
Information: Stockholmsmässan i Älvsjö, Mässv 1, 125 80 Stockholm. Tel 08-749 44 02.

□ **24-31 mars.** Grundkurs resp Påbyggkurs i Idrottsmedicin för läkare, Vålådalen.
Information: Artur Forsberg, GIH. Tel 08-23 37 20, eller Britt-Inger Jonsson, Sveriges Riksidrottsförbund. Tel 08-713 61 58.

APRIL

□ **1-5 april.** 7th World congress on tobacco and health, Perth, Australien.
Information: The Secretariat, 7th World Conference on Tobacco and Health, Locked Bag No 1, Post Office Northbridge, Western Australia 6000.

□ **1-6 april.** 6th Triennial congress of the international association for the study of pain, Adelaide, Australien.
Information: IASP, 909 NE 43rd Street, Rm. 306, Seattle, WA 98105-6020, USA.

□ **2-4 april.** Symposium on self-medication - consumer aspects, Stockholm.
Information: Anne-Marie Johansson eller Ingerd Kalles, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm, tel 08-24 50 85.

□ **2-12 april.** Course: The clinical medicine of later life: the scientific basis of practice, Oxford, Storbritannien.
Information: The British Council.

□ **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.

□ **25-28 april.** 24th Annual meeting of the European society for clinical investigation, Maastricht, Nederländerna.
Information: Dr A C Niewenhuyzen Krusen, Academic Hospital Maastricht, PO Box 1918, 6201 BX Maastricht, Nederländerna.

MAJ

□ **9-11 maj.** Sv Företagsläkarföreningens årsmöte, Örebro.
Information: Barbro Nordenhäll, Munkfors-hälsan. Tel 0563-160 00 eller Ulla-Britt Thorsell, SFLF, Box 5610, 114 86 Stockholm. Tel 08-790 33 86.

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.

□ **10-12 maj.** SFAMs/Distriktläkarföreningens Vårsmöte, Östersund.
Information: Birgitta Berger eller Kaj Norrby, Jämtlands läns landsting, Box 602, 832 01 Frösön. Tel 063-14 76 27 eller 14 76 29.

□ **14-19 maj.** World congress of biomedical communication, Köpenhamn, Danmark.
Information: Multinational Meetings Information Services BV, J W Brouwersplein 27, PO Box 5090, 1007 AB Amsterdam, Nederländerna.

□ **20-25 maj.** 8th International congress on circumpolar health, problems and solutions in the north, Yukon, Canada.
Information: 8th International Congress on Circumpolar Health, 801-750 Hervis St Vancouver, B.C., Canada, V6E 2A9.

□ **?? maj.** 43rd World Health Assembly, Genève.
Information: World Health Org, Ave Appia 27, CH-1211 Genève.

□ **27 maj-1 juni.** XXIVth World congress on sports medicine, Amsterdam, Nederländerna.
Information: Sports Medicine Congress Secretariat, PO Box 90, 6860 AB Oosterbeek.

□ **28-31 maj.** Int Society for the Prevention of Iatrogenic Complications, Elsinore, Danmark.
Information: Secr, ISPIC, Univ of Copenhagen, 21 Blegdamsvej, DK-2100 Köpenhamn Ø.

JUNI

□ **4-7 juni.** World congress on sport for all, Tammerfors, Finland.
Information: Joel Juppi, Finnish Soc for Research in Sport and Physical Education, Stadion, SF-00250 Helsingfors, Finland.

□ **4-7 juni.** Self-Medication Meeting, the Challenges of the 1990s, Rom.
Information: AESGP, 70 rue du Gouverneur Général Eboué, F-92130 Issy les Moulineaux/Paris.

Orienterande kurs i KLINISK LÄKEMEDELSPRÖVNING 5-6 mars 1990, Lerum

En kurs för Dig, som deltar i eller planerar att delta i arbetet med kliniska läkemedelsprövningar.

Kursen behandlar:

- Introduktion till klinisk läkemedelsprövning.
- Uppläggning av en klinisk prövning.
- Genomförande av en klinisk prövning - praktiska problem.
- Hantering av det kliniska prövningsmaterialet på apotek och klinik.
- Klinikens synpunkter på kliniska prövningar.
- Handläggning av kliniska prövningar på SLA.
- Forskningsetiska aspekter.
- Avslutning av en klinisk läkemedelsprövning.

Anmälan före den 8 januari 1990

Upplysningar, kursbeskrivning med anmälningsblankett: Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm, tel 08-24 50 85.

"Epidemiology and Field Research Methodology"

A research training course in Epidemiology and Field Research Methodology will be given at the Department of Epidemiology and Health Care Research, University of Umeå, Sweden, 1990-06-05-15.

The course is a two-week residential course partly directed towards research collaboration with developing countries.

A cross-cultural and interdisciplinary audience of research students from medical and social sciences is invited.

The course will follow the steps of an epidemiological study; problem identification, planning of an investigation, collection and processing of data, analysis and interpretation of data and writing and presentation of results.

Language: English.

Application: Before January 14, 1990.

Information: Maria Emmelin (secretary), Department of Epidemiology and Health Care Research, University of Umeå, S-901 85 Umeå, Sweden, Phone 046-90-10 27 69, Telex 54005 Univume.

Lopid[®] -lipidregleraren

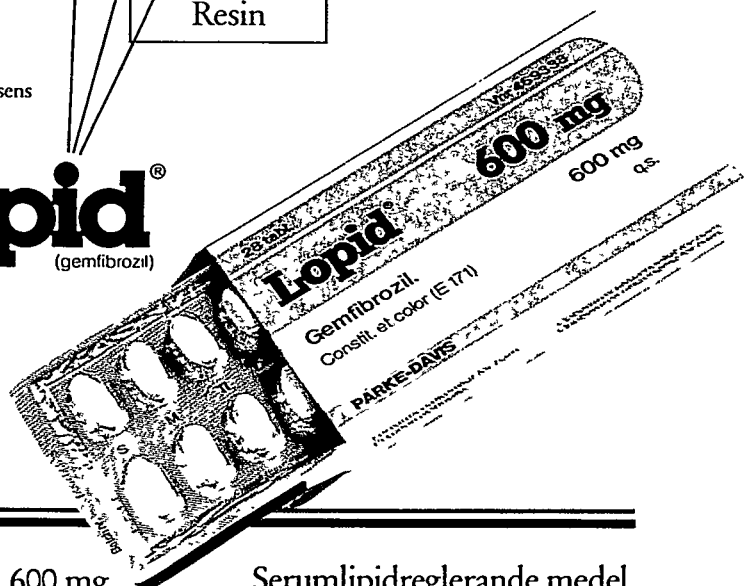
(gemfibrozil, ett fibrat)

Basen för behandling av förhöjda blodfetter är alltid icke-farmakologiska åtgärder. När detta inte är tillräckligt och kompletterande farmakologisk behandling är indicerad är det viktigt att välja rätt terapi:

	1. val	2. val	3. val
Kolesterol ↑ TG ↔	Resin Nikotinsyra	Resin + Nikotinsyra	Simvastatin Simvastatin + Resin
Kolesterol ↑ TG ↑	Nikotinsyra FIBRAT	Nikotinsyra + FIBRAT FIBRAT + Resin	

Referens: Information från Soc.styrelsens läkemedelsavd. 1988:5.

Lopid[®]
(gemfibrozil)



Lopid, kapslar 300 mg, tabletter 600 mg.

Serumlipidreglerande medel.

Tillverkare: Parke-Davis

Se vidare FASS.

Varför skriver så få kvinnliga läkare artiklar i AllmänMedicin

LB06434

Varför skriver så få kvinnliga läkare artiklar i AllmänMedicin? Det är oftast dubbelt till tredubbelt så många manliga författare som kvinnliga i varje nummer av AllmänMedicin. Förhållandet mellan artiklar med enbart manliga författare och artiklar med både manliga och kvinnliga författare respektive enbart kvinnliga, är vanligen 6:3:2. Det är således oftast tre gånger så många "manliga" artiklar som "kvinnliga". Fast så dåligt som nummer 2/88 är de flesta nummer tack och lov inte – då fanns det inte med en enda kvinnlig författare. Vi i redaktionskommittén är faktiskt fifty-fifty män och kvinnor, så vi kan inte skylla på att det är män som väljer ut artiklarna. Är det så, att kvinnor prioriterar på ett annat sätt än män och ger

sig mindre tid att skriva ner och sammanfatta och föra vidare observationer och iakttagelser till andra?

Jag tycker att jag skulle behöva läsa fler artiklar med kvinnliga infallsvinklar. Artiklar, som handlar om samma saker som manliga artiklar, fast på ett annat sätt. Jag tror inte att det finns någon motsättning mellan manligt och kvinnligt synsätt, utan att sidorna kompletterar varandra och ger fler dimensioner till samma företeelse. Det skulle jag vilja läsa om i AllmänMedicin! Jag skulle också vilja läsa artiklar om hur det är att försöka pussla ihop arbetet som allmänläkare med familjelivet, skrivna av både manliga och kvinnliga författare.

Det är viktigt med förebilder. Kvinnliga allmänläkare, som har arbe-

tat länge inom yrket, har massor med kunskaper och erfarenheter att dela med sig till sina yngre och jämnåriga kolleger. Inte bara kliniska erfarenheter, utan hur det är att fungera som kvinnlig ledare, kvinnlig chef, kvinnlig doktor. Kanske i form av dagbok? Jag skulle vilja läsa om hur kvinnliga allmänläkare har funnit former för att stödja varandra och om tankar kring hur vi bättre ska kunna ta tillvara våra gemensamma erfarenheter.

Så jag önskar: kvinnliga allmänläkare – leta upp ett eget rum, där ni kan sitta ostörda, och skriv ner! Så att vi snart kan läsa det i AllmänMedicin!

Cecilia Björkelund

Nytt från SFAM

EGPRW – allmänmedicinskt forskarforum

MATS RIBACKE

LB06435

Allmänmedicin som forskande akademisk specialitet är ung. Sedan början av 1970-talet (formellt från 1974) finns en workshop vars syfte är att stimulera allmänmedicinsk forskning i Europa. Gruppen antog namnet European General Practice Research Workshop. Med korta avbrott i kontinuiteten har SFAM haft nationell representant i gruppen.

Nyckelord: Allmänmedicin, forskning, EGPRW.

Vid EGPRW:s grundande 1974 var åtta länder representerade (England, Holland, Belgien, Frankrike, Västtyskland, Danmark, Sverige och Norge). Efter hand har skaran vidgats, idag är 15 länder representerade, om planerade möten närmaste tiden genomförs kommer siffran att stiga till 17.

Syftet med EGPRW är att stimulera till och uppmuntra forskning, ge möjlighet till utbyte av erfarenheter och att initiera och koordinera multinationella studier. Detta sker genom att gruppen organiserar internationella möten, genom att stimulera utbyte av metodkunskap och resultat av forsk-

ning samt att arbeta med definitionsfrågor.

EGPRW har en styrelse som består av nationella representanter, utsedda av respektive lands vetenskapliga förening. Från ursprungsländerna har det varit en imponerande kontinuitet, fortfarande finns några av grundarna med i gruppen. Det betyder att det finns starka personliga band mellan deltagarna i den inre cirkeln. För närvarande pågår ett generationsskifte. Dag Bruusgaard, som varit ordförande under perioden 1984–89, efterträds nu av Michael Köhle från München. Denna är chefredaktör för Allgemein Medizin och via honom trycks abstracts från mötena i denna tidskrift.

EGPRW möts i allmänhet två gånger per år med ett höstmöte förlagt centralt i västra Europa för att korta ner resvägarna, och ett vårmöte i något av de länder där EGPRW hoppas kunna stimulera och bidra till utveckling av en forskande allmänmedicinsk specialitet.

Intresset har de senaste åren riktats till länder runt Medelhavet, senast har Italien och Spanien kommit med i gemenskapen, nu riktas blickarna österut, vårmötet 1990 är planerat till Budapest.

En historik och översikt över mötes-

aktiviteterna fram till 1986 finns publicerad av avgående ordföranden (1). Vårmtet 1983 avhölls i Stockholm och refererades i denna tidskrift (2), liksom vårmötet i Porto 1985 (3). Sedan två år är undertecknad svensk representant.

Arbetsätt

Den väsentligaste aktiviteten för gruppen är de regelbundna mötena. Kärngruppen är så stabil att tillkommande forskare, främst från det land där mötet äger rum, känner "trygghet". Det rör sig varje gång om möten från torsdag kväll till och med söndag lunch. Det inleds med ett styrelsemöte första dagen. Fredagen brukar ägnas åt presentation av forskning och forskningsförhållanden i värdlandet. Dag två och tre fylls av bidrag från övriga länders deltagare. Dagarna brukar vara välfyllda, på kvällarna finns visst utrymme för social gemenskap.

Presentationerna brukar spänna över vida områden. Den naturvetenskapliga forskningstradition som kan beskrivas som "sifferorienterad" lever stark i länderna runt Nordsjön liksom i Norden. På kontinenten finns en mer filosofisk-humanistisk tradition. Detta bidrar till viktiga diskussioner. De mycket varierade organisationsformer som allmänläkare verkar i spelar ock-

så stor roll för vilka frågor och problem som upplevs mest relevanta och viktiga. Brytningarna mellan de två forskartraditionerna har jag upplevt som konstruktiv och positiv, vi har aldrig hamnat i diskussioner av typ "antingen-eller" eller "rätt-fel".

Ämnen för studierna spänner över hela det allmänmedicinska spektrat. Klinisk vardagsmedicin, missbruk, HIV-AIDS, kvalitetssäkring, konsultationen, family Apgar, dataanvändning, hälsofostran – listan kan göras lång. Inga frågor är specifika för något visst land, däremot tycks vissa utvecklingskeenden i den allmänmedicinska forskningstraditionen medföra att man mer intresserar sig för en viss typ av frågeställningar. En genomgående strävan är att mera diskutera metoder än resultat. Spännvidden vad gäller forskningsambition är stor, alltifrån avhandlingsnivå till en liten deskriptiv pilotstudie i den egna praktiken.

De sista åren har EGPRW genomfört forskningskurser i samarbete med WHO, den senaste i september 1988. Gruppen har också närmat sig SIMG (Societas Internationalis Medicinae Generalis) och ansvarat för forskarkurser i anslutning till dess Klagenfurtmöten i september varje år. Organisatoriskt sker en utveckling där SIMG vill vara Europa-representant för WONCA, och EGPRW ansvarar för forskningsutbildning och -initiering inom SIMG. Inom EGPRW i sin tur formeras ad hoc-grupper kring vissa problemområden. I nuläget håller det just på att bildas en grupp kring gastrointestinala sjukdomar, embryo till en grupp kring hjärt-kärlsjukdomar finns också. Diabetes är ett annat område som är aktuellt för sådan gruppbildning.

EGPRW har under 1988 kunnat annonsera ut ett pris för viktigaste studie inom HIV-AIDS-området. Det kan vara värt att framhålla EGPRW som ett intressant forum då det gäller att skaffa erfarenheter och möta kollegor som hunnit samla stor erfarenhet runt denna patientgrupp.

Efter långt förarbete har EGPRW startat en multinationell studie om remitteringsmönster. Projektet stöds av pengar från EG. Efter att ha kommit in sent i planeringen och haft tveksamhet vad gäller studiens uppläggning, och då ekonomin för svenskt deltagande ej var säkrad, står vi utanför projektet. Dess uppläggning torde innebära att man föder nya frågor, i synnerhet kommer organisatoriska skillnader att starkt försvåra tolkningen av olikheter.

Är EGPRW viktigt?

Jag har haft möjlighet att närvara vid tre möten: Dublin oktober 1987, Antwerpen oktober 1988 och Madrid maj 1989. Det väsentligaste utbytet för mig som svensk representant har varit stimulansen i att ta del av andras frågeställningar och problemlösningsförsök, att få en överblick över allmänmedicinsk forskning i Europa, och inte minst att få kontakt med forskare och forskargrupper och kunna knyta svenska kollegor till sådana grupper. Jag anser det livsviktigt att vi finns med i denna forskarvärld även i framtiden, det är lätt att bli isolerad. Vår orientering mot anglosaxisk litteratur avskärmar blickfånget. Ett exempel: I Europa torde inget land ha så rik tradition och ambition som Portugal då det gäller det vi brukar kalla familjemedicin. Var kan vi läsa om det?

SFAM's ekonomi har hittills inne-

burit att utsedd nationell representant måste komplettera med egna medel för att kunna bevista mötena. Helst skulle vi avsätta medel så att vi kunde representeras med två personer, varav en kunde vara mer fast och den andra en tillfällig gäst, på så sätt skulle vi förbereda en bättre kontinuitet än vi haft hittills. Danmark representeras för närvarande av två allmänläkare.

EGPRW är ingen strikt formell organisation. Ekonomin har under alla år varit ett problem, viss ljusning sker i och med att universitetet i Maastricht åtagit sig att fungera som kontinuerligt sekretariat utan kostnad. Det diskuteras också någon form av blygsam deltagaravgift. En utveckling enligt den ovan skisserade, där WONCA är en paraplyorganisation, SIMG en världsdelsorganisation och EGPRW en forskningsorganisation därunder, kan möjligen innebära andra ekonomiska förutsättningar för verksamheten. Det får tiden utvisa.

Referenser

1. Bruusgaard D. European General Practice Research Workshop (EGPRW). Scand J Prim Health Care 1986;4:238–40.
2. Haglund B. EGPRW-möte i Stockholm april 1983. AllmänMedicin 1983;4:138.
3. Linder B. Reserapport: European General Practitioners Research Workshop. Möte i Porto 23–25 maj 1985. AllmänMedicin 1985:312–5.

Författarbeskrivning

Mats Ribacke, distriktsläkare, ordförande i Svensk Förening För Allmänmedicin

Postadress: Sättra Hälsocentral. Sicksäckvägen 34. 803 33 Gävle

Debatt

Allmänmedicinen för mig

GÖRAN LEHTIPALO

Allmänmedicinens kärna är för mig konsultationen. Med detta vill jag ha sagt att det är i mottagningsarbetet jag ser bristerna men även möjligheterna. MVC, BVC och diverse annat är för mig inga nödvändiga ingredienser. Tvärtom. Jag vill få koncentrera mig på och begränsa mig till mottagningsarbetet inklusive hembesök samt att få försöka utveckla detta. Min otillräcklighetskänsla är tillräcklig annat förutom. För övrigt har jag ett liv även utanför arbetet.

Beträffande konsultationen finns många frågor att ställa och försöka besvara. Till exempel:

– Hur hanterar jag det faktum att det i cirka hälften av besöken på min mot-

tagning i grunden inte handlar om biomedicinska sjukdomstillstånd?

– Hur kan jag fortlöpande träna min kommunikativa och empatiska förmåga?

– Vilka värderingar och förhållnings-sätt har jag? Vilka bör jag ha? Vilken människosyn?

– Vad skall jag prioritera? Hur långt skall vård och behandling drivas? Patientens ansvar kontra mitt?

– Hur använder och utvecklar jag bäst de möjligheter till prevention och pedagogik som konsultationen rymmer?

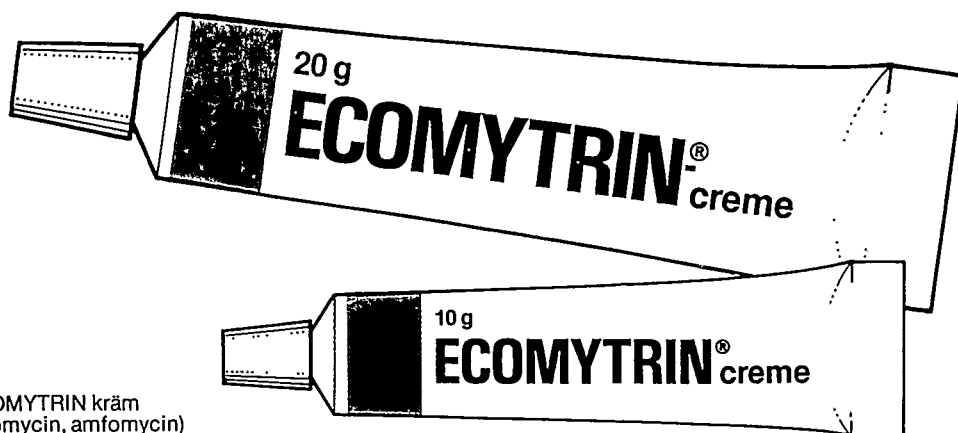
– Är jag hjälpare eller myndighet? Både och? Hur samarbetar jag bäst med andra myndigheter respektive hjälpare? Med alternativ-medicin?

Beträffande lönesättningen: Är det den distriktsläkare som har så många bisysslor och så många uppdrag att han/hon inte hinner med något mottagningsarbete alls som skall ha den högsta lönen?

Författarpresentation

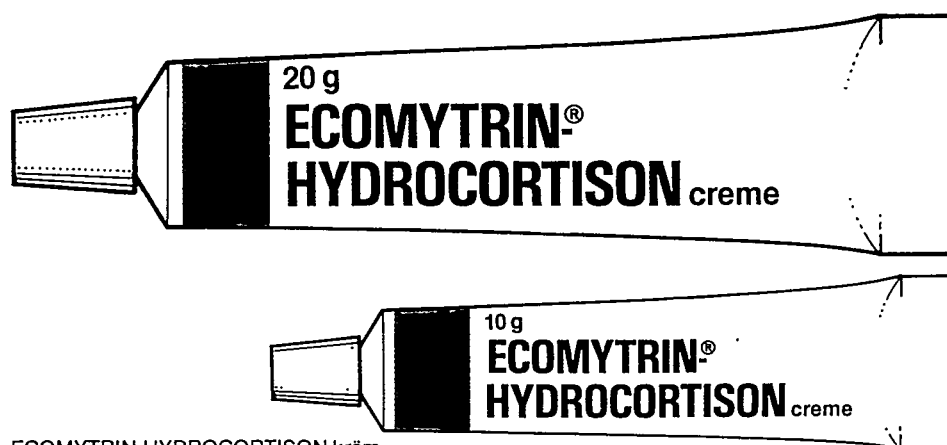
Göran Lehtipalo, distriktsläkare i Brunflo sedan 10 år.

Postadress: Hälsocentralen, Gränsvägen 20, 834 00 Brunflo.

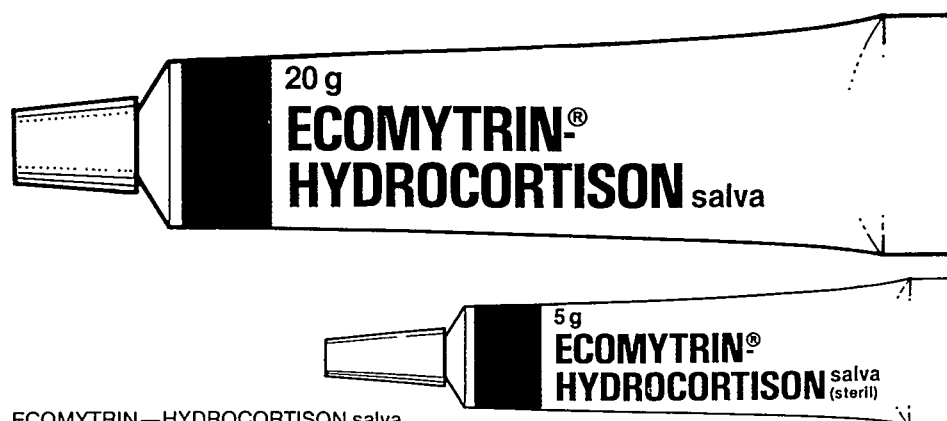


ECOMYTRIN kräm
(neomycin, amfomycin)

Snabb lindring vid infekterade eksem.



ECOMYTRIN-HYDROCORTISON kräm
(neomycin, amfomycin, hydrokortison)



ECOMYTRIN—HYDROCORTISON salva
(neomycin, amfomycin, hydrokortison)

För ytterligare information
— se FASS.

Lundbeck

6:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin

HANS HALLBERG

LB0 8800

Under tiden 23–26 augusti 1989 ägde den 6:e nordiska Kongressen i Allmänmedicin rum i Århus med Danskt sällskap för Allmänmedicin som arrangör. Kongresskommitténs president var professor Erling Kærulff och förman för den vetenskapliga kommittén var professor Carl Erik Mabeck. Med denna kongress slöts den skandinaviska cirkeln eftersom den första nordiska kongressen också var dansk (Köpenhamn 1979).

Kongressen var mycket välorganiserad. Speciellt imponerade det sociala programmet från öppningsceremonien i Musikhuset med gladjazz och "Cirkus Hjälplos" till avslutningsbankettens månghundrahövdade långdans. De generöst välfyllda lunchsmörgåsborden med Tuborg i rader bidrog till stimulerande interskandinavisk samvaro.

Lokalerna på Kongresscentrum – tillika idrottshögskola – var tyvärr ej de allra bästa. Akustiken i de stora gymnastiksalarna var dålig, vilket ytterligare försvårade förståelsen av vardspråket bland de icke danska deltagarna.

Programstruktur

Ungefär 800 personer deltog, varav drygt två tredjedelar distriktsläkare, och övriga ledsagare samt barn. Majoriteten kom naturligtvis från vördlandet, medan Norge och Sverige var ungefär lika mycket representerade med sammanlagt cirka 250 deltagare. Från Finland kom 40 läkare och från Island 25.

Det vetenskapliga kongressprogrammet började båda dagarna med plenumföreläsningar. Under återstoden av förmiddagarna pågick därefter parallella minisymposier, totalt tio stycken. Under eftermiddagarna ägde ett stort antal parallella aktiviteter rum i form av cirka sextio fria föredrag samt sjuttio posters av vilka en del presenterades i slutna diskussionsgrupper under beteckningarna "Idébörs" respektive "Plakatverkstad". Dessutom visades ADB-system för journalföring.

En uppskattad programform rubricerades "pro et contra". Olika forskningsmetoder exemplifierades utifrån presentation av särskilda projekt och diskuterades därefter kritiskt under ledning av "opponent". Det svenska bidraget här var Göran Sjönnells avhandlingsarbete angående avlastningseffekter på slutenvården vid väl utbyggd primärvård. Norge var representerat med två bidrag av helt olika inriktning. Det ena var ett renodlat



Carl Erik Mabeck i samspråk med norske Magne Nylenna.

kvalitativt forskningsprojekt (Marit Hegde Naess, Oslo), vilket utifrån intervjumetodik belyste och tolkade pakistanska kvinnors upplevelser av besök hos allmänläkare. Det andra norska bidraget (Terje Johannesen) rörde värdering av läkemedelseffekt (Cimetidin) vid dyspepsi utifrån en multi-cross-over-modell (varje försöksperson är sin egen kontroll).

Vår vetenskaps grundförutsättningar

Docent Bengt Mattsson i Umeå höll det inledande plenumföredraget under ovanstående rubrik. Med sin välunderbyggda analys över behovet av en kvalitativ allmänmedicinsk forskningsinriktning angav han tonläget för hela kongressen.

Inledningsvis påpekade han att distriktsläkarkåren ej utgör någon homogen grupp. Alla har vi dock präglats av den fragmenterade och sjukhusdominerade läkarutbildningen. Många av oss har stannat kvar med sjukhusspecialistens intresse för detaljer och enskilda problem, medan däremot andra lyckats klara av den svåra omställningsprocessen till att urskilja helheten och gestalten hos den sjuka och hjälpsökande människan.

Primärvården ligger som en buffert mellan samhället och sjukhuset och måste därför hela tiden flexibelt an-

passa sig till de speciella villkor som verkligheten bjuder. I kontaktytan mot samhället måste variation och individualitet vara förhärskande. I kontaktytan mot sjukhusvärlden råder istället konformitet med krav på speciella rutiner och vårdprogram samt diagnostik enligt speciella regler och förordningar. Handlingen är här lösgjord från det individuella och det inlärda har ersatt det spontana.

Bengt Mattsson redovisade en amerikansk forskningsrapport (Thomasine Kuschner), där ett stort antal besök hos allmänläkare analyserats. Endast 15 procent av patienterna bedömdes ha någon form av "klassisk" sjukdom, som krävde aktiv biomedicinsk insats utifrån skolmedicinsk sjukdomsupfattning. Av dem var ungefär en tredjedel – totalt fem procent av patienterna – i behov av insatser från sjukhusspecialister (remissfallen). Av de övriga i denna grupp – totalt tio procent av patienterna – var allmänläkarens biomedicinska kunskaper och insatser helt adekvata. Fem procent av besöken bedömdes vara av administrativ karaktär.

Bland 35 procent fanns ett påvisbart sjukdomstillstånd men med godartat och självläkande förlopp, där det viktigaste var att "ej störa naturen" genom att medikalisera den självläkande processen. Lika stor andel – 35 procent – saknade egentlig klassisk patologi, men hade bakomliggande psykosociala problem. För tio procent slutligen dominerade förebyggande inslag vid konsultationen.

Hos dessa tre stora patientgrupper – de självläkande tillstånd, de psykosociala problemen och de preventionsinriktade tillstånden – är den kliniska sjukdomsmodellen ej relevant. Läkarens förhållningssätt är det viktigaste och samspelet mellan läkaren och patienten står i centrum. Processen dominerar och inte resultatet (läkt eller



Bengt Mattsson, Calle Bengtsson och Gösta Tibblin i åhörarposition.

införd). Patienten är ej längre reducerad till ett objekt. Läkarens egen personlighet är av stor betydelse för hur läkekonsten utövas.

Bengt Mattsson kom sedan in på kritisk analys av det förhärskande kvantitativa forskningsperspektivet. Han påpekade att den kliniska medicinen har präglats av naturvetenskapens världsbild och arbetssätt, vilket har resulterat i ett gigantiskt faktainsamlade. Idealen i denna rationellt grundade världsåskådning är klinisk objektivitet samt vetenskapligt förnuft. Kunskapsframväxten har dock ej enbart medfört upplysning utan även förvirring. Det enorma informationsflödet har hos många människor givit upphov till vilsenhet och alienation.

Den kvantitativa vetenskapstraditionens objektivitetskrav är nära förknippad med dess olika forskningsmetodologier. Gemensamt är att de alla mäter en kvantitet. Detta innebär att endast kvantifierbara variabler kan hanteras, medan däremot människors tankar, känslor, värderingar och föreställningar bedöms som omätbara och därmed "ej forskningsbara". För allmänmedicinens del innebär detta bland annat att den stora andelen patienter med "samlivssjukdomar", psykosomatiska störningar, neurotiska problem eller alexityma tillstånd ej låter sig, på ett meningsfullt sätt, förstås eller beskrivas.

Bengt Mattsson uppehöll sig därefter vid det kvalitativa forskningsparadigmet. Dess syfte är att beskriva en företeelses kvalitéer. Freuds drömforskning, Marx studier över kapitalism samt Balints forskning kring läkar-patientförhållandet är exempel på framstående kvalitativa forskningsinsatser. Där de kvantitativa metoderna söker en verklighet att prova ett givet begrepp på, söker de kvalitativa metoderna efter begrepp som täcker verkligheten.

I en kvalitativ forskningstradition blir de kvantitativa metodernas mätproblem ointressanta. Eftersom jag inte avser att mäta något blir till exempel diskussion kring validitet ej relevant. Reliabiliteten blir ej heller viktig eftersom något direkt mätinstrument i behov av kalibrering ej används. Representativitet i statistisk bemärkelse blir ej heller nödvändig eftersom den kvalitativa metoden går ut på att försöka upptäcka och avtäcka och ej på att mäta. Avsikten är ej att få fram en representativ minipopulation, utan istället att försöka ge bredd och liv åt de skildrade företeelserna genom olika strategiska urval. Den kvalitativa forskningstraditionen försöker att anlägga ett helhetsperspektiv på världen. Detta kan ske genom studier av ett litet antal fall, eftersom helhetsperspektivet innebär att varje kvalitet betraktas som en aspekt av helheten. Därigenom kan också den motsägelsefullhet som hör verkligheten till åskådliggöras av en kvalitativ metod.

Bengt Mattsson framhöll avslutningsvis sitt credo att allmänmedicinens kliniska och forskningsmässiga framväxt förutsätter en perspektivförskjutning från kvantitativ till kvalitativ forskningsmetodik. Endast så kan allmänmedicinens identitet och särart utvecklas vidare. Detta innebär också en frigörelseprocess i förhållande till sjukhusvärlden och dess forskningsideal. Som ledstjärna apostroferades den danske filosofen Sören Kirkegaard: "Att våga är att förlora fotfästet för en liten stund – att inte våga är att förlora sig själv!"

Medicinens hjälplöshet – allmänmedicinens utmaning

Kirsti Malterud vid allmänmedicinska institutionen i Bergen inledde andra dagen med att tala in plenum över ovanstående tema. Hennes klara och engagerande föreläsning om kvalitetsaspekterna i läkar-patientrelationen blev ett fullödigt komplement till Bengt Mattssons pläderande för en kvalitativ allmänmedicinsk forskningsinriktning.

Kirsti Malterud konstaterade inledningsvis att medicinens hjälplöshet måste förstås mot bakgrund av klyftan mellan vardagens behov och möjligheter respektive läkarkårens professionella ambitioner. I denna process har övertron på medicinska mirakler en nyckelfunktion. Mirakeltron underhålls av såväl läkarkollektivet som befolkningen. Diagnostiskt innefattar den bland annat de medicinska "kristallkulorna" av typ allmän riskfaktorscreening eller mammografi. Behandlingsmässigt är mirakelmedicinen mest tydliggjord i den akutmedicinska traditionen och reservdelstänkandet.

Tron på att kunna medverka till mirakler är parad med en upplevelse av allsmäktighet. Denna efterföljs dock alltid av besvikelser och därmed hjälplöshet. Kirsti Malterud ansåg att denna mirakelmedicinens ideologi ej endast hör sjukhusvärlden till, utan att den bakvägen även smyger sig in i allmänmedicinen. Den allmänmedicinska verklighetskunskapen har dock möjligheter att kunna realitetsorientera den medicinska kulturen och därmed förebygga dess hjälplöshet.

Människors djupaste behov av sjukvården centreras mot det personliga mötet mellan läkare och patient. Människor vill ha en läkare som är där när de behöver henne, en läkare som är duktig och kan sitt yrke, men också en läkare som är hygglig och lätt att tala med. Att vara hygglig i betydelsen att förstå vad som är viktigt för patienten innebär också att vara duktig. Medicinen måste därför intressera sig mera för det subjektiva. Inom den naturvetenskapliga referensramen har detta dock en dålig klang ("Det finns inte något sådant symptom, fru Hansen"). Ointresset för subjektiviteten är för den kliniska medicinen ett såväl prak-

tiskt, teoretiskt som vetenskapligt problem.

Inom den traditionella medicinen består konsultationens fyra hörnpelare av anamnes (subjektiva data), undersökning (objektiva fynd), diagnos (läkarens konklusion) samt behandling. Enligt Malterud är betydelsen av såväl undersökning som behandling ofta våldsamt överdriven. Det är ej alltid så att patienten önskar behandling och det är ej heller alltid så att patienten önskar bli av med sina krämpor. Viktigare är istället många gånger att få en förståelse och förklaring (Vad är det?) och en prognos (Hur blir det?).

Dualismen mellan objektivt och subjektivt samt mellan kropp och själ är förödande för den kliniska medicinens utveckling och leder till fortsatt hjälplöshet. Denna upplevelse kan i sin tur hanteras på olika sätt. Man kan bortse från den (patienten får skulden), man kan resignera (läkaren blir utbränd) eller anta utmaningen och söka ny kunskap om verkligheten. I detta sanningsökande kan vi själva få hjälp av våra patienter inom ramen för en ömsesidig och utvecklande dialog. Vi kan också få hjälp av att studera den medicinska historien med alla dess dyrköpta misstag (till exempel neurosedynkatastrofen). Vi kan också få hjälp från andra vetenskaper inom främst det humanistiska paradigmet. Genom att göra det subjektiva till giltig kunskap i både praktik och teori har vi enligt Kirsti Malterud möjlighet att vända vårt stigma till styrka och gå från kris till utveckling.

Den suicidala patienten

Ett minisymposium med denna rubrik leddes av Malin André och Benkt Åbom, distriktsläkare i Falun respektive Ljusdal, samt Danuta Wasserman, psykiater vid Huddinge sjukhus.

Självmoden är ett stort folkhälsoproblem. I de skandinaviska länderna har Danmark, Finland och Island höga självmordstal medan Norge har låga och Sverige intar en mellanposition. Mer än hälften av de personer som tar livet av sig har haft kontakt med sjukvården under sin sista levnadsmanad och ungefär en tredjedel under sin sista levnadsvecka.



Benkt Åbom och Malin André i panelen för suicidsymposiet.

• Svårigheten är att deras problematik ej blir uppmärksammas. "Vi har dem hos oss men vi ser dem inte". Endast en liten andel av dessa patienter uppvisar depressiva tankegångar vid sitt sista läkarbesök. Läkarens egen rädsla gör det svårt för honom att uppfatta de suicidala signalerna, vilka också ofta kamoufleras i vaga och diffusa symtombeskrivningar av typ huvudvärk, magont, ryggbesvär. Predisponerande faktorer i anamnesen är dock vanliga. De flesta personer med suicidbeteende har således varit med om objektsförluster i sin barndom (föräldrars skilsmässa, död eller missbruk). Självmodshandlingar bland föräldrar och syskon är också överrepresenterade.

Patienter med olösta beroendekonflikter kan vålla extra problem. De har själva svårt att erkänna sina suicidtankar på grund av att de känner förakt för sin egen "svaghet". Dessa personer kan göra ett starkt och kompetent intryck, vilket helt kan dölja den bakomliggande problematiken. Dålig kontinuitet i läkar-patientrelationen är ett stort problem, eftersom den ofta förekommande objektsförlusten i patientens tidigare livsfas reaktiveras vid varje läkar- eller terapeutbytte. Kombinerat detta med en utlösande riskfaktor, som en aktuell objektsförlust (exempelvis skilsmässa), kan en fullbordad suicidalhandling inträffa.

Kvalitetsvärdering

Ett annat minisymposium med denna titel beskrev inledningsvis de svårigheter som finns i samband med värdering av kvalitet och innehåll i allmänläkarens arbete. Det refererades till erfarenheter från Birmingham där så kallade "peer review" (kollegial kontroll) praktiserats i speciella PAA-grupper (Practise Activity Analysis).

Danska kollegor redogjorde för sina erfarenheter av så kallade tolvmannagrupper. Underlaget för diskussionerna i dessa grupper har på senare år framförallt varit scheman utifrån vilka man kan utläsa diagnoser samt receptföreskrivningar och de motiveringar som givits för en viss behandling. Dessa scheman har utvecklats av Niels Bentzen vid Odense universitet och har även använts i Norge och Sverige.

Christer Gunnarsson i Örnköldsvik berättade om den problemorienterade journalen som ett viktigt instrument för retrospektiv kvalitetskontroll. Kvalitetsvärderingar som gick djupare in i konsultationsprocessen efterlystes. Videoinspelningar eller bandinspelningar kan i sammanhanget vara till stor hjälp. Patienternas eventuella tillfredsställelse med vården ansågs dock som ett otillräckligt kvalitetsmått.

Ett patientperspektiv

Lena Svidén, distriktsläkare vid Kvartersakuten i Stockholm, redogjorde i ett av de fria föredragen för ett spännande tvärvetenskapligt projekt kring

patientperspektiv på läkemedelsanvändning. Materialet i studien bestod bland annat av inspelade intervjuer av ett antal patienter före och efter läkarbesök samt deltagarobservation i samband med läkarbesöken.

Andelen patienter som fick recept på läkemedel var större än den andel som hade förväntat sig denna hjälp. Ur patientens perspektiv var det således vanligare med önskemål om information och rådgivning. Endast kort tid av konsultationen ägnades emellertid åt diskussion kring läkemedlens roll mot symtombilden. Patienterna visade sig i mycket stor utsträckning sakna kännedom om läkemedlens öde i organismen efter det att de kommit ned i magsäcken ("Något i tabletten går till nerver och muskler, jag vet inte hur och det är konstigt att en tablett vet hur den ska gå"). Slutsatsen blev att allmänläkarens kunskap om patientperspektivet avseende läkemedelsanvändning är bristfällig och att detta har stor betydelse för "bristande compliance".

Konsultationskvalitet

Ett annat intressant föredrag hölls av Lars Lassen vid institutet för allmänmedicin i Köpenhamn och innebar en kritisk analys av compliance-begreppet. Bakgrunden var det välkända fenomenet att endast en liten andel patienter följer läkarens ordinationer beträffande läkemedelsanvändning och en ännu mindre andel beträffande olika livsstilsråd. Tidigare förklaringsgrunder har framförallt fokuserats på sociologiska och/eller psykologiska patientkaraktäristika, vilka dock antingen visat sig otillräckliga som prediktorer eller praktiskt svåra att omforma till konkreta riktlinjer vid behandlingen.



Danske Lars Lassen talade om konsultationskvalitet.

Syftet med Lassens studie var att utveckla och pröva en teori om samband mellan konsultationskvalitet och compliance. Konsultationens kvalitet värderades utifrån sex enkla kriterier. När samtliga dessa kvalitetskriterier var uppfyllda visade det sig att ordina-

tioner och råd följdes av tre fjärdedelar av patienterna, jämfört med mindre än en tredjedel när ett eller flera av kriterierna ej var uppfyllda. Tidsåtgången var ej diskriminerande. Konsultationslängden var i genomsnitt åtta minuter och här fanns ingen signifikant skillnad mellan compliance- och non-compliance-grupperna.

MVC-organisation

Anders Håkansson i Växjö redogjorde för sitt avhandlingsarbete – en epidemiologisk studie av olika MVC-organisationer. Under en femårs-period jämfördes distriktsläkar- och obstetrik-ledd MVC. Någon skillnad i graviditetsutfall kunde ej noteras och ej heller någon skillnad avseende riskgraviditeter. Däremot sågs en högre andel "onormala" förlossningar hos de kvinnor som skötes av obstetriker. Någon säker förklaring till detta fenomen kunde dock ej ges. (Avhandlingens beskrivs närmare i AllmänMedicin 4/89).

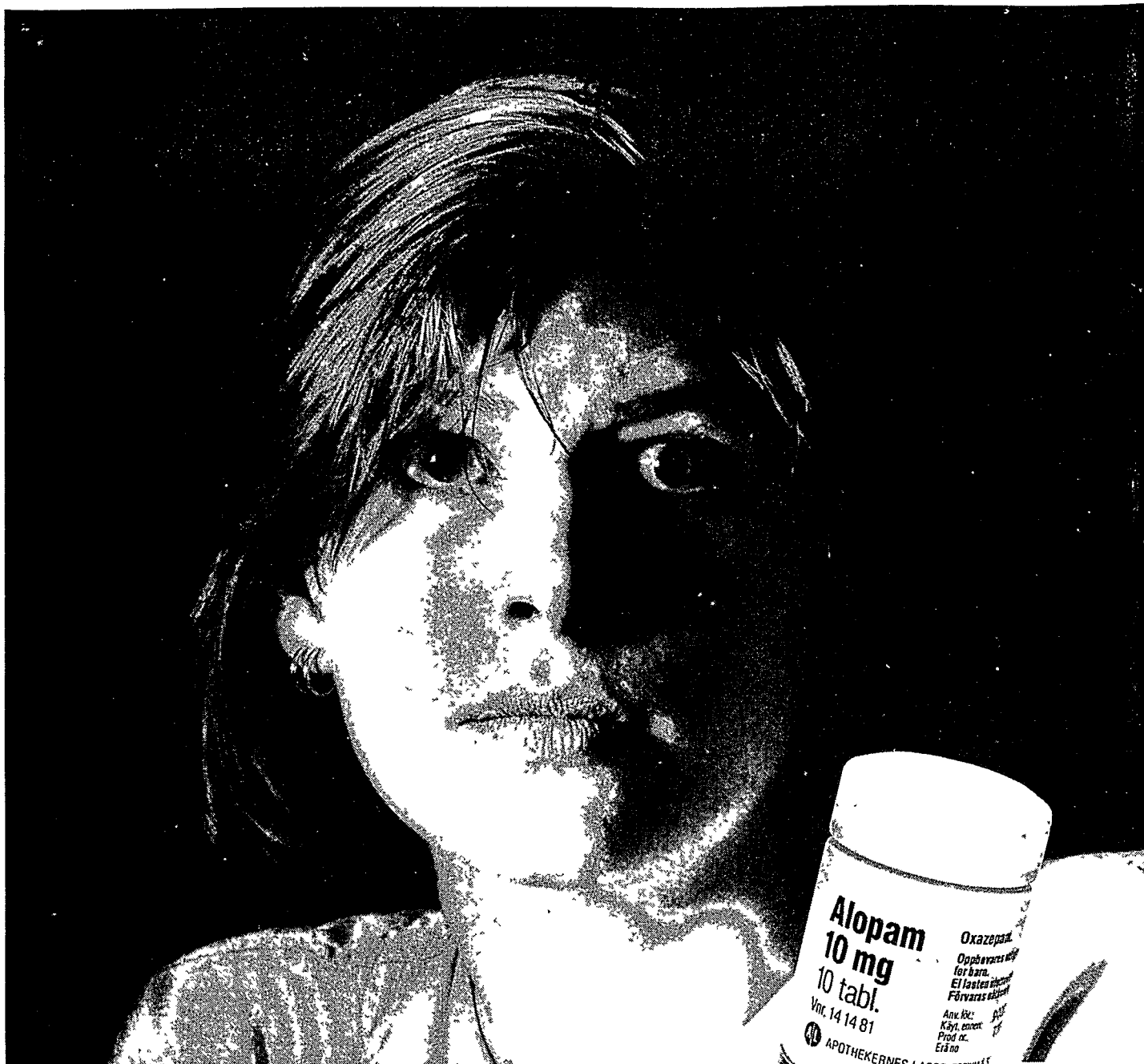
Förlossningsupplevelser

Anne Luise Kirkengen vid allmänmedicinska institutionen i Oslo berättade om upplevelser och känslor i samband med första graviditet och förlossning samt förhållandet till närmaste anhöriga respektive till sjukvårdspersonal hos hundratalet intervjuade kvinnor. Endast en tredjedel av kvinnorna hade upplevt graviditeten och förlossningen helt positivt och endast en fjärdedel hade positiva erfarenheter av sjukhusvistelsen samt tiden närmast efter hemkomsten. Gemensamt för kvinnorna beträffande önskemålen från de professionella hjälparna var att de önskade mer av samvaro, samtal och sammanhang. Deras förhoppningar var att möta en människa och inte en rutin. De upplevde graviditeten och förlossningen samt tiden närmast efter som en hel och sammanhängande process och ville ej att deras behov skulle fragmenteras i småbitar för att passa sjukvårdspersonalens rutiner och arbetstid.

Gammal i Sverige

Mogens Hey och Ove Dehlin i Dalby/Lund refererade från en studie om medicinska symptom och sociala faktorer hos personer över 80 års ålder. Vid en uppföljning efter tre år hade knappt en tredjedel i den studerade gruppen avlidit. Bland dem fanns initialt fler symptom och större hjälpbehov än hos de överlevande. Hos dem fann man vid uppföljningen ej någon ökad förekomst av värk, andfäddhet eller sömnbesvär. Symtom som ångest, depression, minnesstörningar och trötthet hade till och med minskat. Försämring sågs däremot beträffande syn, rörlighet, vissa ADL-funktioner samt urininkontinens.

I överlevnadsgruppen fann man ett välutvecklat socialt nätverk. Nästan alla hade kontakt med barn och andra



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. 08-7169265
Dotterbolag till
Apothekernes Laboratorium A/S, Oslo

personer utanför hemmet minst en gång i veckan. Andelen medicinska eller sociala hjälpbehov som krävde specifika insatser var liten i gruppen överlevande. Någon anledning till generella hälsoundersökningar i denna äldregrupp föreligger således ej.

Åldersdepressioner i Finland

I en finsk epidemiologisk undersökning (Sirikka-Liisa Kivelä, Uleåborg) försökte man med hjälp av ett speciellt frågeformulär belysa förekomsten av depression bland personer 65 år och äldre. Nästan 45 procent i undersökningsgruppen kunde utifrån denna mätmetod bedömas lida av depressiva symptom. Sambanden med handlingsförmåga och sociala stressfaktorer inventerades. Depressioner var vanligare vid olika somatiska sjukdomar, men också korrelerade till otillräckligt socialt stöd efter makes död, skilsmässa eller avsaknad av nära vänskapsrelationer. Vid uppföljning drygt ett år senare bedömdes 41 procent ej längre deprimerade, medan 36 procent fortfarande ansågs ha depressiva symptom. I denna senare grupp med dålig prognos fanns en överrepresentation av dem med initialt extremt utarmat socialt nätverk.

Terapiresistenta hypertoniker

I ett föredrag från Södersjukhuset i Stockholm (Hans Isaksson) redovisades olika bakgrundsfaktorer till terapiresistens vid hypertoni. Patienter med dalig följsamhet beträffande ordinerad blodtryckssänkande medicinering uteslöts. Man fann en kraftig överrepresentation av socialgrupp III hos de terapiresistenta patienterna, som också i större utsträckning var överviktiga. En ökad andel hade även nervösa besvär respektive smärtor från rörelseapparaten. Trettio procent visade sig dock ha en organisk bakgrund i form av njurartärstenos. Föredraget aktualiserade betydelsen av psykosociala faktorer för såväl etiologi som terapi vid hypertoni.

Symtompresentation

Carl Edvard Rudebeck redogjorde för sin forskning över symtompresentationens diagnostiska värde. Materialet utgjordes av 16 autentiska läkar-patientbesök där symtompresentationerna dels spelats in på video och dels redovisats i form av faktacentrerade utskrifter. En grupp allmänläkare bedömde därefter patienternas huvudproblematik som antingen somatisk eller psykosocialt betingad. En stor andel av läkarna ändrade sin kategorisering från somatisk sjukdom till psykosocial problematik efter det att de fått se videoinspelningen av besöket. Mönstret var detsamma såväl för mycket erfarna som för orutinerade allmänläkare och såväl för kvinnliga som för manliga allmänläkare. Rudebecks slutsats var att allmänmedicinen saknar egentlig förståelse för sym-



Carl Edvard Rudebeck i talarstolen.

tompresentationen som ett individuellt uttryck. Detta kan medföra förvirring beträffande diagnostiska överväganden.

Symtom och relationer

En annan aspekt på detta tema redovisades från jourcentralen Annedalsklinikerna i Göteborg. Bland ett stort antal patienter som sökt med psykosomatiska symptom bedömde man hos mer än hälften, att bakgrunden låg i

störda relationer, framförallt beträffande sambo eller äktenskapspartner. Hos var femte patient hänfördes symtomen till problem i arbetssituationen. Det vanligaste presenterade symtomet var "ont i magen", som nästan var fjärde person i denna grupp sökte för.

Sammanfattning

Århuskongressen blev en vitaliserande upplevelse genom de talrika bidrag som belyste de kvalitativa perspektiven inom allmänmedicinsk forskning och klinisk verksamhet. För de krafter som idag verkar för att tydliggöra och legitimera dessa perspektiv inom allmänmedicinen kom därför kongressen att utgöra ett starkt stöd.

Det är med tillförsikt och positiva förväntningar vi nu kan följa – och medverka i – denna fortsatta utveckling. Ett viktigt delmål på denna väg utgör nästa nordiska allmänläkarkongress i Oslo 1991.

Författarpresentation

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

Postadress: Kopparvägen 29 F. 791 42 FALUN.



Redaktionen för AllmänMedicin passade på att utbyta erfarenheter med sina nordiska kollegor.



Ole Hector, ensamredaktör för *Practicus*, DSAM:s (Dansk Selskab for Almen Medicin) tidskrift och Mette Brekke, en av sex kvinnliga redaktörer för norska *Utposten* – blad för allmenn- og samfunnsmedisin.

"Health is being happy"

Glimtar från en kurs i epidemiologi och fältforskningsmetodik

SVEN-OLOF ANDERSSON

Kunskaper i epidemiologi och praktiska metoder för insamling av data stod i fokus för den internationella, tvärdisciplinära kurs som för andra året i rad genomfördes i Strömbäck utanför Umeå. Sven-Olof Andersson, distriktsläkare vid Mariehems Vårdcentral i Umeå, var en av deltagarna och redovisar här några glimtar från kursen.

Nyckelord: Epidemiologi, utvecklingsländer, datainsamling

"Health is being happy", sade Petrida Ijumba från Tanzania och log med hela ansiktet mot kursdelagarna. Hennes leende och konstaterande gav karaktär åt hela kursen Epidemiology and Field Research Methodology inriktad på primärhälsovård i u- och i-land. Den hölls i Strömbäck 2 mil söder om Umeå när sommaren generöst spred sitt ljus och sin värme över Västerbotten i mitten av juni. Kursen stöddes ekonomiskt av SAREC och Umeå Universitet och arrangerades av Institutionen för Epidemiologi och Hälso- och Sjukvårdsforskning vid Umeå Universitet som med all sin personal medverkade till två veckors intensiva upplevelser för de 28 deltagarna.

Deltagare från u- och i-land

Deltagarna kom från Kina, Vietnam, Pakistan (2), Somalia (4), Etiopien (3), Tanzania, Zimbabwe, Zaire, Nicaragua och Sverige (13). Bakgrunden var varierande som till exempel läkare av skilda specialiteter, sjuksköterskor, hälsoplanerare och socialantropologer. Kursspråket var engelska. Den kulturella och disciplinära blandningen gav en speciell atmosfär och medförde många intressanta och roliga episoder. Hur förklarar man att vi firar födelsedagar för en person som är mera van att fira viktiga personers dödsdagar? Och varför hade alla svenskar så brått till lunchen om klockan hann bli kvart över tolv? Hur ser en muhammedansk kompass ut? Kan våra myggor sprida malaria? Ja, frågorna var många och nyfikenheten påtaglig.

Kursinnehåll

Kursen förmedlade systematiskt och pedagogiskt en solid epidemiologisk kunskap med u- och i-landsperspektiv sida vid sida, ömsesidigt befruktande



Seyoum Ayeahunie från Etiopien i samtal med Kadigia Adan Moallim och Kadigia Ali Mohamud från Somalia under kaffepausen i samband med färderna ut för Vindelälvens forsar.

varandra. Från den allmänna översynen i inledningen där grundbegreppen slogs fast grävde vi oss allt djupare in i konsten att undersöka och beskriva distribution, determinanter och frekvenser beträffande hälsa och ohälsa i en population. Vilka praktiska och teoretiska svårigheter möter man om man vill ta reda på hur gammal en Rönnskärsarbetare kan bli eller om man skall skaffa sig en uppfattning om förekomsten av AIDS/HIV på den tanzaniska landsbygden? Vilka hinder möter man vid upprättandet av en databas på den etiopiska landsbygden? Hur bemöter man de människors vars

förhållande och livsvillkor man studerar? Hur ger man resultaten tillbaka? Det var några av de frågor som vi fick följa under kursen.

De teoretiska avsnitten varvades med praktisk träning i fältforskning. Kursdeltagarna indelades i fyra grupper, var och en med en population att undersöka: Är befolkningen i Strömbäck och Stöcke verkligen "happy and healthy"? Hur mår de anställda vid Landstingstvädden? Hur lyckades anti-rökkampanjen vid Pharmacia? Detta var de problem som så småningom identifierades och som medförde livliga diskussioner i varje grupp om pro-



Här förbereder en av grupperna sitt fältarbete. Från vänster Genene Mengistu, Etiopien, Inger Brännström, Umeå, handledare, Tran Tuan, Vietnam och Anders Håkansson, Stockholm.



Varje grupp producerade en rapport från sitt fältarbete som sedan skärskådades av en "opponentgrupp" sista kursdagen. Kursen var förlagd till Strömbäcks Folkhögskola, där det fd glasbrukets stall byggts om till en perfekt kurslokal.

blemformulering, metoder och utformning av frågeformulär. Det var också en spännande upplevelse att vandra runt i en svensk by tillsammans med en person från en helt annan kultur, ställa frågor, lyssna, översätta, notera, och efteråt diskutera varför det blev som det blev. Sedan det praktiska arbetet med att mata in data på en persondator, analysera resultaten och diskutera hur de skall redovisas – ja, kvällarna blev långa och nätterna korta. Alla deltog i de flesta moment och kursen gav på så sätt en nyttig färdighetsträning i hela forskningsprocessen.

Under kursen gavs också deltagarna möjlighet att redovisa sina egna forskningsprojekt och få kursens synpunkter och välvillig kritisk granskning, en nog så nyttig erfarenhet. Här fanns forskningsprojekt om malariabehandling, kutan leishmaniasis, födselar med dödfödda barn, gruvarbetarens hälsa i Nicaragua, konsultationen, "sjuka hus"-sjukan, HIV/AIDS i Tanzania, barn med övervikt, epidemiologiska studier i Vietnam med flera.

Föreläsare/lärare/handledare kom från institutionen i Umeå, som var involverad till 100% och visade en betydande kapacitet med professor Stig Wall i spetsen. Vidare medverkade som gästföreläsare Adam Taube, Uppsala (biostatistik), Göran Sterky, Stockholm (Health care research needs in developing countries) och Bengt-Åke Furåker, Umeå (kvalitativa metoder).

Sociala arrangemang

De sociala arrangemangen innehöll besök på Norrbyskär där patriarken och industrimannen Kempe på 1890-talet byggde upp ett enormt sågverk med vidhängande arbetarsamhälle, hierarkiskt strukturerat, som fick skola, egen barnmorska och andra sociala förmåner långt före fastlandets befolkning. En händelserik forsfärd



Den sociala samvaron präglades av den kulturella mångfalden på ett stimulerande och förnöjsamt sätt vilket denna bild från kursdeltagarnas fest sista kvällen belyser.

nedför Vindelälven var en annan höjdpunkt. Den avslutande festen blev en kulturell happening där uppträdanden, sång och dans på alla språk och sätt, till synes slumpvis, bildade ett karaktäristiskt mönster av gemenskap, öppenhet och glädje.

Avslutning

Det är omöjligt att i en artikel förmedla mer än några glimtar från denna välorganiserade och intensiva kurs. För en svensk allmänläkare med ett visst u-landsintresse var kursen utomordentligt intressant och givande. Genom det medvetna valet av perspektiv tvingades vi än tydligare inse att metoderna måste anpassas till den verklighet vi undersöker. En god etik omfattar såväl forskningens resultat och deras pålitlighet som omsorgen om de människor som välvilligt ställer sina kunskaper och erfarenheter till förfogande och detta gäller såväl u-som i-land. Tack vare deltagarnas oli-

ka bakgrund och inriktning förmedlade kursen sådana gemensamma och generella kunskaper och slutsatser. Den bidrog därigenom på olika sätt till vidgade perspektiv hos oss som hade förmånen att delta.

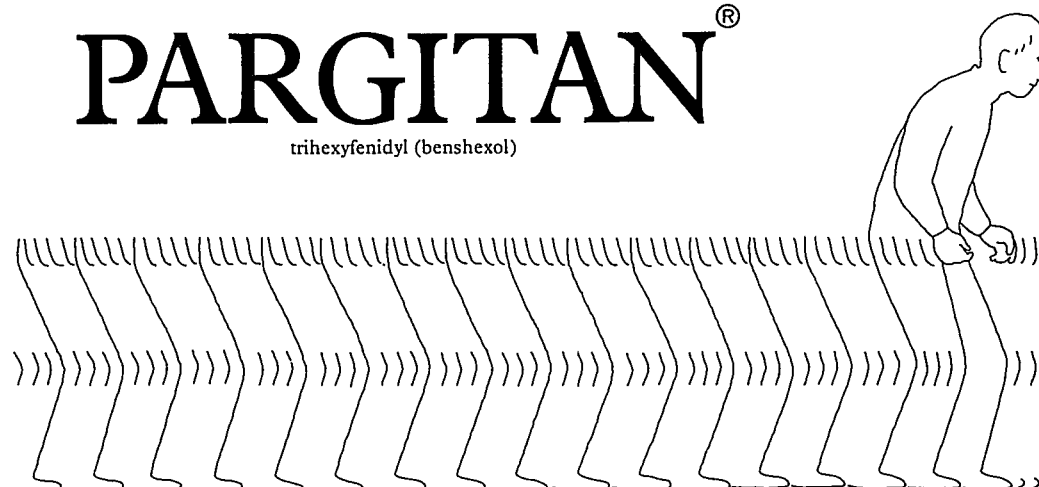
Författarpresentation

Sven-Olof Andersson, distriktsläkare, Mariehems Vårdcentral.

Postadress: Morkullevägen 9, 902 37 Umeå

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

Fritt från WONCA, Jerusalem

– referat och reflexioner kring 12:e världskongressen i familjemedicin

LB 08802

KAJ NORRBY

Det är mycket som händer när familjemedicinerna har världskongress. Ett ämne kan finna sin form, men en form kan också finna sitt innehåll. Familjemedicin är i internationella sammanhang ett vittfamnande ämne som inrymmer mycket av det som sker i mötet mellan professionella och vanligt folk utanför sjukvårdens institutioner. Denna bredd präglade ett intensivt möte i Jerusalem maj-juni 1989 och det bestående intrycket är, att man nu är rädd om bredden på ämnet, mer än man är rädd för den. Som ett försök till sammanfattning kan man säga att den medicinska humanismen, som vi allmänmedicinare skall stå för, innehåller både Newtons naturbundenhet och Einsteins kvantmekanik med dess osäkerhetsrelation. Medicinsk humanism är för allmänmedicinare inget privilegium, men däremot ett krav. "Hur mycket hjälper vi", "vad ser vi – hos patienten, i familjen, i samhället" var det universiella temat som de här dagarnas arbete omfattade. Geografiska och kulturella olikheter utgjorde inget hinder i diskussionerna, snarare berikade de dem.

Nyckelord: Allmänmedicin, kongressrapporter

Prevention – hur mäta?

Kan prevention mätas? Ja, om en generation kan vi eventuellt se resultat. I dag kan vi endast mäta aktiviteter och det vi då ser är doktors hängivenhet. Studierna är svåra att reproducera. Skillnader mellan vad vi tror och vad vi gör beror på nationella och kulturella olikheter och det handlar mycket om att målpopulationen måste tro att den preventiva insatsen är viktig och allra mest tycks det bero på om doktorn tror att den är viktig (kan vi tillåta doktorer att tro, bygger inte deras makt på att de vet?).

Preventiva consensuskonferenser hjälper inte eftersom allmänhet och doktorer gör "som de vill" i alla fall.

Se på kolesterolfrågan där den reducerade mortaliteten, som endast gällde män i ålder 35–49 år, "åts upp" av andra dödsorsaker. Preventionsprogrammen har inte gjorts i samverkan med familjemedicinerna. Närvaron av lipidsänkare av andra generationen och en ny laboratorieteknik revitaliserade den gamla sanningen om kolesterols betydelse. Vetenskapligt är man tveksam till välsignelsen av kolesterolscreening, allmänheten är övertygad och doktorerna ambivalenta. Kanske är det bara till unga och till de av dessa som har riskfaktorer för IHD som kolesterolscreening skall erbjudas – riskfaktorer är då manligt kön, diabetes, högt blodtryck, IHD hos syskon eller föräldrar, rökning och övervikt.

Vi allmänläkare skall förstå människors ansvar och möjligheter och förstå att riskfaktorer och uppfattningar om riskfaktorer varierar mellan individer, grupper och kulturer. Vi bör förstå att de är **de relevanta riskfaktorerna** som vi skall påverka. Risken att vi skall dö är 100% om vi föds, men det gör inte födelsen till en riskfaktor.

Kvantitet och kvalitet?

Kvantitet är flödet av patienter genom en mottagning – kvalitet kan vara förmågan att inte medikalisera sociala problem. Vid en skotsk studie registrerades 25 000 besök hos allmänpraktiserande läkare och man noterade flöde, tid på mottagningen och hos doktorn, samt stress hos doktorn. Tidsbokning ger patienten mer tid hos doktorn. Öppen mottagning ger mer väntetid. För tätt bokad mottagning ger väntetid och ej doktorstid. Man jämförde också snabba doktorer (<6 min per patient) med långsamma, (>9 min)!! 25 procent av doktorspopulationen visade sig snabb och lika stor del långsam. Det var dubbelt så stor chans att få en snabb konsultation hos en snabb doktor som hos en långsam och bägge grupperna bedömde här i samma omfattning sociala faktorer. Det var fem gånger så stor möjlighet att få en lång konsultation hos en långsam doktor som här i mycket högre grad bedömde sociala faktorer betydelse.

I en annan studie frågades om det är någon skillnad för patienterna om doktorer arbetar olika? Separata patientintervjuer gjordes angående all-

männa, vanliga symtom, liksom angående patienternas oro, funktion i sin tillvaro, deras tillfredsställelse med vården och deras livsproblem. Dessa patienters journaler genomgicks blint av två oberoende erfarna kollegor som bedömde anamnes, undersökning, diagnostiska test och handläggning. Det visade sig att doktorernas uppfattning om symtomens utbredning i populationen inte stämde med den man fann vid intervjuer. Dessutom fann man att **de tekniska faktorerna egentligen inte påverkar problemlösningsförmågan**. Kort väntetid till besöket, icke-stress vid besöket, enighet pat-dr om problemet, få andra problem och närvaro av en diagnos som ger "en lösning" ger en bättre lösningsförmåga per konsultation, likaså om man träffar doktorn sällan, om man är nöjd med det första besöket och om en psykosocial problematik ej föreligger. Problemlösningsförmågan ökade med 5,6 ggr om enighet pat-dr om problemet förelåg, med 4,4 ggr om stress ej förelåg vid besöket, med 4,6 ggr om psykosociala faktorer fanns noterade och med 2,9 ggr om väntetiden från symtom till besök var mindre än två veckor.

Tid tycks vara en viktig faktor och går det för fort vid besöket tycks inte patienten hinna förstå det medicinska och doktorn inte det psykosociala, men tidens betydelse överträffas av om patient och doktor förstår varandra. Patientens förmåga att hantera sin ohälsa och den av doktorn igenkända sjukdomen är olika saker men går inte att skilja åt.

Symtomtolkning en svår konst

Dålig tolkning av vad patienten förmedlar ger alltid dålig handläggning (Ask-Upmark: Patienten har alltid rätt). Symtom = patientens sätt att översätta ohälsa för doktorn. Diagnos är en komplicerad social process som lätt drabbas av tillvänjning till den medicinska modellen, "samma som förra gången", "doktorsshopping" eller "somatisk fixering" och av och till behöver testas med nyfikenhet på "vad händer egentligen".

Det symtom som är det mest iögonfallande är den somatiska entrebiljetten – se där den vanligaste anledningen till att vi går vilse. Det är kombinationen av symtom och ångslan som leder till att patienten går till doktorn.

Symtom utan ångest leder till egen-vård, ovård eller vanvård.

Ur patientens olika uttryckssätt – via sin sensitivitet och perception – får läkaren sin uppfattning. Doktorn måste vara medveten om sin egen personlighets betydelse. Det finns ingen rätt väg att vara sjuk. Ingen mer än patienten är specialist så länge det handlar om symtom. Symtom är patientens tolkning av hur han/hon mår och vi kan ösa ur två källor: de spontana symtomen och de efterfrågade symtomen. På de efterfrågade symtomen svarar ängsliga patienter "ja?" och spärrade patienter "nej!".

Traditionellt har vi arbetat med en biomedicinsk modell där sjukdomen är central, doktors bedömningar gäller och patientens är irrelevanta. Det gäller att inpassa det presenterade i en klassificerad diagnostik. Symtomtolkningen är konsten. Det nya är den biopsykiska modellen där ohälsan är central. Där varje patient är en unik individ som doktorn "ställer in sig" på, där inga värdeomdömen gäller och där symtom tjänar som introduktion till en klinisk process (möjliggöra snarare än hindra).

Förstå patienten mer än symtomen!

Frånvaro av modell har hindrat allmänmedicins framgångar. Innehållet har ej ens kunnat beskrivas och detta har hindrat inläring, undervisning och validering. Vi måste formulera ett språk, en metod, en taxonomi, en klassifikation, annars kan vi inte förmedla och förbättra vår kunskap. Exempelvis: en videostudie i Seattle visade att doktorn avbryter patienten var 18:e sekund. En annan studie i Ontario visade att patienter som fick uttrycka sina känslor var mer nöjda efter besöket än de som inte fick. Alltså: sök mindre efter symtom och diskutera mer de symtom patienten visar.

Det gäller sålunda att förstå patienten mer än att förstå symtomen!! Detta hindrar Dig inte från att sy sår, pc-behandla halsar och att i övrigt göra det vi alltid gjort, men denna nya "kliniska" modell gör det möjligt att gå vidare – att definiera, förmedla, undervisa och förbättra. Biomedicinsk utbildning gör oss allmänläkare till dåliga kliniker! Utbildningen måste alltså förändras. **De första 1 000 patienterna är Din lärobok.** Förslag till struktur kan vara prof. John Murtaghs fem regler.

1. Vilket är det första jag kommer att tänka på då patienten presenterar sig (spårsinnet).
2. Vad får jag inte missa (farorna).
3. Vilka är fällorna, vilka fel brukar jag göra (fallgroparna).
4. Vad kan se ut så här men vara något annat (maskerad).
5. Vad försöker Du/patienten/säga mig (nyfiken lyhördhet).

Utbildning och klinisk kompetens

Liksom utbildningen måste förändras, måste vi allmänläkare vara rädda om

vår kliniska kompetens och så trygga i den, att vi själva kan formulera kraven. Hittills har andra formulerat kraven, åtminstone här i Sverige. Låt oss växa i vår kunskap och utsätta oss för varandras bedömningar, men det kräver en annan kollegial kultur än vi har haft hittills i den svenska läkarkåren, en kultur som präglas av stöd – vidsynthet – förlåtelse – humor – krav – stöd – vidsynthet – ...

Familjen som patient

I spänningsfältet mellan holism och reduktionism utmed ena axeln och självständighet (risk) och beroende (skydd) utmed den andra axeln arbetar allmänläkaren någonstans i "korsningen", och där finns även familjen, som den nu ser ut. Kompetens hos familjeläkaren är att ge rätt hjälp, på rätt plats, vid rätt tid och i rätt sammanhang, att helt enkelt möta och hjälpa människan där hon är på sin livsväg. Vi vet att dysfunktionella familjer kan leda till sämre hälsa och det är ångslan som är fienden och vi vet också vilken väg den tar via cortex och hypotalamus till undre hjärnbihang och binjurar för att sedan återverka på immunitet, blodfetter och blodtryck, för att nu nämna några påtagliga saker. Familjen är en källa till både stöd (skydd) och stress (risk) och det viktiga är att finna det nätverk som ger den bästa styrkan att möta livets realiteter och då också skydda mot sjukdomar. Antalet relationer är mindre viktiga än kvaliteten. Det handlar om kärlek och stöd.

WONCA står för World Organization of National Colleges and Academies och är en världsorganisation för olika länders familje- och allmänmedicinska sammanlutningar och föreningar.

Doktorn som resurs

Psykosocial stress och psykosociala resurser ger sammantaget en psykosocial risk, som balanseras av den personliga styrkan. Denna risk tillsammans med den biofysiska risken, som balanseras av den genetiska styrkan, ger påverkan på hälsan. Doktorn är den resurs som skall stödja patienten om denna/e inte har "någon som hon/han kan vända sig till". En hjälp kan vara att finna "någon". Den fiende vi skall slåss mot är ångslan och i den kampen skall vi leta efter stressorer och resurser. Vi skall också lära oss att gå "ödmjuka ronder" i stället för "stor-ronder".

Men så ödmjuka som vi svenskar förefaller vara som bidrog med endast 3 promille av bidragen behöver vi inte vara (musikaliskt stod vi dock för 3%). Det växer så mycket allmänmedicinsk kunskap av värde i det här landet och vi måste lära oss att visa den för varandra för andra. Blir inte allmänmedicinen tydlig, så riskerar resten av sjukvården att förväxa. Det problemet löser man inte med att kommunalisera äldreomsorgen och inte ens med att föra över hela primärvården. Det här handlar mycket mer om innehåll och kunskap än om organisation.

För vidare frågor, diskussioner och referenser

Kaj Norrby

Postadress: Hoverberg 2060. 84040 Svenstavik.

Primärvård i praktiken

• service • kvalitet • mål och resurser

Kalmar läns landsting fortsätter sitt initiativ med arbetande konferenser. Denna gång vänder vi oss till distriktsläkare och distriktsköterskor/sjuksköterskor i primärvården.

Primärvård i praktiken är en arbetande konferens för utveckling av primärvårdens innehåll på 90-talet. En arbetande konferens ska vara en väg till utveckling av synsätt och metoder som förändrar vardagen. Konferensdeltagarna kommer i förväg att få sig material tillsänt att läsa in och arbeta med.

Konferensen koncentreras till följande temaområden:
Demens, Diabetes - typ II, Hypertoni, Alkohol, Långvariga smärttillstånd, Livskvalitet i döendet, Spädbarns ohälsa - psykosociala orsaker.

Konferensprogram och anmälningsblankett genom Anders Elnéus, 0480-84 162 eller Karina Hammevik, 0480-84 183, personalutbildningen, Kalmar läns landsting.



5-6 april 1990

Ölands konferenscenter/Strand, Borgholm

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 farmakologer, 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 ALLMÄN-MEDICIN 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:

En 24-årig gravid kvinna har intagit tablett Flagyl (metronidazol) 250 mg 1×3 under 7 dagar samt kapslar Imodium (loperamid) 2 mg 10–15 stycken under graviditetsvecka 5–7. Kvinnan är mycket orolig för eventuell fosterskada. Har metronidazol eller loperamid teratogena effekter?

Svar:

Loperamid: Frågan rörande användning av loperamid under graviditet har tidigare besvarats av läkemedelsinformationscentralen vid Huddinge sjukhus. En uppföljande litteraturundersökning har även gjorts. Inga rapporter om teratogena effekter finns men användning av medlet under graviditet är inte dokumenterad och erfarenheten vid användning under graviditet är begränsad men inga rapporter om fosterskada föreligger.

Metronidazol: Även frågan rörande användning av metronidazol under graviditet har tidigare besvarats av läkemedelsinformationscentralen vid Huddinge sjukhus. En uppföljande litteratursökning har också gjorts. En ökad risk för missbildningar har tidigare diskuterats men inte kunnat beläggas. Vi har kontaktat professor Bengt Källén, embryologiska institutionen i Lund, vilken uppger att det inte finns några hållpunkter för att metronidazol har teratogena effekter.

Kvinnan torde kunna få lugnande besked.

Fråga:

Vilken är dokumentationen som visar skillnaden mellan den relativa kontraindikationen av användningen av disulfiram (Antabus) respektive kalciumkarbimid (Dipsan) vid alkoholhepatit?

Svar:

Det är väl dokumenterat att disulfiram kan inducera leverskador. Läkemedelsinformationscentralen vid Huddinge sjukhus har tidigare utrett frågan.

Disulfiram har använts sedan 1948 i samband med behandling av alkoholism. Ett stort antal patienter har behandlats, och många fall av disulfiraminducerad hepatit har rapporterats. Symtom på leverskada har uppträtt inom 2 veckor upp till 6 månader efter påbörjad behandling med dosen 200–400 mg/dag. Även dödsfall med leverkoma är rapporterade. Transaminaser i ALP är förhöjda medan bilirubin kan vara normalt eller förhöjt. Säker diagnos fordrar leverbiopsi där man kan påvisa cytoplasmalik degeneration, total eller utbredd nekros. Den bakomliggande orsaken till disulfiraminducerad hepatit är inte känd. Vid utsättning av disulfiram sker vanligtvis en normalisering av leverfunktionen.

I en studie av kalciumkarbimidbehandlade patienter (Bruguera M et al, Liver 1987) fann man vid leverbiopsi i 39 undersökta fall

sk groundglass hepatocyter. Dessa celler var PAS-positiva och periportalt belägna. Förutom dessa hepatocyter noterades också olika inflammatoriska och fibrotiska förändringar. Denna leverpåverkan är direkt korrelerad till dosen och behandlingens duration. Den histologiska bilden skiljer sig från de förändringar man ser vid disulfirambehandling.

Hos de kalciumkarbimidbehandlade patienterna noterade man ofta hepatomegali samt förhöjda transaminasvärden. Denna leverpåverkan är vanligen reversibel efter utsättandet av läkemedlet. Det är dock möjligt att långtidsbehandling med kalciumkarbimid kan ge en permanent leverskada.

Fråga:

En 22-årig kvinna som är gravid i vecka 9 lider av besvärande trötthet. Hon har i en hälsokosthandel rekommenderats ginsengpreparat. Kan intag av ginsengpreparat vara förenat med några risker för fostret? Kvinnan har ännu ej intagit ginseng.

Svar:

Inget ginsengpreparat har enligt vår kännedom genomgått för läkemedel stadgade reproduktionstoxikologiska studier. Vid utförlig sökning i databasen Medline samt genomgång av flera handböcker har inga studier vad avser teratogenicitet eller andra effekter på fostret återfunnits.

För flera ginsengpreparat har en östrogenlik effekt påtalats. Flera av de biverkningar som beskrivits i samband med ginseng brukar hänföras till denna. Biverkningar som traditionellt ej omedelbart kan förklaras av en östrogenlik effekt som hypertension, hudbesvär, nervositet och diarré har också beskrivits.

Generellt avråder vi från bruk av farmakologiskt aktiva substanser under graviditet om inte klar medicinsk indikation föreligger.

Fråga:

En 34-årig kvinna drack i bantningssyfte Sou tsian-te (hälsokost-te) från hösten 88 till april 89. Hon har hela tiden haft lätt diarré och söker i juni 89 för förvärrade besvär. Hon kan inte kontrollera sin avföring som "rinner som vatten". Bakterieodlingar har inte givit positivt resultat. Diarréerna har inte varit blodblandade. Patienten behandlas inte med några läkemedel.

Svar:

Sou tsian-te är ett te som används i bantningssyfte.

Man har vid Livsmedelsverket försökt analysera innehållet. Vid mikroskopisk undersökning syntes det endast innehålla vanliga teblad, men det kan även finnas fragment av andra växtdelar. Man har även genom HPLC (high pressure liquid chromatography) försökt utröna om det innehåller andra "bantningsämnen", men detta har ej givit något positivt resultat. Te är blad från Camellia sinensis. Det innehåller 1–4% koffein och 7–15% garvsyra.

Sou tsian-te växer på buskar på hög höjd i Kina och beredes något annorlunda än vanligt te. Det genomgår endast soltorkning, vilket kan medföra något högre halt av garvsyra än vanligt te.

Till socialstyrelsen har det inkommit flera rapporter om biverkningar av Sou tsian-te där man bedömt sambandet som möjligt. Det rör sig om ett fall av vätskeretention och illamående, två fall av hjärtklappning och illamående, ett fall av hjärtinkompensation, ett fall av kolestas, tre fall av transaminasförhöjning och ett fall av "mixed bilirubin reaction".

Om ingen annan orsak kan ses till patientens diarré kan det inte uteslutas att intaget av Sou tsian-te är anledning till diarrén. Anmälan till socialstyrelsens biverkningskommitté föreslås.



Sjukvårdens läkemedelsanvändning under 1988 och första halvåret 1989

J LARS G NILSSON

Apotekens läkemedelsförsäljning under 1988 har sammanställts. Jämfört med 1987 har försäljningen mätt som definierade dygnsdoser (DDD) ökat med 5,5% och kostnaderna med ca 13%. Prisökningen under året var endast 3% medan den allmänna prisnivån i landet steg med 6,6% (nettoprisindex). Den stora kostnadsökningen på läkemedel beror således endast till en mindre del på höjda priser. Drygt 10 av de 13 procent som kostnaderna ökat beror istället på ökad volym och ökad användning av dyrare läkemedel på bekostnad av billigare preparat.

Ökningen mätt i DDD

DDD är ett volymmått som är lämpligt för att studera volymutvecklingen av enstaka preparat eller preparatgrupper. DDD är däremot inte lämplig för att studera volymutvecklingen för alla läkemedel sammantagna. Tabell I visar utvecklingen av totala antalet DDD och totala kostnaden under de senaste åren. Ökningen under 1988 är 5,5%. Vår detaljanalys har visat att ökningen främst beror på försäljningen av vitaminer. DDD för vitaminer är i regel låga jämfört med de megadoser, som många människor använder. Dessutom har två preparat, Vitamineral och Vitaplex Mineral, som tidigare såldes som handelsvaror, blivit registrerade läkemedel. Ökning i DDD har även skett bland astmamedel. Diagnosen astma har inte ökat, inte heller antalet förskrivningar. Vår tolkning är därför att varje patient fått mer läkemedel på varje recept under 1988 än tidigare.

Kostnadsutvecklingen

Tabell I visar att de totala kostnaderna angivna i apotekens utförsäljningspris ökade med cirka 1 miljard under 1988 jämfört med 1987. Omkring 73% av dessa läkemedel är förskrivna till patienter i öppen vård. Utvecklingen för läkemedelsgrupperna visas i Tabell II. Sex grupper, A, C, N, R, J och B, har tillsammans 3/4 av den totala kostnaden och ökningen. Nästan hälften av kostnaden och 1/3 av kostnadsökningen ligger i grupperna A, C och N.

Tabell I
Försäljning humanläkemedel 1984–1988

År	Försäljning miljoner DDD ¹⁾	Ändring från från närmast föregående år %	Försäljning Mkr ²⁾	Ändring från närmast föregående år %
1984	3 123	-1,6	5 644	5,7
1985	3 103	-0,6	6 330	12,2
1986	3 050	-1,7	6 575	3,9
1987	3 071	+0,7	7 269	10,6
1988	3 237	+5,5	8 221	13,1

¹⁾ DDD = definierade dygnsdoser.

²⁾ Kostnaderna angivna i apotekens utförsäljningspris (AUP).

Enskilda preparat och preparatgrupper

Tabell II visar utvecklingen i DDD och kronor för samtliga läkemedelsgrupper. Grupperna är ordnade efter sjunkande försäljningsvärde. En allmän slutsats är att kostnaderna ökar i alla grupper. Analyserna hittills har lett till vissa intressanta iakttagelser.

Grupp A (Matsmältning, ämnesomsättning): Kostnaden för medel mot magsår har ökat 30%. Av ökningen på 123 miljoner kronor faller 57 miljoner på dessa medel.

Grupp C (Hjärta och kretslopp): Ökningen på 108 miljoner kronor beror främst på kalciumflödeshämmare (+36; 22%), ACE-hämmare (+28; 44%) och betablockare (+32; 7%).

Grupp N Centrala nervsystemet): Av ökningen på 97 miljoner kronor faller 48 miljoner på lätta analgetika, främst paracetamol. Försäljningen av ASA-preparat ökade obetydligt (+5%).

Grupp R (Andningsorganen): Preparatgrupperna näsdroppar, astmamedel, hostmedel och antihistaminer ökade alla kraftigt och svarar tillsammans för hela ökningen i gruppen.

Grupp J (Infektionssjukdomar): Kostnaderna för alla preparatgrupper här ökade: Ampicilliner +13%, cefalosporiner +13%, makrolider +27%, penicilliner +18% och tetracykliner +14%. Dessutom ökade virusmedel med 53% och immunsera med 61%.

Första halvåret 1989 – astmamedel ökar mest

Kostnaderna för humanläkemedel under första halvåret 1989 har ökat med omkring 10% jämfört med samma period 1988. Ökningen i den slutna vården är endast 3% medan förbrukningen i öppen vård mot recept ökar med 12%. Både i kronor och relativt i procent har gruppen "Läkemedel mot sjukdomar i andningsorganen" den största ökningen, +86 mkr eller +25%. Denna ökning ligger främst på astmamedel, i synnerhet glukokortikoider.

Första halvåret 1989 visar ungefär samma bild som 1988 – kraftiga ökningar i kostnaden främst i de största läkemedelsgrupperna.



Tabell II
Förändring i apoteksbolagets försäljning per läkemedelsgrupp mellan åren 1987 och 1988.
 Tabellen är baserad på apotekens inleveransstatistik.

Humanläkemedel, ATC-grupp	Försälj- ning Milj DDD 1988	Ändring 1988/87 %	Försälj- ning Mkr AUP* 1988	Ändring 1988/87 Mkr	Ändring 1988/87 %	Andel av totala kost- naden 1988 %
A Matsmältningsorgan och ämnesomsättning	995	+11	1 300	+123	+10	16
C Hjärta och kretslopp	584	- 0,2	1 254	+108	+10	15
N Centrala nervsystemet	499	+ 3	1 186	+ 97	+ 9	14
R Andningsorganen	324	+11	884	+118	+15	11
J Infektionssjukdomar	56	+12	846	+135	+19	10
B Blod, blodbildande organ	80	+ 4	806	+149	+23	10
M Rörelseapparaten	102	+ 9	393	+ 35	+10	5
D Hud	278	+ 4	328	+ 26	+ 9	4
G Urin och könsorgan samt könshormoner	231	- 2	316	+ 35	+12	4
V Varia	-	-	317	+ 47	+17	4
S Ögon och öron	56	+ 4	229	+ 20	+10	3
L Tumörer, immunsystem	-	-	186	+ 22	+13	2
H Hormoner exklusive könshormoner	70	+ 3	164	+ 34	+26	2
P parasitsjukdomar	-	-	11	+ 2	+26	<1
Totalt	3 275	+ 5,5	8 220	+951	+13,1	100

* Apotekens utförsäljningspris

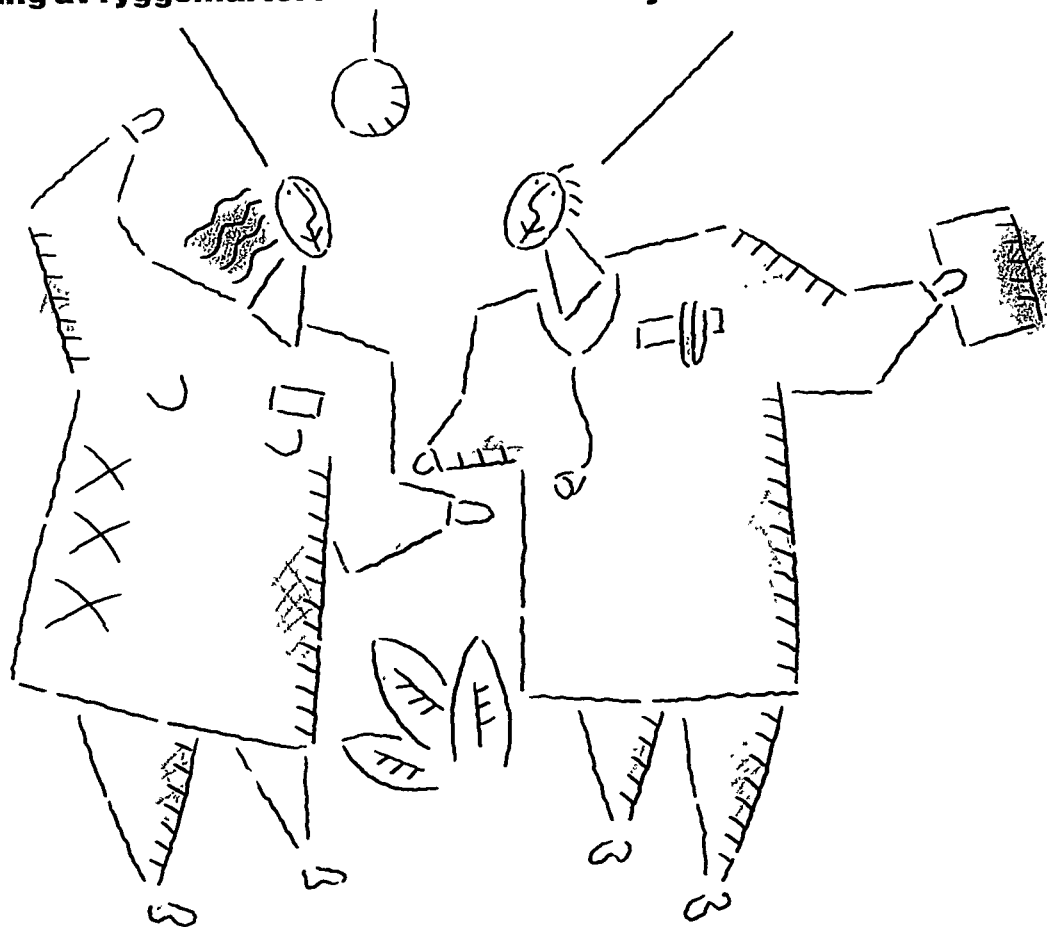
Svårt att göra meningsfulla analyser

Frågan om varför läkemedelsvolymen och användningen av dyra preparat inom sjukvården ökat med omkring 10% under 1988 är inte lätt att besvara. Eftersom läkemedel främst är ett verktyg för behandling av sjukdom skulle ökad användning kunna leda till effektivare sjukvård. En detaljerad analys, där en uppmätt förändring av läkemedelsförbrukningen ställs mot en motsvarande förändring av sjukvårdens agerande, är dock svår att göra eftersom lämplig samlad statistik från sjukvården saknas.

Från Apoteksbolaget är vi emellertid intresserade av att analysera dessa frågor så långt som möjligt. Vi vill därför gärna samarbeta med intresserade läkare kring dessa frågor. Kontakta Lars Nilsson vid Apoteksbolaget, tel 08/783 97 06.

— När anser du att man kan använda kombinationsanalgetika vid behandling av ryggsmärtor?

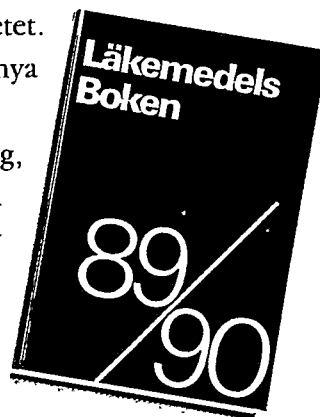
— Det finns bra beskrivet i nya Läkemedelsboken.



Läkemedelsboken

Mellan 70 och 80% av alla svenskar drabbas någon gång av ryggont. Ryggbesvär orsakar idag fler sjukdagar än förkylningar och är en stor kostnad för samhället. Tidigt och aktivt omhändertagande är viktigt för att försöka förhindra kroniska smärttillstånd och återföra patienten så snart som möjligt till arbetet.

I kapitlet "Ont i ryggen" i nya Läkemedelsboken får du råd beträffande diagnostik och behandling, där särskilt icke-medikamentella metoder poängteras som alternativ till starka analgetika.



Läkemedelsboken. Med råd enligt senaste rön.

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





A New, Simple Hand Test for Assessment of Normal Grip Function and for Detection of Early Inflammatory Hand Dysfunction in Primary Health Care

Leopold Recht, disputerade den 2 juni vid institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby på en avhandling om en ny handtest. Opponent var professor Gösta Tibblin, Uppsala. Ordförande vid disputationen var professor Bengt Scherstén.

Nyckelord: Handtest, screening, populationsstudier, handhandikapp

Bakgrund

Handens greppfunktion är av fundamental betydelse för yrket och det dagliga livets aktiviteter (ADL). Trots detta är det kliniska medvetandet om handen begränsat. Våra kunskaper om prevalensen av handhandikapp är små. Detta kan bero på att vi tidigare saknat ett enkelt test för bedömning av handfunktionen.

Konstruktionsidé

God kraft och rörlighet samt avsaknad av belastningssmärta är tre väsentliga förutsättningar för en väl fungerande greppfunktion. Som en konsekvens av detta påverkar varje handsjukdom, som medför nedsatt kraft, rörlighet eller belastningssmärta, greppfunktionen negativt. Vid tidig inflammatorisk ledsjukdom är dessa tre ovan nämnda variabler kardinalsymtom. Då samma tre variabler, dels ingår i förutsättningarna för normal greppfunktion, och dels påverkas i ett tidigt skede av inflammatorisk handsjukdom, speciellt reumatoid artrit (RA), var det möjligt att konstruera en greppfunktionstest, som också kunde användas som screeningtest för tidig RA.

Handtestets utformning

Man har därför utformat ett handtest, som omfattar tre moment (Figur 1).

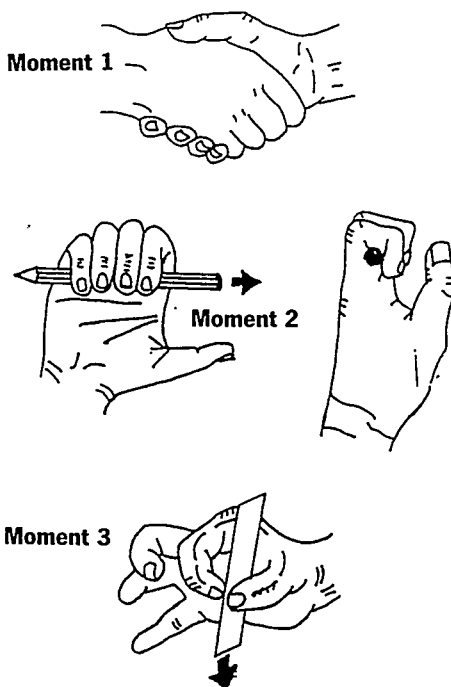
- Att ge ett fast handtryck.
- Att fasthålla en vanlig blyertspenna med sträckta knogar och maximalt flekterade fingrar, när en undersökare drar i pennan med platt pincettgrepp.
- Att fasthålla en pappersbit med runt pincettgrepp, när en undersökare drar i papperet med submaximalt runt pincettgrepp.



Doktoranden Leopold Recht, primärvårdsläkare i Skurup i 25 år.

Alla tre momenten skall kunna utföras med båda händerna och utan smärta.

Detta test omfattar alltså extensionsgrepp, fyrfingergrepp och pincettgrepp. Med dessa tre grepp, eller en kombination av dessa, utförs 97% av handens arbetsuppgifter. Testet



Figur 1. Illustrerar handtestets tre moment.

kräver maximal rörlighet av fingerleder, god kraft, och om det finns ömma strukturer i handen registreras smärta vid belastning.

Metodstudier

Experiment med fjädervåg och vigorimeter på friska försökspersoner har visat att testet var logiskt konstruerat med hänsyn till den kraft som utvecklas i de olika handgreppen. Vid normal handfunktion var kraften i den undersöktes grepp alltid större än den kraft som utvecklades i undersökarens grepp. Man fann att testet hade god reliabilitet och att dess förmåga att skilja mellan friska och sjuka händer var god.

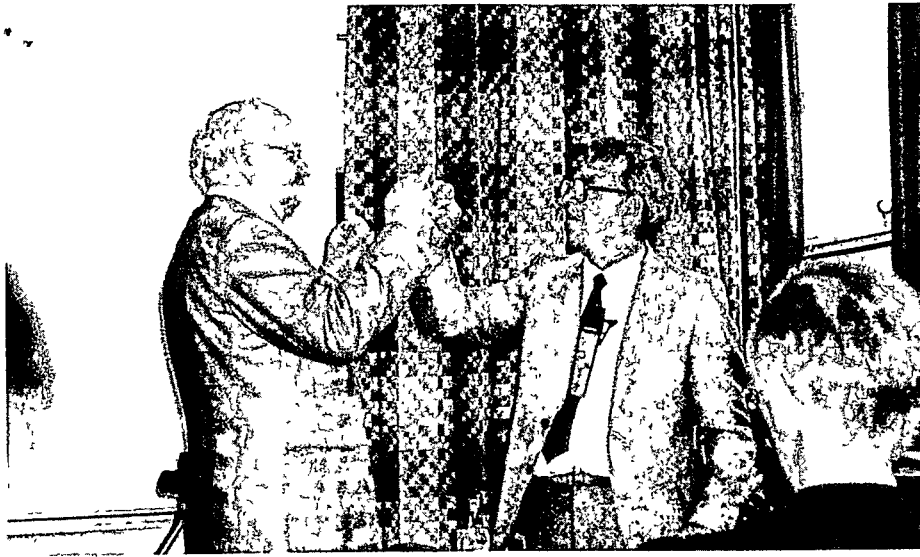
Testet som epidemiologiskt instrument

I Sjöbo kommun användes testet som epidemiologiskt redskap. Samtliga personer mellan 40–70 år erhöll ett frågeformulär med en ritning av testets tre moment samt en förklarande följeskrivelse. Man skulle utföra testet i hemmet med hjälp av ritningen och sedan returnera resultatet. Av 5262 personer besvarade 88% enkäten. Av dessa angav 873 att de ej klarade testet och kallades för undersökning. Av dessa kom 758 (87%). Man fann att 689 (91%) var sant positiva. I en kontrollgrupp på 215 negativt screenade var 91% sant negativa. Prediktabiliteten var således 91% för såväl positivt som negativt screenade.

En objektiv undersökning visade, att 17% hade inflammatorisk handdysfunktion, 48% degenerativ handsjukdom och 35% andra handhandikapp. Man visade att gruppen inflammatorisk handsjukdom hade ett specifikt testmönster i jämförelse med de två andra grupperna, i det 2/3 av gruppen med inflammatorisk handsjukdom hade tre hinder för greppfunktionen, medan man i de två andra grupperna fann att 2/3 endast hade ett hinder för greppfunktionen. Detta innebär att positivt screenade med tre hinder för greppfunktionen måste misstänkas ha inflammatorisk handsjukdom.

Testet kan avslöja tidig RA

Av 119 personer med misstänkt inflammatorisk handsjukdom hade 52 ej



Doktoranden demonstrerar sitt handtest på opponenter professor Gösta Tibblin. Med ryggen mot kameran betygsnämndens ledamot docent Lars Lindholm.

sökt läkare tidigare för sina handbesvär. En reumatologisk undersökning gjordes på 48 av dessa. Reumatologen fann att 16 av 48 hade säker inflammatorisk ledsjukdom, 22 artralgi (mindre än 3 positiva ARA-kriterier) och 10 osteoartros. Testet kan således avslöja tidig inflammatorisk handsjukdom och bör således kunna vara ett hjälpmedel vid uppsökande verksamhet.

Kombination av testet med klinisk undersökning och journalstudier

För att analysera diagnostik och behandling av patienter med inflammatorisk ledsjukdom på olika vårdnivåer inom den offentliga sjukvården kombinerades handtestet med efterföljande läkarundersökning, journalstudier och reumatologbedömning. Det fanns stora diagnostiska problem inom primärvården och patientkontrollen var bristfällig. För hälften av patienterna med RA dröjde det minst 5 år innan första reumatologbedömning. Många patienter hade stora problem som var behandlingskrävande. Fyra blev opererade med artroplastik som en konsekvens av handtestet. Primärvården hade behandlingsansvaret för 22 av 45 patienter med RA. Prevalensen för reumatoid artrit i åldersgruppen 40–70 år i Sjöbo kommun var 1,1%.

Prevalensen av handdysfunktion hos patienter med känd RA

På Kong Chr.X's Gighospital, Gråsten, Danmark användes handtestet för att undersöka prevalensen av handhandikapp hos patienter med känd defitiv RA. Av 211 patienter hade 208 (98,6%) positivt handtest. Nedsatt handfunktion är således mycket vanlig hos patienter med RA. För att utvärdera pålitligheten av patientens egen värdering av sin handfunktion frågade man samtidigt om patienten hade subjektiva handbesvär. Av 208 positivt screenade angav 48 att de icke hade handbesvär. I denna "besvärsvärd" grupp hade 42 röntgenerosioner, 22 handdeformitet och 8 sy-

novit. Man kan således icke lita på patientens egen värdering av sin handfunktion, och testet kan således icke ersättas med en enkel fråga till patienten. Man analyserade vidare vilken korrelation det fanns mellan nedsatt handfunktion och övriga kliniska parametrar. Nedsatt handfunktion hade signifikant positiv korrelation till morgonstelhet, synovit, handdeformitet, reducerad funktionskapacitet och röntgenerosioner, men ingen korrelation till biokemiska parametrar som SR, Haptoglobin eller seropositivitet.

Handtestet på okänd mark

Handtestet användes för att undersöka prevalensen av handhandikapp i en population, som levde under speciella förhållanden beträffande yrke, klimat och kost. Prevalensen för handhandikapp var hög och steg med åldern från 19 till 68%. Det fanns en manlig dominans i åldersgruppen 60–69 år. Sjukdomspanoramata dominerades helt av gruppen osteoartros, som utgjorde 73% av de handsjuka med en prevalens på 31%. I populationen hade

49% av männen och 34% av kvinnorna tungt kroppsligt arbete. En möjlig förklaring till den höga prevalensen av handosteoartros speciellt hos män kan således vara kombinationen av tungt kroppsligt arbete, kyla och fuktigt väder.

Prevalensen för reumatoid artrit var 1,1%. Man fann en god funktionskapacitet hos denna patientgrupp. Beträffande förekomsten av prognostisk dubiösa tecken som noduli och röntgenerosioner fann man låg förekomst jämfört med tidigare studier. Rent hypotetiskt kan man tänka sig att en kost rik på fisk och valkött har en positiv effekt på förloppet av RA.

Då alla personer i populationen är undersökta, såväl positivt som negativt screenade, har man kunnat bedöma testets sensitivitet och specificitet. Man fann att testet hade en sensitivitet på 91,8% och en specificitet på 98,3% när det används för att skilja mellan friska och sjuka händer.

Sammanfattande kommentar

Recht har utvecklat ett nytt enkelt handtest med hög validitet, reliabilitet, prediktabilitet, sensitivitet och specificitet. Testet kan användas som självtest för att undersöka om man har friska händer. Kombinerat testet med en efterföljande läkarundersökning kan testet användas som epidemiologiskt instrument för bedömning av prevalensen av handhandikapp. Om man också använder registerstudier kan testet användas för analys av den reumatologiska vården på olika vårdnivåer. En sådan analys har visat, att det inom primärvården finns ett behov för bättre diagnostik, kontroll och behandling av patienter med kronisk inflammatorisk ledsjukdom.

Författarbeskrivning

Leopold Recht, distriktsöverläkare emer.

Postadress: Box 126, 274 00 Skurup.



Disputationens ordförande professor Bengt Scherstén övervakar försvaret på nära håll.

Medicinsk studie- och yrkesrådgivning i grundskolan

Utvärdering av en modell

ROGER ANDERSSON · SVEN BREMBERG

Studie- och yrkesorientering skall ges till de elever i grundskolan som har ett medicinskt handikapp. I de flesta kommuner ligger ansvaret på skolhälsovården, som emellertid har svårt att nå social kunskap om elev och arbetsmarknad. Rådgivningen blir lätt ensidigt medicinsk. Undersökningen redovisar en annorlunda modell samt dokumenterar det nätverk av personkontakter som vägleder eleverna både inom och utanför skolan. Deras relativa betydelse belyses. Brister hos en informatör kan kompenseras från de andra. Undersökningen visar, att adekvat medicinsk kunskap finns inom skolhälsovården, eller är lätt att nå. Skolans problem är att kunna integrera den kunskap om elev och arbetsmarknad som finns på flera olika håll. Drygt 90% av eleverna med en medicinsk diagnos i Linköpings kommun vägleds till en passande utbildning. De elever som väljer fel är framförallt pojkar med lätta handikapp. Elever som negligerar sin sjukdom gör överraskande nog inte fler felval.

Nyckelord: Skolbarn, skolhälsovård, handikapp, intervju/enkätundersökningar, Linköping, yrkesrådgivning, studierådgivning

I skolan får eleverna rådgivning inför framtida val av studielinje och yrke. Ibland begränsas valmöjligheterna av kroniska sjukdomar eller av skador. Rådgivningen kring dessa medicinska problem brukar kallas medicinsk studie- och yrkesorientering (MSYO).

Målet för MSYO skall vara att söka förebygga medicinskt ogynnsamma studie- och yrkesval och därmed de sociala och medicinska konsekvenser som detta kan innebära för den enskilde. Det finns stora svårigheter att redan i grundskolan bedöma en elevs lämplighet för vissa yrken och risken för framtida arbetshinder. Utgångspunkten måste vara elevens eget intresse, men såväl detta som hela den växande individen ändras med åren

och därmed förutsättningarna för adekvata råd.

Litteraturgenomgång

Skolöverstyrelsen diskuterar formerna för MSYO i flera arbeten (1, 2, 3, 4). Skolhälsovården i Stockholm bedömer att ca 20% av ungdomarna har vissa hinder för yrkesval (5). Av elever med svåra problem finner man vid uppföljning att 6,4 promille valt en ur hälsans synpunkt uppenbart olämplig utbildning.

Exempel på genomslagskraften av MSYO ges av Kommunförbundets Revisionsavdelning, som gjort en genomgång av skolhälsovården i Södertälje kommun 1986 (6). Samtliga elever uppges där få en allmän MSYO av skolsköterska och skolläkare i årskurs 8. Elever med brister i sin hälsa uppges få MSYO fortlöpande och individuellt under hela skoltiden. I en enkätundersökning bland eleverna i klass 9 angav emellertid endast 37% att de fått någon MSYO. Av de som kom ihåg sin MSYO menade endast 29% att informationen betytt något för dem.

Liknande svårigheter har redovisats från andra länder. Studier från Storbritannien (7) visar att man trots genomtänkta system når otillfredsställande resultat. Skolhälsovården identifierar endast 19% av de elever som anser sig ha hälsoproblem.

I ett genomgripande arbete från Mississippi (8) redovisas att yrkesorienteringen behöver förbättras inom alla skolnivåer. Intressant är elevernas uppgifter om vem de anser bäst kan vägleda dem inför framtida yrkesval. Bland sjätteklassare tycker 64% att det är föräldrarna, medan lärarna anses likvärdiga i tolfte årskursen och i college. Man ser att fysiskt handikappade elever blir mer beroende av lärare och yrkesvägledare, då de har svårare att skaffa sig yrkesutbildning.

Aktuell undersökning

Syftet med denna studie är att bedöma om elever med medicinskt handikapp i Linköpings kommun får MSYO, vilka som ger information, hur adekvat den är och hur den påverkar eleverna. Arbetet refererar elevernas syn på sin egen vägledning. Den grundas på en enkät våren 1987 till de elever i årskurs 9 som var registrerade hos skolhälsovården med en medicinsk dia-

gnos. För att få väldefinierade uppgifter har en begränsning gjorts till strikt somatiska diagnoser. Psykiska och sociala handikapp är ej lika konsekvent registrerade då svårigheterna är påtagliga att bedöma uppgifter, gradera dem och göra dem jämförbara. Förhoppningsvis visar sig Skolöverstyrelsens nya skolhälsovårdsjournal kunna ge ett bättre underlag för dylik registrering.

Material och metod

Organisation av MSYO i Linköping

Medicinsk information om eleverna samlas i skolhälsovårdens register. Detta grundas på uppgifter i hälsodeklarationer, som samlas in vart tredje år, på direkta kontakter med föräldrar, lärare och elever samt på uppgifter från sjukvården i form av samtal, remisser och epikriser. I det dagliga skolhälsoarbetet tas frågor av MSYO-karaktär upp i samband med övriga kontakter. Inför linjevalet till gymnasiet går skolsköterskan, med tillstånd från föräldrarna, igenom sitt register tillsammans med SYO-konsulenten, vilken blir den person som har direkt kontakt med eleverna. I särskilda fall tar skolsköterskan direkt SYO-kontakt. Genom skolhälsovårdens uppläggning i Linköping med skolsköterskan som centralperson och skolläkaren som konsult i skolorna så ger denne MSYO endast i komplicerade fall. Kriterier som används vid registrering framgår av elevhälsovårdens metodbok (9)

Population

Den studerade populationen utgörs av samtliga 1595 elever inskrivna i Linköpings grundskolor i årskurs 9 vårterminen 1987. Av dessa var 249 registrerade med medicinska diagnoser. 55% var pojkar och 45% flickor. Samtliga 249 hade sökt gymnasieplats, varav 46% till praktiska linjer.

Enkäten

När MSYO var avslutad sändes en enkät per post till dessa elever. Frågorna avsåg förstahandsvalet, med tonvikt på kontaktvägar, påverkan och olika personers betydelse. Svar erhöles från 235 elever (94%). De uppgav 239 diagnoser. Kriterier för medicinskt adekvata avrådanen sattes upp av författaren (Tabell I).



Isoptin[®] retard.

(verapamil)

Ännu enklare för patienten.

= 240 mg

eller

= 120 mg

eller

+

= 360 mg

eller

+

= 480 mg

Det är enkelt att titrera fram rätt dos, utan att behöva byta tablettstyrka, med hjälp av den delbara depottabletten Isoptin retard.

Nu kan de flesta hypertoniker bli välkontrollerade med hjälp av en enda tablett – Isoptin retard 240 mg en gång om dagen.

Depottabletten frisätter den aktiva substansen kontinuerligt under dygnet och ger en jämnare plasmakoncentration. Depottabletten är försedd med en mittskåra, vilket gör att dosen kan

skräddarsys även för patienter som kräver allt ifrån 120 till 480 mg/dag. Det blir alltså ännu enklare att titrera fram rätt dos utan att behöva byta tablettstyrka.

Isoptin[®]
(verapamil)
retard



Isoptin retard 240 mg depottabletter är den senaste utvecklingen av originalläkemedlet Isoptin – Sveriges mest använda kalciumantagonist.

Meda erbjuder produkter, terapier, utbildning, kunskap och service inom följande 14 kunskapsområden: Alkoholism, Anestesi, Kardiologi, Dermatologi, Diabetes, Egenvård, Exokrina Pankreassjukdomar, Hörselvård, Nutrition, Odontologi, Ortopedi, Röntgen, Smärta.

Resultat

Diagnosfördelningen framgår av Tabell II. Lättare handikapp överväger. Bortfallet på 15 elever (6%) består av 13 pojkar och 2 flickor. Deras diagnosfördelning överensstämmer väl med hela materialets.

De viktigaste kontakterna eleverna haft för diskussion om studie- och yrkesval är föräldrar, SYO-konsulent och kamrater i nu nämnd ordning. Se Tabell III! Eleverna har påverkats påtagligt av dessa kontakter. Lärarna är inte heller oviktiga. Skolsköterskor och läkare står för en liten del. Ett-hundrasextio elever (67%) anger att man haft nytta av dessa olika kontakter.

Övriga informationskanaler som eleverna använder är praktisk yrkesorientering (PRAO), skolundervisningen i övrigt, broschyrer om yrken, tidningar, radio, TV, böcker samt feriearbete. Se Tabell IV! Ingen enskild kanal dominerar.

Hälften av eleverna uppgav att de fått avrådanen. Se Tabell II! Dessa fördelade sig relativt jämnt olika diagnoser emellan. Av samtliga avrådanen bedömdes 70% som adekvata. För skolpersonalens del är samstämmigheten, jämfört med författarens bedömning 84%, för enbart skolsköterskorna 100%. Adekvat medicinsk kunskap finns således i skolan. Avrådanen kring handeksem är bäst och för allergisk rhinoconjunctivit sämst.

Föräldrar är de som gör flest aktiva ställningstaganden i form av avrådanen. SYO-konsulenten avråder mindre än hälften så ofta och dessutom med samma medicinska precision som elevens egen läkare (Tabell V). De är ju experter på varsin ände av axeln handikapp – arbetsliv. Eleven själv når motsvarande grad av insikt.

Totalt 22 elever gör val som medicinskt sett är olämpliga, 16 är pojkar och 6 flickor. Handeksem och färgsinnesdefekt står för relativt stora andelar av felvalen. Sexton av eleverna, varav 12 är pojkar, uppger sig ej ha blivit avrådda. Endast en elev uppger att medicinskt utbildad person haft stor påverkan på valet.

Ett-hundratio elever (46%) anger att de har ett medicinskt problem som kan påverka deras val av yrke. Bland dessa misslyckas 8% jämfört med 10% bland dem som inte erkänner sitt handikapp.

Diskussion

Femton procent av eleverna i årskurs 9 har ett registrerat medicinskt handikapp av den art att det kan påverka deras val av framtida yrke. Siffrans rimlighet kan bedömas mot Cerneruds uppfattning att cirka 20% av ungdomarna har medicinska hinder i studie och yrkesval (4). Det talar för att de medicinska problemen är relativt väl kända i vårt material.

Nio % av eleverna med medicinska problem, eller drygt 1% av samtliga

Tabell I.

Av författaren uppställda kriterier för medicinskt adekvata avrådanen.

Diagnos	Yrken som elever avrådes från
Diabetes:	Yrken som fordrar god kropps och sinnesfunktion samt styrka.
Epilepsi:	Enl ovan, samt tungt och riskfyllt arbete.
Färgsinnesdef:	Yrken med speciella krav, ex elektriker
Hörselneds:	Yrken med buller eller speciella krav.
Hörsnuva:	Allergen miljö.
Asthma:	Som ovan samt luftföroreningar o tungt arbete.
Atopiskt eksem:	Våtyrken. Nedsmutsande yrken.
Handeksem:	Som ovan.
Scolios:	Tunga arbeten.

Tabell II.

Elever i årskurs 9 med medicinska problem. Fördelning av diagnoser (N=239) samt avrådanen vid de vanligaste diagnoserna. 116 elever hade avrått från vissa yrken av medicinska skäl. Därav avgav 113 fullständiga svar. För kriterier se Tabell I.

Diagnos	Antal elever med resp diagnos	Avrådda elever Totalt avrådda	Adekvat avrådda
Hörsnuva	57	20	7
Färgsinnesdef	43	18	14
Atop eksem	30	16	14
Asthma	27	16	13
Hörselnedsätt	23	14	8
Handeksem	16	8	8
Epilepsi	8	4	2
Scolios	6	5	4
Diabetes	5	4	3
Övriga	24	8	6
Totalt	239	113	79

Tabell III.

Elever i årskurs 9 med medicinska problem (N=239). Kontakter som elever haft inför sitt studie- och yrkesval, samt i vilken utsträckning dessa påverkat eleverna.

Personlig kontakt			Påverkan från kontaktperson	
Kontaktperson	Antal svar	Andel svar (%)	Antal svar	Andel svar (%)
Föräldrar	229	32	101	27
SYO konsulent	203	28	71	19
Kamrater	149	21	53	14
Lärare:	79	11	21	6
Andra personer	27	4	40	11
Skolsköterskan:	23	3	2	1
Egen läkare:	12	2	2	1
Skolläkare:	2	0	1	0
Ej påverkad:	–	–	79	21
Summa:	724	100	370	100

Tabell IV.

Elever i årskurs 9 med medicinska problem. Antal elever = 235. Användning av övriga informationskanaler för studie- och yrkesval.

Informationskanal	Antal svar
Broschyrer	57
Skolundervisningen	53
PRAO	51
Tidningar	33
Radio o TV	22
Böcker	29
Feriearbete	11
På annat sätt	130
Summa	376

elever i årsklassen, väljer en med hänsyn till sitt handikapp olämplig gymnasieutbildning, i samtliga fall en praktisk linje. De flesta felvalen sker vid relativt lätta handikapp. De "tunga" diagnoserna asthma, diabetes och epi-

Tabell V.

Elever i årskurs 9 med medicinska problem och som fått avrådanen. (N=116). Personer som givit avrådanen.

Person som avrått	Antal avrådanen	Antal adekvata avrådanen
Föräldrar	49	25
Egen läkare	32	25
Skolsköterska	27	27
Eleven själv	25	18
SYO-konsulent	20	15
Kamrater	9	3
Lärare	6	4
Skolläkare	1	1
Andra personer	11	3
Totalt	180	121

lepsi har få misslyckanden, ex diabetes inte ett enda. Elever med svåra handikapp uppmärksammas lättare och får bättre omhändertagande. Vi vet också att det för elever med dessa diagnoser sker mycket informationsbyte med

medicinskt utbildad personal. Elever med lättare diagnoser tas inte på samma allvar. Huvuddelen av dessa elever uppger att de inte fått något avrådande. Jämför med Cerneruds undersökning där eleverna med svåra medicinska problem har få felval.

Hälften av eleverna har avrått från riskyrke. Bland de elever som misslyckats finns framförallt diagnoser som eksem, handeksem och färgsinnesdefekt. Det är just dessa diagnoser som skolan visar sig ha lättast att göra korrekta avrådanden från. Jämför tabell II! Hade de bara uppmärksamats borde de flesta felvalen kunnat ha förhindrats.

Det är viktigt att ett befogat avrådande når fram till eleven. 73% av de elever som misslyckats hade inte fått något avrådande. Vi ser att ett aktivt avrådande ger nära tre gånger större chans att nå ett bra val.

Sexton pojkar väljer fel jämfört med sex flickor. Färgsinnesdefekterna, som övervägande drabbar pojkar, bidrar med en del, men även i typiska flickutbildningar ex vårdyrken så har pojkarna trots sin underrepresentation lika många felval. Pojkar bör man således vara extra observant på.

Ungdomar i tonåren reagerar ibland på kronisk sjukdom genom att negligera den och inte erkänna sina besvär. Man finner dock ingen ökad representation av elever som förnekar vidden av sin sjukdom bland dem som gjort felval. Skolan har därför mindre anledning skylla misslyckanden på eleverna.

Yrkesorienteringen skall vara positiv utgående från elevens intresse och lämplighet. Den bör även innehålla mer allmän information om hälsorisker i olika yrken. Endast 35% hade nåtts av dylik information. Bland de elever som valt praktisk gymnasielinje hade 55% informerats liksom den grupp som gjort felaktiga val. Allmän information på det sätt som givits är tydligen ingen faktor som förhindrar olämpliga val. Den måste troligen göras personligare och mer betydelsefull för eleven, vilket förutsätter integration av kunskap både om elevens intressen och medicinska hinder samt om yrkeslivet hos den som ger råd.

Vad betyder dessa 22 misslyckanden? De flesta eleverna har "lätta" diagnoser, varför merparten av de besvär dessa elever kan förvänta sig i yrkeslivet inte är av svårartad karaktär.

Efter studiens genomförande har eksem som inte engagerar händerna utgått som kriterium för registrering, då nyare undersökningar visat att dessa inte påverkar yrkesprognosen (10). Dylikt eksem representeras av 4 elever. Tas dessa bort ur materialet återstår 7,5% felval. Denna siffra, liksom de ursprungliga 9%, får anses acceptabel, särskilt med tanke på diagnosernas lättare karaktär.

Eleverna hämtar sin information

från ett flertal olika källor, som komplementerar varandra. Brister på ett håll kan således kompenseras. Störst betydelse har föräldrarna som ju känner sitt barns speciella förutsättningar bäst. Skolan bidrar sedan med specifik yrkeskunskap, om än inte på samma hand. Skolans svårighet är att kunna förena dessa tre utgångspunkter för en bra MSYO.

Varje elev har i medeltal tre SYO-kontakter med olika personer. Ingen saknar kontakt. Deras kontaktnät framgår av tabell III. Föräldrarna och SYO-konsulten står för en tredjedel var av alla kontakter följt av elevernas kamrater. Även lärarna är vanliga som rådgivare, vilket man kanske inte tänker på. Skolsköterskan som har kontakt med behandlande läkare får en påtaglig roll i mer krävande fall. Personer utanför denna krets har ett begränsat inflytande.

Vill man påverka och förändra i denna informationsstruktur så är personerna lätta att nå och engagera inom skola och hem. Kamraterna utgörs till stor del av klasskamrater. Bra information till en elev sprider sig till andra. Vidare ser man vikten av att lärare i sin undervisning har moment av yrkesorienteringskaraktär, som genom sin ämnesanknytning blir ytterst meningsfull.

Mer generella åtgärder som styrs från skolan såsom praktisk arbetslivsorientering och tillgång till broschyrer om yrken och utbildningar samt skolundervisningen i stort täcker in mer än 40% av elevernas övriga informationskanaler (tabell IV). Skolan har möjlighet att ta ett samlat grepp om informationen.

Vilken betydelse har MSYO? 67% av vara elever menar, att informationen verkligen betytt något för dem i deras val. Detta kan jämföras med Kommunförbundets siffra på 11%, men där riktas MSYO allmänt till alla elever (6).

En tredjedel av våra elever anser att de ej påverkats i sitt val (tabell III). De hade redan bestämt sig, och utgör därför den grupp som kanske skulle klara sig utan MSYO. Åtta av dessa (10%) väljer fel. De når samma resultat som gruppen i övrigt. Möjligen har de trots allt påverkats.

Bortfallet på 15 elever (6%) bestående av 13 pojkar och 2 flickor har samma diagnosfördelning som hela materialet och torde inte påverka resultatet.

Slutsats

MSYO, som den bedrivs i Linköpings kommun, vägleder 91% av eleverna med medicinsk diagnos till en passande utbildning. De som väljer fel är framförallt pojkar med lätta handikapp. Skolans problem är att kunna identifiera dessa elever och samordna den adekvata medicinska kunskap som finns med kännedom om elev och

arbetsmarknad samt att göra informationen personlig och meningsfull. Då är det inte självklart att skolläkaren alltid är den mest lämpade. Runt eleverna finns ett nät av SYO-kontakter som är lätta att nå, och påverka, från skolan. Därför bör man med striktare samarbete inom ramen för nuvarande organisation lätt kunna öka antalet medicinskt tillfredsställande studie- och yrkesval.

Referenser

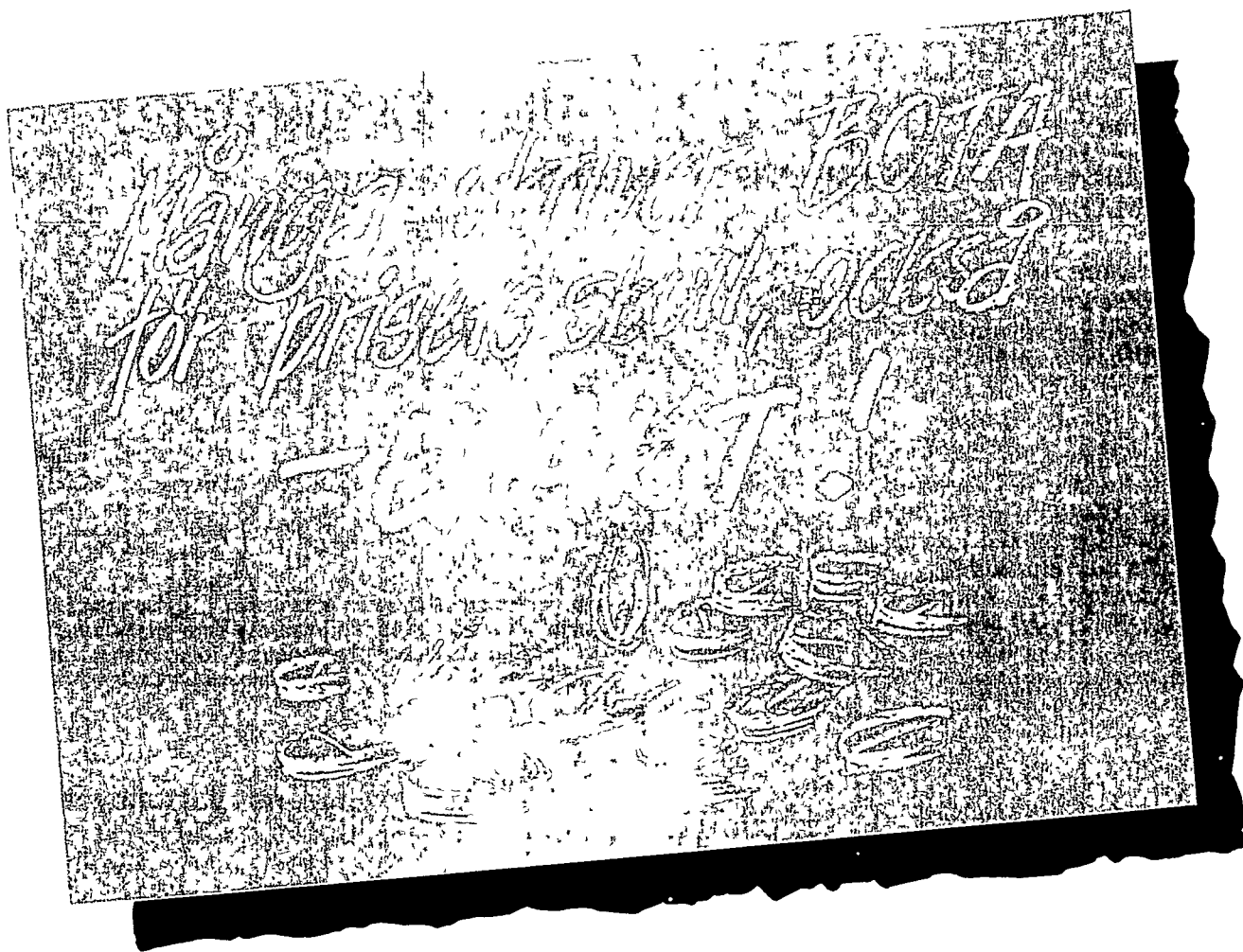
1. Eek K, Linderstam E. Skolhälsovårdens medverkan i skolans studie- och yrkesorientering. Rapport över kartläggning läsåret 1975–76 samt läsåret 1976–77. Stockholm: Skolöverstyrelsen, 1976 och 1978.
2. Skolöverstyrelsens författningssamling 1977.12.27 och 1986.01.08.
3. Sundbärg B (red) Skolhälsovård. Handbok. Stockholm: Liber Utbildningsförlaget Stockholm, 1986.
4. SYO för elever med medicinska handikapp, med hörselskador, med synskador, med rörelsehinder. Stockholm: Skolöverstyrelsens servicematerial 1988.
5. Cernerud L. Skolhälsovården i Stockholm 1986–87. En redovisning av skolhälsovårdens verksamhet. Stockholm: Skolförvaltningen, 1987.
6. Skolhälsovården i Södertälje kommun. Stockholm: Svenska kommunförbundet, 1986.
7. Cherry N, Gear R, Waldron HA. Occupational health and the school leaver. Community Medicine 1983; 5: 3–10.
8. Cage N et al. An Assessment of Career Education Needs in Mississippi. Research in Education 1977; 9.
9. Metodbok för Elevhälsovården i Linköping.
10. Rystedt I, Nilsson E. Riskarbeten och prediktorer för handeksem. Råd till atopiker vid val av utbildning och yrke. Läkartidningen 1989; 86:9.

Författarpresentation

Roger Andersson* är överläkare vid Barnkliniken Regionsjukhuset i Linköping, samt skolläkare.

Sven Bremberg, med. dr är överläkare vid Barnkliniken Regionsjukhuset i Linköping samt skolöverläkare.

* Postadress: Institutionen för pediatrik, Regionsjukhuset, 581 85 Linköping



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

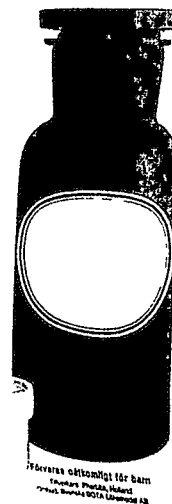
△◇ **Flunitrazepam 1 mg BOTA syn.med Rohypnol**
Sömnmedel

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.



Björn Aktanup Reklam

SVENSKA **BOTA** LÄKEMEDEL AB
EXAKT – FÖR PATIENTENS SKULL

Miljöprofil – ett nytt hjälpmedel i det långsiktiga miljö- och hälsovårdsarbetet

OLE MALMBERG · ANDERS JOHANSSON · BIRGITTA MALMBERG · TORSTEN MALMBERG

Nutidsmänniskan utsätts för allt fler hälsorisker av fysikalisk, kemisk och biologisk natur. Enligt HS90 har primärvården ansvar för kartläggning av sådana risker i lokalsamhället. Syftet med den aktuella studien är att testa i vilken utsträckning det går att bryta ned tillgängliga data till församlingsnivå. Miljöprofilen tillhandahåller bakgrundsdata för det lokala hälsovårdsarbetet och ger incitament till samarbete mellan miljö- och hälsovårdande organ.

Nyckelord: Miljö, hälsa, riskfaktorer, prevention, humanekologi, Tollarp.

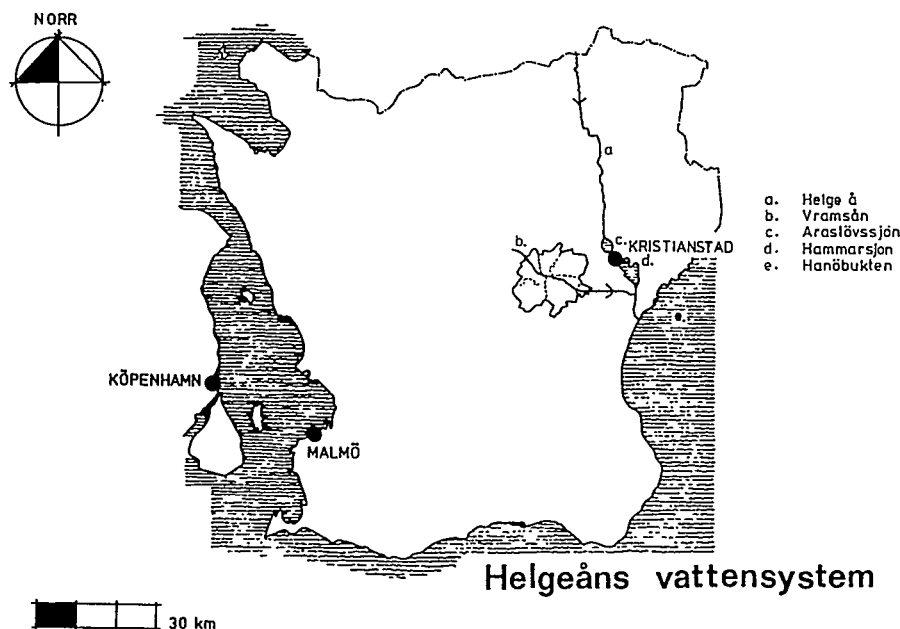
Bakgrund

Det industrialiserade samhället och vår moderna livsstil medför nya hälsorisker genom kemikalier, buller, strålning m.m. Samtidigt som primärvården har kunskap om befolkningens hälsa, finns kunskapen om miljön ofta på helt andra håll. En kartläggning av den fysiska miljön kan ge ett viktigt kompletterande underlag för lokalt miljö- och hälsovårdsarbete. För att undersöka om det går att bryta ned tillgängliga miljödata till lokalsamhällets nivå har vi genomfört en pilotstudie, kallad miljöprofil. Sex församlingar som tillsammans bildar Tollarps vårdcentralsområde i nordöstra Skåne utgör försöksfält. Området har cirka 6300 invånare.

Material och metod

Data om den fysiska miljön i försöksområdet har främst hämtats ur publikationer från det lokala miljö- och hälso- och sjukvårdskontoret, länsstyrelsen samt dessa organs offentliga dataregister.

I första hand har vi sökt efter och granskat parametrar, som går att bryta ned till församlingsnivå eller på annat sätt går att lokalisera geografiskt (tex analyser av mark, vatten och luft). Kemiska, fysikaliska och biologiska parametrar har genomgående efterforskat (till exempel bekämpningsmedel i yt-vatten, buller, strålning och övergödningseffekter). Syftet är att selektera fram och registrera faktorer i den fysiska miljön med känd eller potentiell effekt på lokalbefolkningens hälsa.



Figur 1

Ytvatten

Övergödning är det största problemet för ytvattnet i området. Det rör sig om överskott av fosfor och kväve.

Tillgängliga data har strukturerats genom överföring till speciella formulär. Variablerna har sedan uppdelats efter huvudrubrikerna:

1. Mark och landskap
2. Vatten
3. Luft
4. Buller
5. Beredskap – säkerhet (farligt gods)
6. Avfall
7. Strålning
8. Övrigt

Uppgifterna har registrerats med hjälp av persondator och specialkonstruerat registerprogram (grundprogram: open access). Kartmaterial med församlingarnas gränser och orterna markerade utgör underlag för illustration av de olika parametrarnas rumsliga dimensioner.

Vatten, geologi och föroreningar

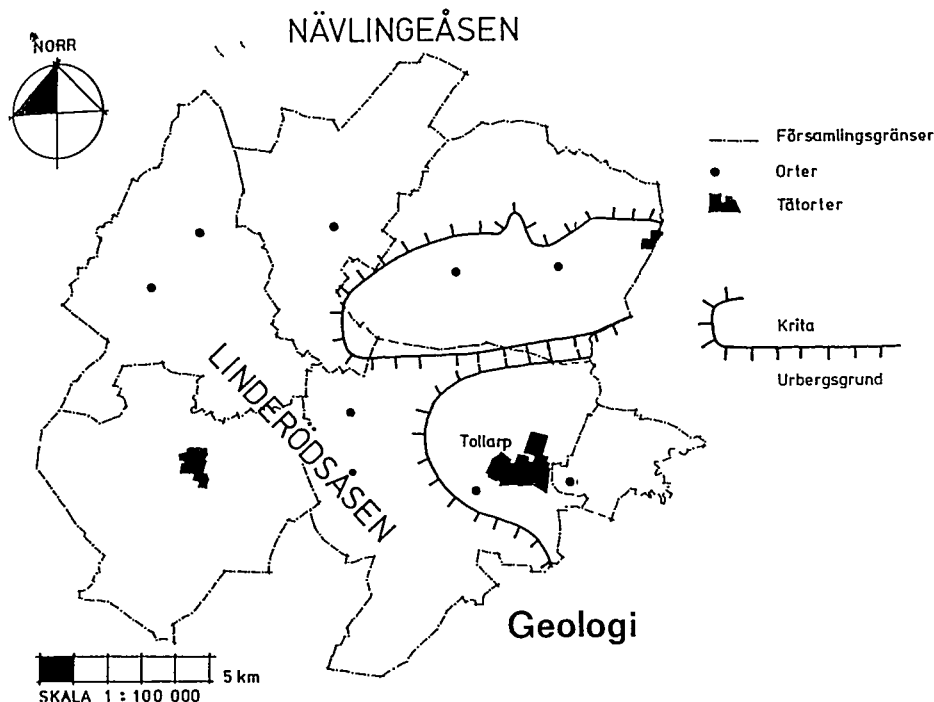
För att illustrera begreppet miljöprofil väljer vi en av huvudparametrarna: vatten (Figur 1, 2 och 3). Vatten av god kvalitet är en viktig förutsättning för en god hälsa hos lokalbefolkningen.

Det finns många data registrerade om yt- och grundvatten inom undersökningsområdet.

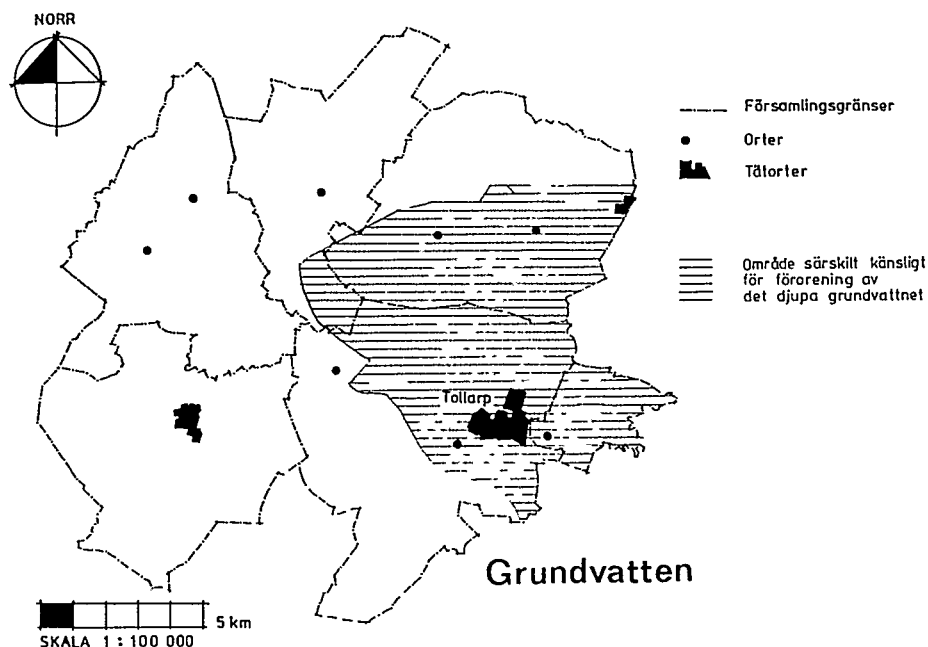
Grundvattentillgångarna i Kristianstads kommun är mycket stora.

Kommunalt dricksvatten i det aktuella området hämtas enbart från grundvattentäkter. Geologin har naturligtvis stor betydelse för grundvattenbildningen och avgör också var föroreningsrisken är störst. Kalkstenen under Kristianstadsslättan är ganska tät och grundvattenströmmarna är riktade uppåt. Av denna anledning har ytföroreningarna svårare att tränga ned i grundvattnet där. I gränsområdena mellan urberg och kalksten sker grundvattenbildning genom att ytvatten sjunker ned i djupare marklager. Dessa områden är särskilt känsliga när det gäller föroreningar och hit hör Tollarpsområdet (Figur 2 och 3). Vid foten av urbergsåsarna, som avgränsar studieområdet i väster och norr, måste man därför vidta speciella åtgärder i fråga om avloppshantering för att kunna behålla rent grundvatten.

Liksom grundvattnets allmänna kvalitet har kväveövergödningen stor betydelse för människors hälsa. Mätningar har konstaterat tydlig övergödning av Helgeåns vattensystem (Figur 1), vilket berör undersökningsområdet. Livsmedelsverket har satt gränsen för nitrat i dricksvatten för spädbarn till 45 mg/l. Därmed vill man förebygga sjukdomen methemoglobinemi. Preventionen är i detta fall effektiv, och några fall av methemoglobinemi



Figur 2
Områdets västra och norra delar domineras av Linderöds- och Nävlingeåsarnas urberg. Kristianstadsslättnens kalkstensgrund når in i de östra delarna. Grundvattnet i området bildas genom att nederbörden följer åsslutningarna och tränger ner i morän, kalksten och sandsten.



Figur 3
Under Kristianstadsslätten finns ett av Sveriges största grundvattenmagasin. I övergångszonerna mellan urberg och kalksten bildas grundvatten och här är känsligheten för förorening störst. Åtgärder för att bevara grundvattnet rent är väsentliga i det förebyggande hälsovårdsarbetet.

Vatten är vårt vanligaste "livsmedel" med en genomsnittskonsumtion av 2 liter per dag.

har inte beskrivits i Sverige. Däremot är tusentals fall av denna sjukdom registrerade i Östeuropa. Vissa enskilda vattentäkter inom undersökningsområdet har emellertid förhöjda nitrathalter och barnfamiljerna får där hämta kommunalt vatten, som inom hela området har låga nitrathalter. – Under huvudrubriken vatten finns i miljöprofilen också uppgifter om avloppshantering, metallhalter (kvicksilver, kadmium mfl), mikroorganismer, bekämpningsmedel etc.

Inom undersökningsområdet finns geologiska förutsättningar för förhöjda markradonhalter. Radongas i bostäder kan framkalla lungcancer och utgör därmed en folkhälsorisk. Radonet förs från djupare markskikt via sprickbildningar och uppumpat vatten till markytan och därifrån vidare in i bostäderna. En kartering av markradonförekomsterna pågår i hela Kristianstads kommun. Man får därigenom ett underlag för åtgärder både i befintliga bostäder och i samband med bebyggelseplanering.

En ny smittskyddslag trädde i kraft 890701, och den reglerar arbetsfördelningen mellan primärvården och kommunens miljö- och hälsoskyddspersonal. Primärvården skall sköta provtagning på människor, och kommunen skall stå för miljöutredning med provtagning på livsmedel, djur etc. En miljöprofil med bakgrundsdata om till exempel vattenförhållandena i distriktet kan underlätta samarbetet vid en epidemi.

Diskussion och konklusioner

Under 1:a Kongressen i Samhällsmedicin, som hölls i Kristianstad den 23–25 maj 1989 framhöll Owe Petersson, WHO att man nu prioriterar åtgärder mot urbaniseringens negativa effekter på folkhälsan. Här ingår som en viktig del studiet av förändringar inom den fysiska miljön, och i detta sammanhang kan miljöprofilen ha en viktig uppgift. I linje med detta berör också nio av WHO:s 38 hälsopolitiska mål, miljömedicinska problem. Hälsa för alla år 2000 (HFA 2000) är det övergripande målet (1).

Vår målsättning med pilotprojektet är att finna parametrar, som beskriver den fysiska lokalmiljön och som kan ha betydelse för befolkningens hälsa. Idén bakom försöken att få fram data på församlingsnivå och därunder, bygger på erfarenheten att det är lättast att aktivera människor i frågor som rör närmiljön – eller med andra ord hemortsreviret (2).

Tidsdimensionen är ofta försummad i studier av det aktuella slaget men är naturligtvis väsentlig, särskilt som ekologiska skeenden är utpräglat dynamiska. Genom att registrera tidpunkterna för insamling av data har vi försökt att tillgodose tidsaspekten.

Miljöprofilen vill sätta in människan i hennes ekologiska sammanhang. Vi ser detta som en nödvändighet i det långsiktiga arbetet för att bevara en fungerande miljö för allt levande (3, 4). Det är naturligtvis en truism att individualprevention blir meningslös, om vi inte lyckas bevara en miljö där också människan kan överleva. Tyvärr har vi i de industrialiserade samhällena hittills inte prioriterat livsmiljön särskilt högt vid valet av tex produktionsmetoder och konsumtionsnivå.

Arbetet med miljöprofilen har gett inblick i den enorma mängd data som finns insamlade, även när det gäller ett litet område på några kvadratmil. Dessa data är emellertid uppsplittrade på en mängd källor hos olika myndigheter. En strukturering och dataregistrering av materialet kan göra det överskådligt och praktiskt användbart. Det finns sålunda redan idag ett omfattande material, som speglar "hälsotillståndet" i vår livsmiljö och som kan utgöra underlag för ett konkret åtgärdsprogram.

Genomförandet av ett sådant program kräver samarbete mellan allmänheten och ett flertal samhällsorgan på

lokal-, kommun-, läns- och riksnivå. Primärkommuner, landsting och länsstyrelser arbetar med miljö- och hälsofrågor på lokal och regional nivå. Inom kommunens miljö- och hälso-skyddsförvaltning finns kommunekolog, hälso- och miljöinspektörer och tekniska experter. Landstingens samhällsmedicinska enheter håller på att utbilda miljömedicinsk expertis. På gräsrotsnivå har primärvården i teorin, och i viss mån även i praktiken, det lokala ansvaret för miljöfrågor med hälsoanknytning. På länsstyrelsernas naturvårdssektioner är man sysselsatt med regional övervakning av miljön.

Alla dessa samhällsfunktioner är strikt vertikalt organiserade. Arbete med miljöprofiler ger incitament till ett horisontellt samarbete mellan de olika samhällsorgan som är engagerade i miljö- och hälsoarbetet. Ett konkret sådant arbetsområde utgör den livsviktiga försörjningen med dricksbart vatten. Här arbetar distriktssköterskan och distriktsläkaren inom barnhälsovården med information om tex lokal förekomst av nitrat och koppar i dricksvattnet. Hälso- och miljöinspektörerna hjälper till med provtagning och utredning på kommunnivå, medan länsstyrelsens tjänstemän handlägger koncessionsärenden i vattenfrågor.

När miljöprofilen kan integreras med samhällsprofil och hälsoprofil inom ett geografiskt område, har man goda redskap för det preventiva miljö- och människovårdande arbetet i framtiden (5).

Referenser

1. Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000: Seventh report on the world health situation. Global review. Geneva: WHO 1987; 1
2. Malmberg O, Malmberg T. Revir inom medicinen. Hygiea 1985; 94: 109
3. Malmberg O, Johansson A, Malmberg B, Malmberg T. Miljöprofil - En pilotstudie över fysiska miljöfaktorer med potentiell effekt på de ekologiska systemen och människors hälsa i lokalsamhället. Hygiea 1988; 97: 116.
4. Malmberg O. Allmänmedicin som humanekologi. Hygiea 1986; 95: 109.
5. Lindberg E. Hälsa för alla i Sverige år 2000 - Ett brett grepp på hälsan. SoS-rapport 1989:8.

Författarpresentation

Ole Malmberg*, distriktsläkare, vårdcentralchef

Anders Johansson, FV-läkare, arkitekt SAR

Birgitta Malmberg, tf distriktsläkare samtliga vid vårdcentralen, Tollarp.

Torsten Malmberg, docent, föreståndare för humanekologiska avdelningen, Lunds universitet

Illustrationerna är utförda av Anders Johansson efter samråd med miljö- och hälso-skyddsinspektör Michael Dahlman

Miljöprofil-projektet genomförs med stöd av Samhällsmedicinska sektionen, Kristianstads läns landsting.

* Postadress: Vårdcentralen, 290 10 Tollarp.

DIAGNOSTIK

LBO 6440

Diagnostik och behandling av maxillarsinuiter i primärvård

Ultraljuds- och klinisk undersökning

BO BJERRE · PONTUS BLOCK

Ultraljudsundersökning är en enkel och ofarlig metod vid diagnostik av maxillarsinuiter.

Utan särskild träning lärde vi oss snabbt att använda metoden och uppnådde en god säkerhet vid bedömning av "frisk" eller "sjuk" käkhåla. I 1/3 av fallen avvek ultraljudsundersökningen från den kliniska bedömningen. I vår strävan att minska antibiotikabruket var ultraljudsdiagnostik ett bra hjälpmedel. Andelen antibiotikabehandlade maxillarsinuiter halverades utan att utläkningsresultatet försämrades.

Nyckelord: Näsa och bihålor, infektioner, diagnos, sinuit, ultraljud

Inledning

Vid frekvensstudier i allmänpraxis finner man att ungefär 1,5% av patienterna har fått diagnosen akut sinuit (1). Den kliniska bedömningen är osäker när det gäller att avgöra huruvida sinus är affekterade eller ej (2, 3). Däremot ger en noggrann klinisk värdering en god tillförlitlighet vid bedömningen purulent eller icke-purulent sinuit (3, 4), vilket ur behandlingssynpunkt är diagnostiskt mest relevant.

Vår egen erfarenhet från allmänpraxis talar för att diagnosen akut sinuit ställs på alltför lösa grunder och att antibiotika förskrivs alltför rutinemässigt vid misstänkt sinusaffektion. Mot denna bakgrund ville vi undersöka om ultraljudsdiagnostik (ULD) kunde vara ett hjälpmedel i ett försök att skärpa diagnostiken. Med tanke på att maxillarsinuiter förefaller ha en hög, ca 80%, spontan läkningsfrekvens (5) och att flertalet av de sinuiter en allmänläkare möter tycks ha ett beskedligt förlopp (6), försökte vi samtidigt skärpa vår "antibiotikapolicy".

Efter inköp av en ultraljudsapparat och någon dags handledning startade vi en utvärderande undersökning. Undersökningen avpassades efter våra vanliga patientrutiner och målsättningen var att patienterna skulle förorsakas ett minimum av extra besvär. Detta har delvis skett på bekostnad av vedertagna krav på kliniska undersök-

ningar, men återspeglar å andra sidan en vardaglig situation på en ordinär vårdcentral. Avsikten är i första hand att beskriva hur vi introducerade ett nytt diagnostiskt hjälpmedel och hur vi försökt utvärdera detta i förhållande till våra tidigare diagnos- och behandlingsrutiner.

Patientmaterial

Undersökningen utfördes på patienter från två geografiskt avgränsade vård-lagsområden med sammanlagt 5 100 invånare. Författarna var ordinarie distriktsläkare i dessa områden. Undersökningen pågick under 9 mån (sept -85 - juni -86). Med utgångspunkt från patientens kontaktorsak användes följande **inklusionskriterier**.

1. Ålder över 15 år
2. En eller flera av nedan kontaktorsaker:
 - a) övre luftvägsinfektion under mer än 1 vecka + varig snuva/nästäppa
 - b) övre luftvägsinfektion under mer än 2 veckor + hosta
 - c) övre luftvägsinfektion under mer än 2 veckor + heshet
 - d) övre luftvägsinfektion + käk-, pann-, eller ansiktsvärk

De patienter som vid undersökningen misstänktes ha en frontalsinuit exkluderades. Totalt inkluderades 107 patienter (32 män och 75 kvinnor) med medelåldern 37 år (15 - 85 år) i undersökningen. Varje patient tillfrågades om han/hon tidigare haft sinuit (-er) som föranlett antibiotikabehandling eller spolning. Samtidigt efterfrågades om sinuitdiagnosen grundats på röntgen, ULD, spolningsresultat eller enbart klinisk bedömning.

Kontrollmaterial

Övriga 3 vårdcentraler i samma sjukvårdsdistrikt användes som oberoende kontroller för jämförelse av diagnosfrekvenser. Från var och en av de 3 vårdcentralerna utvaldes även 50 åldersmatchade patienter med diagnosen akut sinuit som kontroller vid jämförelse av antibiotikaanvändandet. Gemensamt för kontrollmaterialet var att möjlighet till ULD saknades och att diagnosen sinuit nästan undantagslöst grundats på enbart klinisk bedömning.

Nu även 5 mg

Enda lågdos-tabletten av oxazepam.

SOBRIL

SOBRIL® oxazepam

BEPRÖVAT ANXIOLYTIKUM
MED SPÄNNINGSLÖSANDE
OCH OROSDÄMPANDE
EGENSKAPER

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

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

För fullständig information se FASS.

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

KABI
Pharma

Tel. 08-7054000

Metod

Ingångsundersökning

Vid första besöket utfördes i tur och ordning följande:

1. **Klinisk bedömning:** Patienten undersöktes med konventionellt kliniskt status. Förekomst av svullna nässlemhinnor, varigt nässektret eller ömhet över maxillar-, frontalsinus noterades. Efter att patientens anamnes och subjektiva besvär sammanvägts med kliniskt status, bedömdes om *klinisk misstanke* på maxillarsinuit förelåg eller ej. Här följde vi således vår tidigare invanda praxis för bedömning av sinuseffekten. (I detta låg dock ingen värdering av lämplig behandling).
2. **ULD:** Först sedan den kliniska bedömningen var gjord undersöktes patienten med ultraljud (UL) (Sinuson 810). Både maxillar- och frontalsinus undersöktes. För att undvika "falsa" ekon över maxillarsinus valdes fossa canina som referenspunkt. Denna motsvarar i frontalplanet ungefärligen maxillarsinus "botten". Patologiska ekon som ej kunde reproduceras vid denna mät punkt bedömdes i regel som falska. Själva ULD tog ca 2–5 min. Patienter med patologiska ekon över frontalsinus exkluderades.
Kriterierna vid bedömning av ULD var följande:
Normalt undersökningsresultat:
– Luft – slemhinneekot < 2 cm från transducerpuls
Patologiskt undersökningsresultat:
– Luft – slemhinneekot 2–3 cm från transducerpuls (tolkades som signifikant slemhinnesvullnad)
– Bakväggseko 4–6 cm från transducerpuls och med minimum 1,5 cm föregående ekofritt intervall (tolkades som vätska i sinus)
– Dubbeleko med 2 skilda "toppar" 4–6 cm från transducerpuls (tolkades som cysta eller polyp i sinus)
3. **Behandling:** Gångse behandlingsprinciper tillämpades, men vi försökte inta en mer restriktiv "antibiotikapolicy" än vi tidigare praktiserat. Förstahandsmedlet var således slemhinneavsvällande i form av näsdroppar eller -spray (Nezeril eller Iliadin), och peroral mediciner (Rinexin). Pat uppmanades sedan att avvakta effekten av den slemhinneavsvällande behandlingen under 3 dagar eller längre. Om utebliven förbättring, eller försämring, ordinerades antibiotika efter telefonkontakt. Vid kliniskt mera uttalade besvär, och då framför allt när föregående slemhinneavsvällande behandling ej haft effekt, insattes antibiotika (v-penicillin 1,6 g × 2 under 10 dagar) redan vid första besöket. Detta gällde oavsett utfallet av ULD.

Uppföljning

Uppföljning skedde efter 1 mån. Patienter utan klinisk sinuitmisstanke och med normalt UL (grupp III, tabell III) tillfrågades per telefon om deras infektion läkt utan annan behandling än ev slemhinneavsvällning. Vi valde detta tillvägagångssätt pga svårigheter att motivera dessa patienter till kontrollundersökning. Samtliga övriga patienter kontrollerades helt likartat genom en ny undersökning med i tur och ordning:

1. **Subjektiv bedömning:** Vid uppföljning fick patienten först besvara ett frågeformulär och där ange om han/hon kände sig: 1. Besvärfri, 2. Förbättrad och tillfreds, 3. Förbättrad men ej tillfreds, 4. Ej förbättrad alternativt försämrad. Svartalternativen 1 och 2 bedömdes som *subjektivt friska* medan alternativen 3 och 4 bedömdes som *subjektivt ej friska*.
2. **Kliniskt status + ULD:** Efter patientens självskattning togs ånyo ett konventionellt kliniskt status, som omedelbart följdes av ULD. Helt oberoende av hur patienten grupperats och behandlats vid första besöket, gjordes en ny gruppindelning av samtliga patienter utifrån den subjektiva skattningen och resultatet av ULD vid kontrollundersökningen (tabell II). Detta för att så långt som möjligt följa gängse praxis och för att få en optimal patientmedverkan. Patienter i grupp A – subjektivt friska och med normalt UL – friskförklarades således och undersöktes ej ytterligare. Samtliga övriga patienter kontrollerades dock med sinusröntgen samma eller nästföljande dag. Vid patologisk sinusröntgen (kriterier enligt nedan) eller ULD (kriterier enligt ovan) käkspolades patienten också samma dag.

3. **Sinusröntgen:** Denna undersökning utfördes på röntgenavdelningen vid Orupssjukhuset på 2,5 mils avstånd från vårdcentralen. 3 standardprojektioner användes: semiaxial, occipitofrontal och lateral strålrättning. Vid bedömning av sinusröntgen användes följande *kriterier*:

Normalt undersökningsresultat:

Luftförande käkhålor med slemhinnesvullnad under 6 mm.

Patologiskt undersökningsresultat: Slemhinnesvullnad över 6 mm och/eller förekomst av vätska.

4. **Käkspolning:** Efter lokal anestesering (tetracain-adrenalin) punkterades käkhålan via meatus inferior med en 1,4×80 mm punktionsnål (Mediaplast). Käkhålan spolades med steril, isoton NaCl. Såväl mucöst, mucopurulent som purulent sekret bedömdes som patologiskt.

Resultat

Första besöket: Totalt 107 patienter inkluderades i undersökningen. 5 patienter med UL-diagnostiserad frontalsinuit exkluderades. Anamnestiskt framkom att 51% av patienterna tidigare haft sinuit (-er), som föranlett antibiotikabehandling eller i undantagsfall käkspolning. Diagnosen sinuit hade i 53% av fallen ställts enbart genom klinisk bedömning. I övriga fall hade sinusröntgen, käkspolning eller UL använts vid diagnostiken.

Tabell I visar fördelningen av patienter efter det diagnostiska utfallet. Här framgår att 57% (61/107) av samtliga inkluderade patienter kliniskt diagnostiserades som maxillarsinuit (uni- eller bilateral). ULD gav patologiskt utfall i 49% (52/107) och samtidigt noterades att ULD avvek från den kliniska bedömningen i 31% av fallen (33/107). En restriktiv "antibiotikapolicy" tillämpades och totalt 27%

Tabell I.

Första undersökningen. Resultatet av klinisk bedömning jämfört med ULD. Patienterna redovisas efter det diagnostiska utfallet. (Grupp a, b och d = 74 pat vidare till uppföljning efter en månad – tabell II).

		ULD		
		Normal	Patologisk	
Klinisk bedömning	Misstänkt sinuit	a 21	b 40	61
	Ej misstänkt sinuit	c 34	d 12	46
Sa pat		55	52	107

Tabell II.

Uppföljning efter en månad. Fördelningen av kontrollundersökta patienter i olika grupper utifrån resultatet av självskattning och ULD. Subjektivt friska patienter med normal ULD friskförklarades. Övriga patienter genomgick sinusröntgen och om denna undersökning eller ULD gav patologiskt resultat genomfördes även käkspolning.

Subjektiv bedömning	Frisk		Ej frisk		Pat akt för uppföljning
	Normal	Patol	Normal	Patol	
ULD	A	B	C	D	
Kontrollgrupp					
Antal pat	37	5	10	15	74

av de ingående patienterna erhöll antibiotika. Som framgår av tabell III behandlades patienter med kliniskt diagnostiserad ("misstänkt") sinuit i 39% med antibiotika. I en jämförbar kontrollgrupp med 150 åldersmatchade patienter med likaledes kliniskt diagnostiserade sinuiter antibiotikabehandlades 97%.

Uppföljning: Vid kontroll efter en månad hade 7 patienter bortfallit och vid uppföljning med sinusröntgen och käkspolning bortföll ytterligare 4. Det totala bortfallet i undersökningen var 10%. Av tabell II framgår hur patienterna fördelades – oavsett bedömningen vid första besöket – i olika grupper efter kontrollundersökning med självskattning och ULD. Av patienterna friskförklarades 55% (37/67) utifrån subjektivt välbefinnande och normal ULD (grupp A), men i denna grupp kan förstås "falskt friska" patienter förekomma. *Anmärkningsvärt många patienter – 30% (20/67) – hade patologiskt UL vid uppföljning.*

Av de patienter som vid första besöket kliniskt misstänktes ha en sinuit, men där UL var normalt (*ingångsgrupp I*; tabell III) ansåg sig 4 ha kvarstående besvär efter 1 mån. Dessa 4 patienter hade dock normalt UL vid uppföljning medan däremot en annan patient – subjektivt frisk – hade patologiskt UL. Hos dessa 5 patienter visade röntgen i 2 fall patologiskt fynd medan käkspolning gav normalt resultat i samtliga fall.

Patienter i *ingångsgrupp III* telefonkontaktades. I två fall hade antibiotika insatts pga långdragen hosta och dessa patienter kände sig friska efter 1 mån. Samtliga övriga patienter uppgav sig ha blivit friska utan annan behandling än ev slemhinneavsvällande medel.

Av patienter som ej misstänktes ha sinuit men där UL var patologiskt (*ingångsgrupp IV*) erhöll 3 antibiotika. Behandlingen insattes i samtliga fall sedan patienten telefonkontaktat efter 4–5 dagar pga kliniskt förvärrade besvär. Vid uppföljning av de 12 patienterna i denna grupp påvisades patologiskt sinussekret vid spolning i 2 fall.

Patienter med kliniskt misstänkt sinuit och patologiskt UL vid första ingångsbesöket (*ingångsgrupp II*) redovisas separat i tabell V. Av de 23 patienter med kliniskt mera uttalade besvär som behandlades med antibiotika, fick 39% detta insatt redan vid första besöket, 13% efter telefonkontakt 1–3 dagar senare och 48% efter kontakt 4–10 dagar senare. Vid uppföljning sågs ingen tendens till att de patienter som erhållit antibiotika upplevde sig som friskare än de, som enbart behandlats med slemhinneavsvällande medel. Patienternas självskattning korrelerade väl med ULD och sinusröntgen. Med avseende på förekomst av mucöst, mucopurulent eller purulent sekret vid spolning sågs ingen skillnad mellan patienter som fått anti-

Tabell III. Patientgruppering efter utfallet av klinisk bedömning och ULD vid första undersökningen. Andelen antibiotikabehandlade patienter och resultatet av självskattning hos de patienter som uppföljdes efter 1 månad. Patienter i grupp III telefonintervjuade, övriga kontrollundersökta.

Klinisk bedömning vid 1:a us ULD vid 1:a us Ingångsgrupp	Misstänkt sinuit (61)		Ej misstänkt sinuit (46)	
	Normal I	Patol II	Normal III	Patol IV
Andel antibiotikabehandlade pat	5% [1/21]	58% [23/40]	6% [2/34]	25% [3/12]
Andel subjektivt friska pat vid uppföljning	76% [13/17]	60% [23/38]	100% [33/33]	58% [7/12]

Tabell IV. ULD – sinusröntgen – käkspolning. En jämförelse i en selekterad patientgrupp (här ingår de patienter som uppföljdes enligt tabell II samt ytterligare några).

- ULD jämfört med sinusröntgen**
88% överensstämmelse: Patologisk ULD = Patologisk sinusröntgen i 30/34 käkhålor.
90% överensstämmelse: Normal ULD = Normal sinusröntgen i 26/29 käkhålor.
- ULD jämfört med käkspolning**
81% överensstämmelse: I 25/31 käkhålor motsvarade resultatet av spolning fyndet vid ULD.
- Sinusröntgen jämfört med käkspolning**
71% överensstämmelse: I 20/28 käkhålor motsvarade resultatet av spolning fyndet vid sinusröntgen.

Tabell V. Slemhinneavsvällande behandling med eller utan tillägg av antibiotika. Resultatet vid uppföljning efter en månad av patienter med kliniskt misstänkt sinuit och patologisk ULD vid ingångsundersökning (grupp II). Observeras bör att käkspolning endast utförts i de fall ULD eller sinusröntgen visat patologiskt fynd vid kontroll.

Antal pat	Behandling	
	Antibiotika 23	Ej antibiotika 15
Subjektivt sjuka	43%	33%
Patologisk ULD	43%	27%
Patologisk sinusröntgen	48%	29%
Patologisk sinussekret	14%	13%

biotika eller enbart slemhinneavsvällande behandling.

ULD jämfört med sinusröntgen och käkspolning

I en begränsad del av vårt patientmaterial jämfördes utfallet av ULD, sinusröntgen och käkspolning (tabell IV). I detta material fann vi en god överensstämmelse mellan röntgen och ULD. I det selekterade material där käkspolning jämfördes med ULD och sinusröntgen fann vi 81 resp 71% överensstämmelse.

Frekvens sinuiter

I tabell VI ses en jämförelse av frekvensen UL – diagnostiserade sinuiter i det undersökta upptagningsområdet med frekvensen av sinuiter (kliniskt diagnostiserade) i kontrollområdet. Detta utgjordes av de 3 övriga vårdcentralerna i sjukvårdsdistriktet.

Intressantast här är antalet sinuiter i förhållande till andra övre luftvägsrelaterade sjukdomar som kan utgöra tänkbara differentialdiagnoser. Detta förhållande ger ju en upplysning om ULD möjligen förändrar diagnosmönstret. Av de 7 på förhand valda

differentialdiagnoserna utgör diagnosen öli den helt dominerande och följs i tur och ordning av diagnoserna bronkit, viros och hosta. Tabell VI visar att av samtliga övre luftvägsrelaterade sjukdomar är andelen sinuiter något lägre (12,7%) i det egna materialet jämfört med kontroll (14,2%), men denna skillnad kan vara slumpartad. På samma sätt ses en lägre incidens sinuiter per 1000 invånare i det egna upptagningsområdet. Här noterades förhållandevis fler övre luftvägsrelaterade åkommor än i kontrollområdet. Trots detta är andelen sinuitdiagnoser av det totala antalet patientbesök likartad – ca 1,5% – i de bägge jämförda områdena.

Diskussion

När diagnosen maxillarsinuit ställs enbart genom en klinisk bedömning anges sannolikheten för en korrekt diagnos vara i storleksordningen 50–70% (2, 3).

I flera undersökningar har man funnit att ultraljuds tillförlitlighet är omkring 90% (7–9). Det har då gällt säkerheten vid påvisande av sekret i maxillarsinus. I vår undersökning har

DIURETIKA ALTERNATIVET TILL TIAZIDER

LASIX RETARD®

Ur FASS

"Lasix Retard är dessutom lämpligt vid behandling av lätt till medelsvår hypertoni, särskilt där tiazider anses mindre lämpliga, tex vid nedsatt njurfunktion eller diabetes".

Lasix Retard® (Furosemid)

Depotkapslar 30 mg och 60 mg
Förpackningar 30 st, 100 st och 250 st

Hoechst 

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

Tabell VI. Frekvensen av sinuiter. En jämförelse av sinuitdiagnoser i det egna patientområdet och ett kontrollområde, som utgjordes av övriga tre vårdcentraler i sjukvårdsdistriktet. Övre luftvägsrelaterade sjukdomar inkluderar sinuiter och 7 tänkbara differenttialdiagnoser av vilka ÖLI är den helt dominerande. Frekvensstudien täcker tiden för denna undersökning (850915–860615).

	Egna upptagnings- området	Kontrollområdet
Invånarantal	5 096	38 850
Antal pat med sinuit totalt	53	521
Antal pat med sinuit/1 000 inv	10,4	13,4
Pat-besök totalt	3 552	33 943
Andel sinuiter	1,5%	1,5%
Andel sinuiter av övre luft- vägsrelaterade sjukdomar	12,7%	14,2%

vi utgått från allmänläkarens situation som nödvändiggör ett pragmatiskt synsätt. Vi har således valt att studera förmågan hos ULD att skilja den "friska" käkhålan från den "sjuka" och då jämfört med sinusröntgen som för allmänläkaren är ett diagnostiskt alternativ. Dessa två metoder gav överensstämmande resultat i ungefär 90%. Det bör dock påpekas att jämförelsen har gjorts i ett selekterat patientmaterial och "sensitiviteten" kan ha överskattats. Överensstämmelsen mellan vår kliniska bedömning och ULD var ca 70%.

En avgörande fråga är om ULD leder till en mer adekvat handläggning. Efter klinisk bedömning antogs att 43% av patienterna i undersökningen ej hade något sinuit. Utifrån ett normalt UL-resultat "frikändes" 51% av patienterna från misstanke på maxillarsinuit. Att detta var diagnostiskt adekvat framgick av uppföljningen, som visade att samtliga vid ULD "frikända" patienter kunde bedömas som friska vid kontroll efter 1 månad.

I undersökningen skilde sig vår kliniska bedömning av ev maxillarsinuit från resultatet av ULD i ungefär ett fall av tre. Det har i diskussionen kring värdet av ULD på vårdcentraler indirekt antytts att en ökning av antalet diagnostiserade sinuiter riskeras (10). Vi fann emellertid ingen sådan tendens. ULD "frikände" 21 av 61 kliniskt misstänkta sinuiter och "nyupp-täckte" sinuiter i 12 fall av 46 där klinisk misstanke på sjukdom saknades. Denna iakttagelse stöds av jämförelsen med ett stort kontrollmaterial från andra vårdcentraler. Med patologiskt UL-resultat som diagnoskriterium, noterade vi också en tendens till färre sinuiter än i ett kontrollområde, där uteslutande klinisk diagnostik tillämpades.

En målsättning var att försöka minska användandet av antibiotika vid övre luftvägsrelaterade sjukdomar och då inte minst vid misstänkta sinuiter. Här har vi använt ULD för påvisande av sinussekret som indikator för "sjuk" käkhåla. Vid behandlingsvalet – antibiotika eller ej – är dock frågan om purulent sinussekret föreligger av avgörande betydelse. Här ger ULD ingen information, utan den kliniska

värderingen blir bestämmande (4). I denna undersökning har den kliniska bedömningen av den enskilda patientens sjukdomsbild varit utslagsgivande vid antibiotikabehandling. I vår terapi har vi följt gängse allmänpraxis och använt tidsfaktorn såtillvida att patienterna telefonkontaktade vid utebliven förbättring. I flertalet fall har antibiotika således insatts då patienten ej förbättrats efter några dagars slemhinneavsvällande behandling.

Tyvärr tycks många läkare utgå ifrån att varje diagnostiserad sinuit kräver antibiotikaterapi. Detta beror rimligtvis på att man vid behandling ej försöker särskilja vad som kan vara purulent eller icke purulent sinuit. I vårt kontrollmaterial fann vi tex att 97% av patienterna med kliniskt diagnostiserade sinuiter – likvärdigt med vad vi kallar kliniskt misstänkt sinuit – behandlades med antibiotika. Jämfört härmed har vi använt betydligt mindre antibiotika. Av patienter med kliniskt misstänkt sinuit kunde cirka 1/3 "frikännas" med hjälp av ULD och genom en medvetet restriktiv förskrivning behandlades endast drygt hälften av de övriga patienterna. Således antibiotikabehandlade vi här bara cirka 40% av patienter med kliniskt misstänkt sinuit.

Vid uppföljning efter en månad fann vi ingen tendens till att de patienter, som behandlats med antibiotika, var friskare än de som enbart använt slemhinneavsvällande medel. Detta har rimligen sin förklaring i att den grupp av patienter som erhöll antibiotika kliniskt hade bedömts riktigt, såtillvida att de verkligen hade en besvärligare form av sinuit och också ett långsammare läkningsförlopp. Som en följd härav kvarstod efter en månad en liten mängd sinussekret (troligen seröst) som kunde registreras vid ULD men ej identifieras vid spolning. Det är ändå anmärkningsvärt att den givna antibiotikabehandlingen ej markant har förbättrat läkningen. En tänkbar förklaring kunde vara att hälften av patienterna fick antibiotika insatt först 4–10 dagar efter första undersökning. Vi fann dock ingen skillnad i utläkning mellan de patienter som fick antibiotika tidigt eller sent insatt. En annan möjlighet är att anti-

biotikaterapi i en del fall var otillräcklig och att samtidig dränagebehandling skulle ha påskyndat läkningsförloppet.

Vid användande av ULD i samband med kontroll efter en månad tydliggjordes en av metodens nackdelar. Med ULD påvisades relativt ofta sinussekret, som av allt att döma saknade klinisk relevans. Sannolikt utgjordes detta sekret i många fall av små mängder seröst transudat som delfenomen i sinuitens läkningsprocess. Detta belyser ultraljuddiagnostikens begränsning. Den lämnar information om förekomst av sinussekret, men ej om den patologiska betydelsen härav. Erfarenheten av denna undersökning har gjort oss mer uppmärksamma på betydelsen av den kliniska värderingen. En fortsatt målsättning är därför att kliniskt bättre kunna skilja de – troligen fåtaliga – purulenta sinuiter, där antibiotika och ev dränagebehandling är indicerad, från övriga där slemhinneavsvällande terapi är tillräcklig. Med ULD upplever vi dock en nyvunnen säkerhet i handläggningen av den enskilda patienten.

Referenser

1. Härnqvist M, Lindholm B. Öppen sjukvård i Göteborg, 1969. SPRI-projekt 1/72, 1972.
2. Axelsson A, Runze U. Symptoms and signs of acute maxillary sinusitis, ORL 1976; 38:298–308.
3. Berg O, Carenfelt C. Analysis of symptoms and clinical signs in the maxillary sinus empyema. Acta Otolaryngol (Stockh) 1988; 105:343–9.
4. Berg O, Carenfelt C. Etiological diagnosis in sinusitis: Ultrasonography as clinical complement. Laryngoscope 1985; 95:851–3.
5. Mann W, Jonas I. Untersuchungen zur spontanheilung der sinusitis maxillaris. HNO 1981; 29:92–4.
6. Bratland SZ. Ultralydundersökelse av nesens bihuler i almenpraxis. Tidskr Nor Lægeforen 1985; 105:1951–3.
7. Mann W, Beck C, Apostolidis T. Liability of ultrasound in maxillary sinus disease. Arch Otorhinolaryngol 1977; 215:67–74.
8. Revonta M. Ultrasound in the diagnosis of maxillary and frontal sinusitis. Acta Otolaryngol (Suppl) 1980; 370:26–28.
9. Jannert M, Andreasson L, Holmer N-G, Lörinc P.A. Comparison between different ultrasonic display techniques, radiography and invasive control for different disorders of the paranasal sinuses. Acta Otolaryngol (Suppl) 1982; 389:29–52.
10. Carenfelt C, Hovelius B, Änggård A. Sinuitdiagnostik i primärvården: Ultraljud varken medicinskt eller ekonomiskt försvarbart. Läkartidningen 1986; 42:3486.

Författarpresentation

Bo Bjerre,* tidigare distriktsöverläkare, Käråkra Vårdcentral, Eslöv
Pontus Block, Käråkra Vårdcentral, Eslöv distriktsöverläkare

* Postadress: Falu Företagshälsövärdcentral AB, Åsgatan 25, 791 71 FALUN

FV-klubben i Norra Älvsborg

JERKER LÖFGREN

FV-klubben är ett uppskattat forum för blivande allmänläkare i Norra Älvsborgs landstingsområde. Vi träffas två gånger per år sedan 1986. Syftet är dels att öka sammanhållningen och stärka vi-känslan, dels att utbyta information mellan FV-läkarna och lokal primärvård. Träffarna ger också ett medicinskt kunskapsmässigt utbyte i ämnen som känns matnyttiga och som vi själva väljer ut.

Nyckelord: Allmänläkare, medicinsk utbildning, Älvsborg

Vi är fem handledare i Norra Älvsborgs landstingsområde som tillsammans med läkemedelsföretagen Kabi och Leo anordnar träffar för blivande allmänläkare. Vi har cirka 30 pågående block. Vi startade 1986 och anordnar i oktober -89 den åttonde sammankomsten. FV-klubben träffas vår och höst vanligen en torsdag under strikt arbetstid 8-17. Det senare för att inte inkräkta på dyrbar fritid men även för att vi vill understryka träffarnas vikt för FV-tjänstgöringen för respektive FV-läkare och också för schemaläggare och annan berörd personal. Det är för övrigt mycket viktigt att varsko respektive kliniks schemaläggare i mycket god tid, gärna 3-6 månader i förväg. Allmänläkar-FV är ju ryggraden i framför allt intermedicinska klinikernas jourssystem. Vi har inte haft något fall där man från klinikerna nekat en FV-läkare att delta i våra träffar. Vi har varit noga med att per brev informera om klubbens existens och vikt för oss.

Vi har valt att träffas på olika platser i länet. Därigenom har vi kunnat presentera vårt landskap, samtidigt som vi kunnat visa våra fina men mer perifert belägna och svårbesatta vårdcentraler. Vid flera tillfällen har vi "bussats" från centralorterna Trollhättan och Vänersborg.

Dagen har uppdelats i en facklig och en vetenskaplig halva. Förmiddagarna har ägnats åt frågor som berör FV-läkarens arbetsförhållanden och utbildning. En stående punkt är inventering av lediga tjänster i nuläget och i framtiden. Vi har genom enkäter och diskussioner försökt hålla oss underbyggda om handledningen inom slutet och öppen vård. Vi har fört fram positiva och tyvärr för det mesta negativa synpunkter till kliniker och vårdcen-

traler. Vi planerar att upprepa proceduren efter något år. En annan frukt av vårt arbete är att vi delat upp FV-blockens primärvårdstjänstgöring i 3 delar för att bibehålla allmänläkarkänslan. Administrationen ändrade med berömvärd snabbhet redan pågående block.

Tid efter annan dyker det upp oroande utredningar såsom FRAMÅT eller sådana som förordar bromsning av primärvårdssatsningen. För det mesta har vi efter analys och diskussioner kunnat komma till optimistiska slutsatser. Andan är rättfram och frimodig i den hanterliga gruppen på 35 personer, som efter några gånger lärt känna varann tämligen väl.

FV-klubbens eftermiddagar har hållits i vetenskapens tecken. Med hjälp av läkemedelsföretagen, som ju har breda kontaktytor, har vi lyckats få tag på bra och primärvårdspositiva föreläsare. Vi har kunnat belysa och utbyta erfarenheter i ämnen, som vi själva valt ut. Vi har medvetet avhållit oss från ämnen, där farmakoterapi dominerar. Sådana är ju tyvärr alltför vanliga i utbudet. Jag tänker på hypertoni, angina, diabetes osv. Sålunda har vi avhandlat: hud- och infektionsdiagnostik och behandling, åldrande ur teoretisk-vetenskaplig synvinkel och äldre vård ur praktisk synvinkel, åldringspsykiatri och panikattacker, FoU-verksamhet exemplifierad av Skepplandaprojektet som är en kartläggning av och intervention mot kolesterolförhöjning i en bygd. En progressiv företagshälsovård på Volvo-Flygmotor har i teori och praktik visat på sina svårigheter och möjligheter. Vid ett av våra möten visade en privatpraktiserande ortoped, vad en engagerad doktor kan betyda för framgångsrikt smärtomhändertagande. Han visade också, att man med små resurser kunde ge en effektiv och efterfrågad sjukvård. Framgången sitter nödvändigtvis inte i stora och blänkande lokaler, som många tycks tro. I oktober -89 belyses en alltför vanlig och ofruktbar vandring för en till slut kronisk smärtpatient. Rollspelet heter "Smärta - sjukroll". I framtiden kan jag tänka mig att behandla ämnet Arbetsoförmåga ur ett mycket brett perspektiv - vår kunskap runt sjukskrivningen, rehabiliteringen och pensioneringen är alltför dålig. Kanske kan vi nosa på det enorma problemet med alkoholmissbruk. Uppslag saknas inte.

FV-klubbens träffar uppges vara mycket uppskattade och anslutningen är närmast mangrann. Lite blåslampa behövs de sista anmälningsdagarna för

de glömska. Informativa brev behövs till de nytillkomna. Kanske bidrar vår klubb till, att vi har mycket få avhopp från påbörjade allmänläkarblock. Den ökar uppenbarligen samhörighetskänslan och är en ventil för eventuellt missnöje. Den visar än en gång på vilken nytta vi kan ha av ett gott och seriöst samarbete mellan primärvård och läkemedelsindustri. Kabi och Leo har alltså initierat verksamheten men har ändå varit mycket lyhörda och givit oss fria händer i FV-klubbens innehåll och uppläggning. Som ett ytterligare exempel på deras intresse är den stipendiesumma på 15.000:- årligen som man from 1989 utfäst till den eller de handledare som visar extra intresse eller kunskap. Sådana morötter uppskattas verkligen.

Kanske är det tidstypiskt att initiativet för denna FV-handledning kommer från privatindustrin. Som handledare skulle man vilja ha ett ökat engagemang från enskilda doktorer och kliniker/vårdcentraler. Vad gör de allmänmedicinska institutionerna i dessa frågor? Snart står en ny specialistutbildning för dörren och kräver handledning som är värd namnet. Man har en känsla av att andra trender har högre prioritet såsom FoU (även på FV-nivå. Sic!), organisationsförsök med vårdlag, datorisering och så vidare. Inget ont i dessa fenomen i sig men de får inte ta musten ur oss. Vi måste komma ifrån en uråldrig trial- and errortradition till en som är meningsfullare. Genom handledning blir vi alla duktigare och det är genom duktiga och välfungerande doktorer primärvården kommer att få den tyngd den förtjänar.

Författarpresentation

Jerker Löfgren

Postadress: Torpa vårdcentral, 462 55 Vänersborg

Plendil®

Felodipin

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

ger inga

Plendil är en kärlselektiv Ca-antagonist som inte påverkar hjärtats kontraktionskraft eller AV-överledning. Den lämpar sig väl både i kombination med blockerare och som monoterapi.

smygande

Plendil är lämplig terapi vid samtidigt komplicerande sjukdomar som diabetes, artersvikt eller angina pectoris. Biverkningarna är direkt relaterade till den kärldigande verkningsmekanismen (se FASS).

bieffekter.

Den blodtryckssänkande effekten har visat sig vara bättre än med andra tilläggsmedel, t ex tiaziddiuretika. Starta alltid behandlingen med 5 mg.

Plendil 
Depottabletter 5 mg och 10 mg

PIVAMPICILLIN

PIVMECILLINAM

pivampicillin + pivmecillinam

Penicillinkombinationen med synergistisk effekt

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

Miraxid® — när effekt och tolerans får avgöra preparatvalet.

Miraxid: pivampicillin + pivmecillinam

Grupp 7B 4020

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

Indikationer: Infektioner orsakade av mikroor-

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

Kontraindikationer: Överkänslighet mot penicilliner och cefalosporiner.

Förpackningar: Miraxid, Miraxid mite 30, 100 st.

