

ALLMÄN MEDICIN

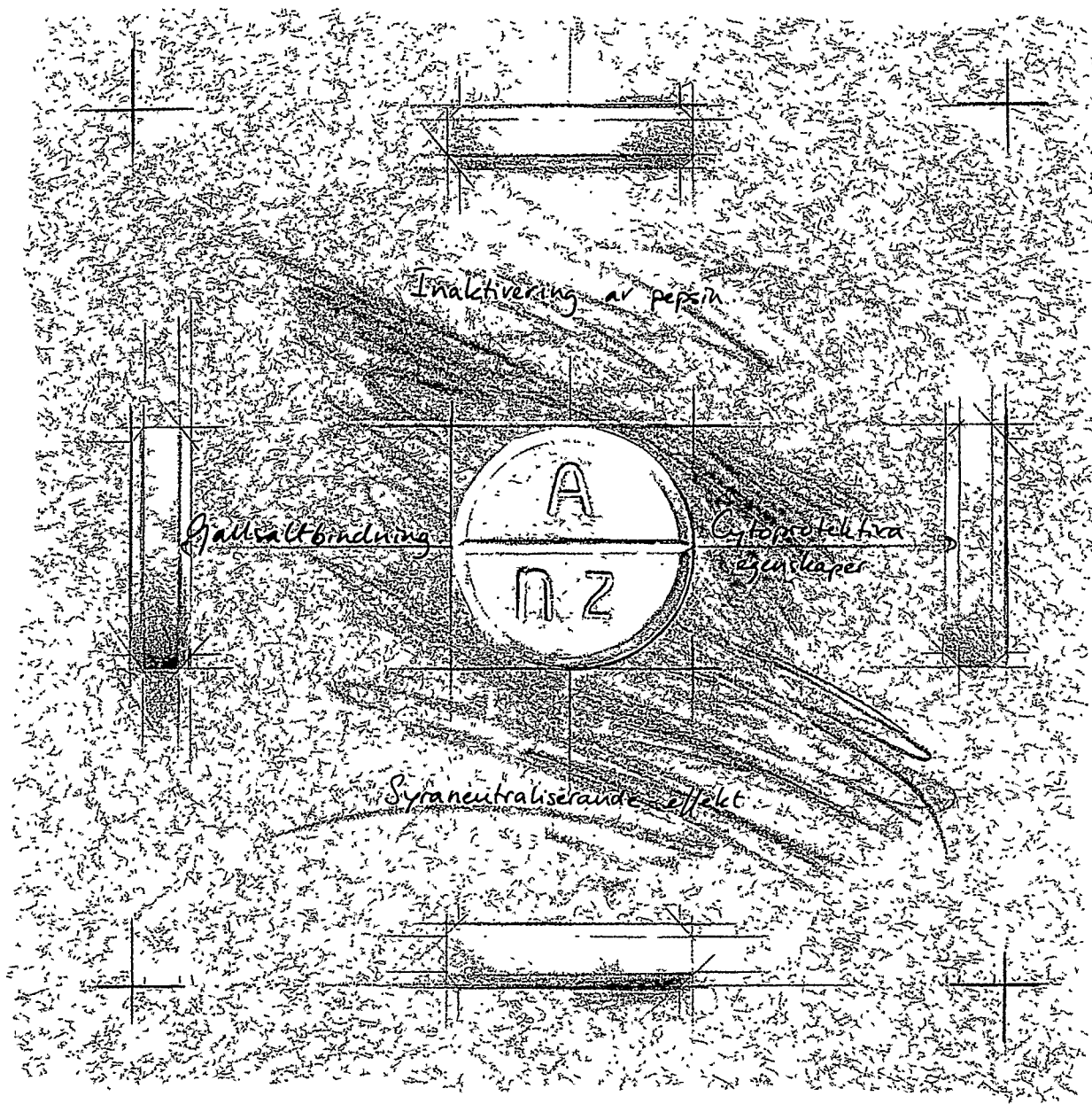
Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Om kvinnor

2
1991

av kvinnor



Novaluzid® Mint.

En mångsidig klassiker vid "ont i magen".

Vid "ont i magen" kan det finnas olika etiologiska faktorer. Då kan det vara bra att ha en mångsidig klassiker som Novaluzid® till hands. Novaluzid® angriper nämligen flera av faktorerna genom sin:

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

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

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

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1991. 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* 1991.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
3/91	11/3-91	20
4/91	3/6-91	37
5/91	12/8-91	42
6/91	16/9-91	47

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

Prenumerationsavgift:

405 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, 1991

ISSN 0281-3513

Kalendariet

43

Ledare

Kvinnor och forskning
Birgitta Hovelius

44

Nytt från SFAM

Den nya specialistutbildningen med målbeskrivning
Mats Ribacke

45

Målbeskrivning för specialistutbildning i allmänmedicin

47

Kurser & konferenser:

WONCA-konferensen, Barcelona, Spanien 10-14 december 1990
Maria Öreberg, Göran G Jonsson, Kjeld West

48

Debatt - kommentar

Rudebeck CE. Kolesterollet som folkrörelse
Mai-Lis Hellénus

51

Sjönell G. Från vårdcentral till kvarterssakut
Nils-Axel Bennedich

51

Replik
Göran Sjönell

53

Doktorsavhandlingar från primärvården

Cardiovascular Diseases in Seven Counties of Sweden
- Regional Differences and Risk Factors
Christina Nerbrand

56

Exagium Vermlandicum Novum "Disputabulum" - Opponent Collegii
Mats Bergström, Ingvar Münnich

57

Cecilia Björkelund - The Strömstad Survey. A model for prevention of cerebrovascular and cardiovascular disease in women within the primary health care organization
Jacob Wennberg

58

... och doktorn kom - Del 2

En kvinnlig provinsialläkare bläddrar i minnenas bok
Märta Palmberg

61



Apoteksbolaget

63-66

Varför lever kvinnor längre än män - trots högre sjuklighet?
Anne Hammarström

67

Ensamstående mödrar har ökad risk för ohälsa
Annika Forssén, Urban Janlert

71

Att arbeta och må bra - en kulturfråga?
Monica Löfvander

76

Min utveckling till ortopedmedicinare - från NLV-kurs via hobby till yrke
Ullacarin Wreje

82

Kvinnoanamnes - en möjlighet att synliggöra kvinnors totala arbetssituation?
Ingalill Morén-Hybbinette

84

Recensioner

Johannisson K. Medicinens öga
Christer Petersson

87

McPherson A (ed). Women's problems in general practice.
Christina Nerbrand

87

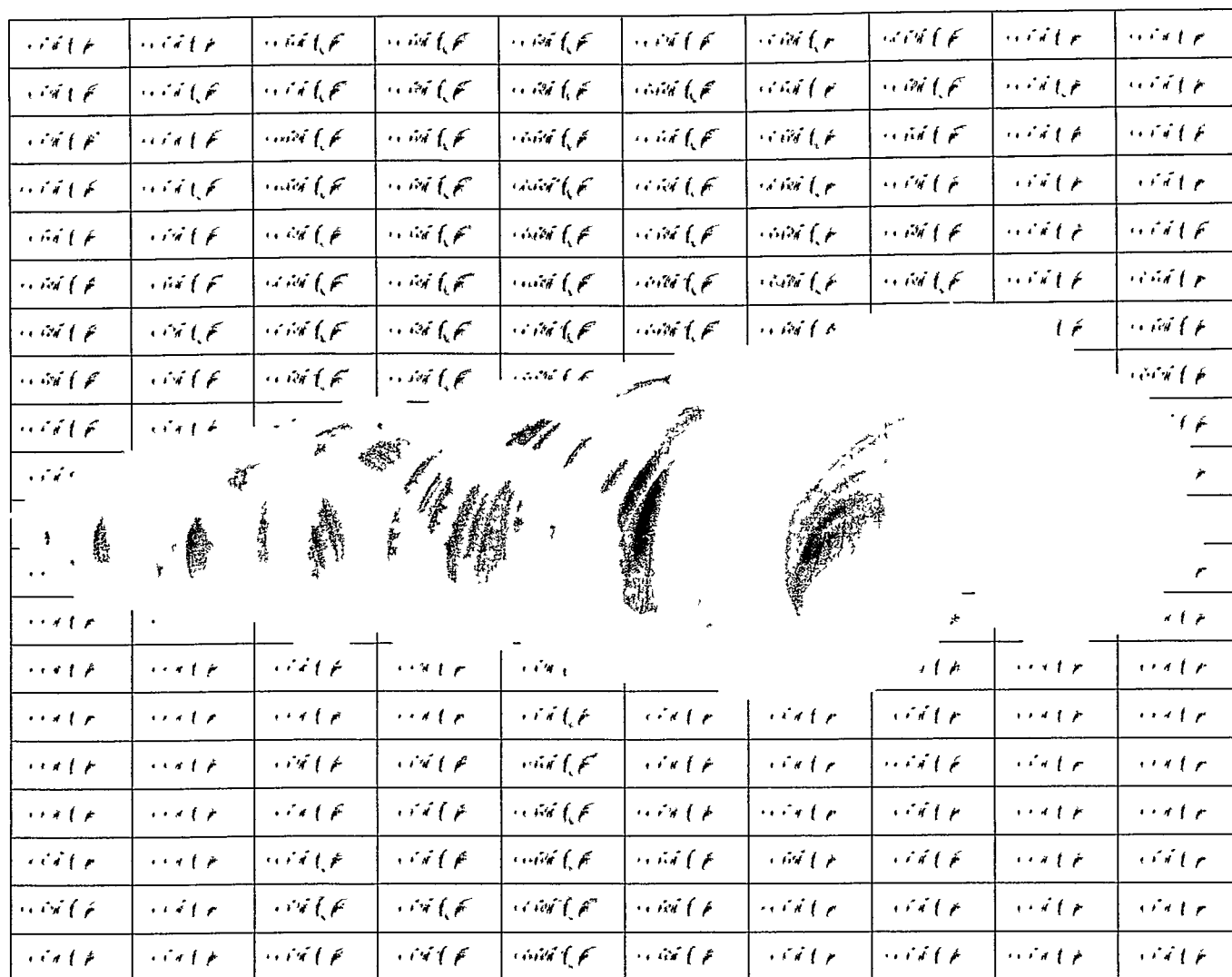
Idrætsmedicin for almen praksis
Bengt Nordling

88

Collste LG. Urologi.
Christer Petersson

88

Exakt



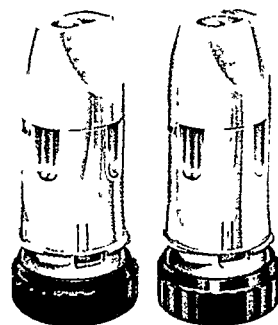
200 doser med exakt samma mängd. Varje gång patienten andas in den.

En kontrollerad partikelstorlek ger ett moln av läkemedel som sprider sig i luftvägarna.

Det är iden bakom Turbuhaler®. Den finns både som Bricanyl® och Pulmicort®.

Utan drivgas, bärarsubstanser eller smakämnen som kan irritera slemhinnorna. Som en majoritet av läkare och patienter vill ha det.

Exakt så.



TURBUHALER®

Bricanyl Turbuhaler – bronkdilaterande (terbutalin)
Pulmicort Turbuhaler – inhalationssteroid (budesonid)

Se sid 81 – Nytt om SFAMs lokalkontakter-
soner

1991

APRIL

□ **15–17 april.** Örebro. Kurs flyktingar och invandrare i sjukvården, medicinska och kulturella aspekter.
Information: Läkardagarna i Örebro. Region-sjukhuset, 701 85 Örebro.

□ **15–19 april.** Göteborg. PLF-kurs i praktisk farmakoterapi.
Information: Provinsialläkarfonden, c/o Sv Distriktsläkarföreningen, Box 5610, 114 86 Stockholm.

□ **16–17 april.** Södra Berget, Sundsvall. Svensk Förening för Sterilisering och Sjukhus-hygien. Tema: Kvalitetssäkring inom sjukvården och hur vi skapar säker produktförsörjning inom hälso-, sjuk- och tandvård.
Information: Kongresshuset AB, Östra Hamngatan 45, 411 10 Göteborg. Tel 031-10 15 80.

□ **18–19 april.** Stockholm. Fortbildning av studierektorer/utbildningsansvariga.
Information: Döl Ingemar Block, Tel 0340/816 45 alt. Provinsialläkarfonden, c/o Sv Distriktsläkarföreningen, Box 5610, 114 86 Stockholm.

□ **22–25 april.** Lidingö. Kurs i epidemiologi.
Information: Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Annette Lindberg eller Monica Östberg Rosell. Tel 08-24 50 85.

□ **23–25 april.** Malmö. Berzelius-symposium XXI: Screening for cancer.
Information: Svenska Läkaresällskapet, Margaretha Palmfö, Box 738, 101 35 Stockholm. Tel 08-24 33 50.

□ **24–26 april.** Aspenäs, Lerum. Det kliniska prövningsprojektet, planering och genomförande.
Information: Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

MAJ

□ **2–4 maj.** Stockholm. SHSTFs Hälso- och sjukvårdsstämma. Kvalitet i vården.
Information: Stockholmsmässan, 125 80 Stockholm. Tel 08-749 41 00, Fax 08-99 20 44

□ **4–8 maj.** Philadelphia, USA. 24th Annual Spring Conference of Society of Teachers of Family Medicine.
Information: STFM, PO Box 8729, 8880 Ward Parkway, Kansas City, MO 64114, USA.

□ **13–17 maj.** Linköping. PLF-kurs: Terapeutisk hållning – relationer – samtalskonst.
Information: Provinsialläkarfonden, c/o Sv Distriktsläkarförening, Box 5610, 114 86 Stockholm.

□ **21–22 maj och 28–29 maj.** Stockholm. Konferenser kring beroendeframkallade läkemedel.
Information: Agneta Bäverbrant, Socialstyrelsen. Tel 08-783 36 57.

□ **23–24 maj.** Jönköping. Vårkonferens – Svensk Förening för Förebyggande Medicin. Anmälan senast 10 april 1991.
Information: Kjell Lindström. Tel 036-410 00 (arbete) eller 036-1631 35 (bostad).

□ **23–25 maj.** Stockholm. 2. Nordiska kongressen. Vård i livets slutskede.
Information: Praktikertjänst, Inger Hallgren, Box 1304, 111 83 Stockholm.

□ **30–31 maj.** Lerum. Kurs i Klinisk läkemedelsprövning.
Information: Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavd, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

□ **30 maj – 3 juni.** London, England. Royal College of General Practitioners, UK-Nordic Workshop.

Information: Janet Hawkins, Div Projects Office, RCGP 14 Princes Gate, Hyde Park, London SW7 1PU. Tel 44-1-82 9703

JUNI

□ **3–14 juni.** Umeå. Residential course. Epidemiology and field research methodology.
Information: Maria Emmelin, Dept of Epidemiology and Health Care Research, Umeå universitet, 901 85 Umeå. Tel 090-10 27 69.

□ **6–9 juni.** Uppsala. XIII:e Nordiska medicinhistoriska kongressen.
Information: Franz Lutterberger Inst för idé- och lärdoms historia, Box 256, 751 05 Uppsala. Tel 018-18 25 00.

□ **9–15 juni.** Sundsvall. WGI-konferens om hälsa och miljö / ett år före.

Information: Director HS Dhillion, Div of Health Education and Health Promotion, WHO Headquarters, Geneva. Tel 41-22-791 21 11.

□ **10–14 juni.** Barcelona, Spanien. 4th International conference Systed 91 on systems science in health – social services for the elderly and the disabled.

Information: Inter-Congres, Gran Via de les Corts Catalanes 646, 08007 Barcelona. Tel 93-301 2577.

□ **16–21 juni.** Helsingfors, Finland. XIV World conference on health education.

Information: The Finnish Council for Health Education, Karjalankatu 2C 63, SF-00520 Helsingfors.

□ **18–20 juni.** Birmingham, England. Health Care Exhibition.

Information: The Trinity Group of Companies, Times House, Station Approach, Ruislip Middx, HA4 8NB, England. Tel 08956 77677, Fax 0895 71946.

□ **22–24 juni.** Geilo, Norge. XI Nordiske kongress i sosialmedisin.

Information: Institutt for sosialmedisin, Rikshospitalet, N-0027 Oslo 1. Tel 02-20 28 05.

□ **26–29 juni.** 7 Nordiske Kongress i Allmennmedisin.

Information: Inst f Allmänmedisin, Oslo Universitet, Fr Stangsg 11/13, N-0264 Oslo 2. Tel 47 255 92 10.

□ **27 juni – 1 juli.** Stockholm. Världskon-gress, läkare mot kärnvapen.

Information: SLMK, Box 5610, 114 86 Stockholm.

AUGUSTI

□ **7–9 augusti.** Akureyri, Island. Nordisk trafikmedicinsk konferens.

Information: Distriktsöverläkare Olafur H Oddsson, Postbos 474, IS-602 Akureyri. Tel 354-6-24052.

□ **18–23 augusti.** Göteborg. Nordisk forskarkurs i hälsoekonomi i anslutning till organ-transplantation.

Information: Överläkare Ingvar Karlberg. Tel 031-60 20 21 eller Nordiska Hälsovårdshögskolan. Tel 031-69 39 72.

□ **19–30 augusti.** Helsingfors. NIVA-kurs. Epidemiologic Study Design.

Information: NIVA, Gunilla Ahlberg, Inst of Occupational Health, Topeliuksenkatu 41 a A, SF-00250 Helsingfors. Tel 45-31-299 711, Fax 45-39-270 107.

□ **19–30 augusti.** Holte, Danmark. NIVA-kurs. Introduction to Occupational Epidemiology.

Information: Marianne Sattari, Danish National Inst of Occupational Health, Lersø Parkalle 105, DK-2100 Copenhagen Ö. Tel 45-31-299 711, Fax 45-39-270 107.

□ **27–28 augusti.** Umeå. Nordisk kongress och specialmäss. Sjukvård mot år 2000. Teknikens roll för kvalitet, ekonomi och säkerhet.

Information: Ann-Katrin Björner, UNIKUM, Umeå universitet, 901 87 Umeå. Tel 090-16 51 30. Fax 090-16 66 85.

SEPTEMBER

□ **9–13 september.** Klagenfurt. 44th Int Congress on General Practice.

Information: Secr of the SJMG, A-9020 Klagenfurt, Bahnhofstrasse 22, Österrike.

□ **11–13 september.** (OBS! Ändrat datum.) SFAMs höstmöte i Kiruna. Tema: Vidareutbildning, efterutbildning.

□ **26–29 september.** Washington DC, USA. American Academy of Family Physicians, annual scientific meeting.

Information: AAFP, 8880 Ward Parkway, Kansas City, Missouri 64114-2797, USA.

□ **27 september – 4 oktober.** Kurs: Läkare – ledare – kvinna (Kreta).

Information: K-utveckling AB, Box 406, 126 04 Hägersten. Tel 08-46 58 57 eller 46 58 88.

OKTOBER

□ **21 oktober – 15 november.** Göteborg. NHV-kurs. Socialpediatrik.

Information: Nordiska Hälsovårdshögskolan (NHV), Nya varvet, Box 12133, 402 42 Göteborg. Tel 031-69 39 00, Fax 031-69 17 77.

NOVEMBER

□ **18 november – 13 december.** Göteborg. NHV-kurs. Aldres hälsa.

Information: Nordiska Hälsovårdshögskolan (NHV), Nya varvet, Box 12133, 402 42 Göteborg. Tel 031-69 39 00, Fax 031-69 17 77.

□ **27–29 november.** Älvsjö. Läkaresällskapets Riksstämma.

Information: Svenska Läkarsällskapet. Tel 08-24 33 50.

DECEMBER

□ **10–11 december.** Paris, Frankrike. European symposium on Buccal and Nasal Administration as an alternative to Parenteral Administration. Symposiet är ett samarrangemang med APGI.

Information: Anne-Marie Johansson, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85. Fax 08-20 55 11.

1992

□ **27–29 januari.** Stockholm. Symposium on Topical Administration of Drugs.

Information: Anne-Marie Johansson, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85. Fax 08-20 55 11.

□ **26–27 april.** St Louis, MO. 25th Ann Spring Conference of Society of Teachers of Family Medicine.

Information: STFM, PO Box 8729, 8880 Ward parkway, Kansas City, MO 64114, USA.

□ **14–16 maj.** Växjö. Allmänmedicinsk Kongress, SFAM/DLF.

Information: Anders Håkansson, Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö.

Kvinnor och forskning

BIRGITTA HOVELIUS

När jag läste medicin på 1960-talet, ingick det inte i mina och knappast heller i mina kurskamraters planer att bli distriktsläkare. De allra flesta hade tankar om att bli "specialist" och inte generalist. Själv blev jag specialist i infektionssjukdomar. 1975 deltog jag i en antibiotikakongress i London och hörde så många roliga och spännande föredrag, att jag mer eller mindre bestämde mig för att försöka göra något projekt själv. Jag lyckades ganska snart få tjänst halvtid som distriktsläkare och halvtid som forskningsassistent och har sedan 15 år nästan kontinuerligt arbetat halvtid med allmänmedicinsk forskning och undervisning.

Varför skall kvinnor forska?

Jag har gjort en sammanställning över fördelar och nackdelar i mitt eget arbete som forskare. Det är möjligt att jag varit ovanligt privilegierad, men fördelarna är många fler än nackdelarna.

Fördelar

Jag har ofta upplevt en stor frihet och många valmöjligheter i mitt arbete som forskare. Jag har haft möjlighet att disponera min tid och att prioritera om jag vill ägna mig åt det ena eller andra projektet. En sådan frihet har jag inte känt som distriktsläkare där min tid i hög utsträckning styrts av patienter och personal. Jag menar att forskning kan förhindra så kallad utbrändhet, eftersom klinisk verksamhet halvtidsarbete.

Forskning leder till kunskaper, vilket kan ge möjligheter att påverka och därmed inflytande/makt. Som forskare får man möjlighet att undervisa och att träffa studenter, vilket alltid är stimulerande. Forskningen har varit utvecklande för mig personligen. Forskning fördjupar ens kritiska tänkande, till exempel när det gäller att redovisa och försvara undersökningar och resultat. En detalj som jag är nöjd med är att jag numera kan "uppträda" inför ett stort antal personer! Forskningen leder till att man måste sätta upp mål på längre sikt. Måldiskussioner är en del av forskningsvärlden och det är först under senare år som den diskussionen börjat föras i den kliniska verksamheten.

Som forskare har jag kunnat resa på många kongresser utomlands, vilket varit både roligt och stimulerande och jag har fått många internationella kontakter.

Forskning har en viss status, åtminstone i en universitetsstad. Att vara distriktsläkare har för närvarande relativt låg status inom läkarkåren.

För mig har forskning blivit en hobby och jag skiljer inte på arbete och fritid, vilket jag tror har många fördelar, men förstås också en del nackdelar.

Nackdelar

Vad gäller ekonomin har forskare ofta det sämre än klinikern. Jag har de senaste 15 åren haft sammanlagt cirka en halv miljon kronor mindre i inkomst än om jag skulle ha arbetat heltid som distriktsläkare. Som forskare kan man ofta känna att man inte räcker till och att kraven är för stora. Ibland känns det som om man varje kväll har läxor som man inte blivit riktigt klar med. Som kvinnlig forskare får man tampas med en massa män, ofta på mannens villkor. Mina chefer vid universitetet har förstås alltid varit män. När jag sökt anslag eller tjänster har jag hittills bara blivit bedömd av män. Det finns ytterligt få sluttjänster, det vill säga kliniska lärartjänster eller professurer vid universitet. Detta leder till en personlig konkurrens som kan vara påfrestande.

Vad kännetecknar kvinnliga forskare inom det medicinska fältet?

Kvinnliga forskare finns framför allt inom vissa ämnesområden: pediatrik, gynekologi, allmänmedicin och mikrobiologi.

Kvinnor tycks mer ägna sig åt empirisk/klinisk forskning än teoretisk forskning. Möjligen blir kvinnors forskning mer "okonventionell" när forskaren blivit självständig i sitt ämnesval.

Kvinnor har frågeställningar som kräver kvalitativa metoder i högre utsträckning än vad män har. I en bok med titeln "Forskning i nordisk allmänmedicin" har de båda kapitlen som beskriver kvalitativa metoder blivit mest uppskattade och de har skrivits av kvinnor.

Forskande kvinnliga läkare är ofta ogifta eller gifta med kollegor eller forskare. Det finns en ny amerikansk undersökning som visar att giftermål och barn ökar manliga läkares karriärmöjligheter och inkomster, men minskar kvinnliga läkares. Kvinnliga läkare är också mer pessimistiska vad gäller karriärmöjligheter än manliga, det vill säga kvinnor är ganska realistiska i detta avseende.

Det anses att kvinnliga forskare har mindre antal kontakter, såväl formella som informella, vilket säkerligen förklaras av tidsbrist och av den manliga dominansen i forskarvärlden.

Kvinnliga forskare publicerar ett mindre antal artiklar än vad män gör. Detta gäller även när barnen vuxit upp.

Kvinnliga forskare tar på sig en större undervisningsbörda än vad manliga forskare, som prioriterar forskning, gör. Forskning har hittills varit mer meriterande än undervisning.

Gråt inte – forska!

Kvinnliga studenter är troligen relativt omedvetna om svårigheterna att göra karriär inom läkaryrket. Kvinnliga läkare tycks inte upptäcka att det finns skillnader mellan män och kvinnor i detta avseende förrän i 40-årsåldern.

Det är säkerligen angeläget att fler kvinnliga studenter tidigt under utbildningen börjar intressera sig för forskning och utvecklingsarbete. Om kvinnor innan de fött barn börjar forska, kanske det är lättare att komma tillbaka till sådant arbete. Det är säkerligen angeläget att det finns fler kvinnliga forskare och lärare som förebilder för kvinnliga studenter på de prekliniska kurserna, det vill säga tidigt under utbildningen. En enkät bland studenterna i Lund visade, att pojkarna var mer intresserade av forskning och hade kommit igång med forskning i betydligt högre utsträckning än flickorna.

Kvinnliga forskare behöver ha ett bättre nätverk. De måste helt enkelt vara fler. De kvinnliga doktoranderna behöver uppmuntran och stöd, eftersom kvinnor i allmänhet har bristande tro på egna prestationer och ofta lägre ambitioner än män.

Den kvinnliga handledaren behöver stöd av handledare med erfarenhet. Som inom företagsvärlden vore det säkerligen bra om kvinnor såg till att få en mentor. Mycket talar för att kvinnor är bra som handledare. Kvinnor är ofta inte så auktoritära som män. Detta gör att kvinnor kan utveckla ett bra ledarskap.

Fler kvinnliga ledare inom sjukvården skulle underlätta för kvinnliga forskare. Vi har bildat en kvinnlig distriktsläkarklubb i Lund, bland annat för att få fler kvinnliga distriktsläkare som chefer.

Vid medicinska fakulteten i Lund bildas nu en jämställdhetsgrupp, eftersom kvinnorna särskild kommit på efterkälken vid denna fakultet. Som kvinna skall man kanske ändå vara observant på, att det kan vara desmeriterande att intressera sig för jämställd-

hetsfrågor. Inför ett seminarium diskuterade jag ämnet med olika personer i universitetsvärlden och fick kommentarer som "är du sån" och "har du tid med sånt".

Utvecklingen skulle gå snabbare, om det gick att genomdriva mer drastiska åtgärder. Det är inte säkert att kvinnor skriver för få artiklar. Det är kanske män som publicerar för många. Tjänster skulle kunna tillsättas efter bedömning av de tio viktigaste publikationerna, vilket borde gynna kvinnor.

Kvinnor kan också prioriteras i olika nämnder och kommittéer. De norska allmänläkarna har tillsatt enbart kvinnor i redaktionen för sin tidskrift "Utposten". Det skulle man också kunna göra i våra tidskrifter. Ett pro-

blem som jag i olika sammanhang stött på är att det ofta är kvinnor som tackar nej till uppdrag av olika slag. Det gör sällan män.

Medicinska forskningsrådet styrs av män. Kvinnor borde i ökad utsträckning finnas med i prioriteringskommittéer osv, vilket möjligen kunde öka anslagen till kvinnors forskning. Med glädje kan man notera, att det finns ett förslag om en professur i medicinsk kvinnoforskning i budgetpropositionen.

Summan av kardemumman är, att vi är hänvisade till oss själva som kvinnor att med entusiasm och självförtroende kämpa för att förbättra forskningsmöjligheterna och forskningen.

Referenser

1. Almind G, Bentsen N, Bruusgaard D, Hovelius B. Forskning i nordisk allmänmedisin. Oslo: Universitetsforlaget, 1988.
2. Bickel J. Women in medical education. New Engl J Med 1988;319:1579-84.
3. Green Schaller J. The advancement of women in academic medicine. JAMA 1990;264:1854-5.
4. JÄMFO. Kvinnliga läkares villkor. Rapport från ett seminarium, november 1989.
5. Uhlenberg P, Conney TM. Male and female physicians: family and career comparisons. Soc Sci Med 1990;30:373-8.

Författarpresentation

Birgitta Hovelius, docent, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Södertull, 221 85 Lund.

Nytt från SFAM

LB 0 6544

Den nya specialistutbildningen med målbeskrivning

Den nya specialistutbildningen, som träder i kraft 1 januari 1992, skall vara målstyrd. Socialdepartementet gav våren 1990 Socialstyrelsen (SoS) i uppdrag att göra en översyn av de olika medicinska specialiteterna och deras målbeskrivningar för specialistkompetens. SoS lät i juni uppdraget gå vidare till Läkarförbundet och Läkar-sällskapet. En för förbundet och sällskapet gemensam arbetsgrupp har haft ett samordnande ansvar och under hösten 1990 har specialistföreningarna/sektionerna haft i uppgift att komma med överarbetade förslag utgående från de målbeskrivningar som fanns i LSU 85. Förslagen skulle vara inne i början av oktober, vilket ifrånburit tidspress, varför någon remissrunda inom sektionen inte varit möjlig.

Det förslag till målbeskrivning som sektionen för allmänmedicin lämnat presenteras här. Det följer den mall som samtliga sektioner använt vad gäller rubriker. Likformigheten har bedömts ha ett värde i sig. Omskrivningen av det tidigare, kritiserade, förslaget har haft som mål att åstadkomma en mera konkret skrivning. Väsentligt har här bland annat varit synpunkter från SYLFs representant i arbetsgruppen. De innehållspunkter som gällde administrativ utbildning, vetenskapligt förhållningssätt med skriftligt FoU-arbete samt kännedom om den totala vårdapparaten och näraliggande samarbetsparter har utelämnats. Anledningen är att dessa punkter som tidigare ska återfinnas i en för alla specialistutbildningar gemensam skrivning och alltså inte behöver upprepas.

Nya rubriker

Den för förbundet och sällskapet gemensamma arbetsgruppen har, jämfört med direktiven från SoS, lagt till rubrikerna sidoutbildning, handledning, teoretisk utbildning och kvalitetskontroll. Vad gäller **sidutbildning** har avsikten varit att, i tider då kliniker krymps, tydliggöra det utrymme som behövs för specialistutbildning. Alla är medvetna om att målstyrd utbildning innebär att specifikation med allmän giltighet inte kan göras, men vi i sektionen har respekterat värdet av att behovet påpekas och därför lämnat förslag.

Motivet bakom rubriken **handledarutbildning** torde stå klart för alla. Man vill skapa insikt och få acceptans för att handledningsresurser krävs och att det är i samhällets intresse att utrymme för detta skapas.

Avsnittet om **teoretisk utbildning** tillförs för att garantera utrymme för ST-kurser. Det tycks stå klart, att rent kliniska kurser för blivande allmänläkare kommer att få ersättas med lokal eller regional utbildning. Vi har exemplifierat kursbehov inom områden som inte självklart kan täckas lokalt.

Den sista tilläggsrubriken har tillkommit i samma syfte som rubriken om handledning. För att säkra kvaliteten i en målstyrd utbildning krävs både handledning och examination. Den senare kan ses som en **kvalitetskontroll** av utbildningssystemet. Detta synsätt ligger väl i linje med den utveckling av specialistexamination som pågår inom vår sektion (och som i år genomförs i Västernorrland oktober-november 1991).

Tjänstgöringsprogram

Denna första målbeskrivning är utgångspunkt för nästa viktiga steg i utvecklandet av den nya specialistutbildningen, nämligen ett tjänstgöringsprogram. På olika håll i landet pågår arbete med sådana. Styrelsen i SFAM har för avsikt att under våren arbeta fram en mall för tjänstgöringsprogram, som studierektorer, handledare och ST-läkare kan ha till stöd. Vi i styrelsen vill för det arbetet ta del av erfarenheter och program från dem som redan hunnit en bit på väg.

Målbeskrivningen uppvisar ofullkomligheter, men det får vi möjlighet att vid framtida revisioner ändra på. Det väsentliga i nuläget blir att via bra tjänstgöringsprogram ge struktur åt utbildningen. Det är viktigt att vi delar med oss av erfarenheter. Lika viktigt är lokala initiativ för att få fram välutbildade och intresserade handledare och studierektorer. Har Du angerat i Ditt sjukvårdsdistrikt? Vi har alla ett ansvar för, att våra blivande allmänläkarkollegor möter intresserade utbildare och en välstrukturerad utbildning och vi måste agera så, att våra huvudmän förstår att dela det ansvaret med oss.

Den nya specialistutbildningen blir ämne för ett symposium vid det för SFAM och DLF gemensamma vårmötet i Karlskrona. Se det som ytterligare ett skäl att vara med då!

*Mats Ribacke
Ordförande SFAM*

DIFLUCAN 150mg
fluconazol
Endast en kapsel mot genitala Candida infektioner

Diflucan

Pfizer

Kapslar 150 mg

Antimykotikum för systemiskt bruk

Deklaration. 1 kapsel 150 mg innehåller: Fluconazol, 150 mg, lactos, 146 mg, constit. et color (titandioxid) q.s.

Egenskaper. Fluconazol är ett triazol-derivat med fungistatisk effekt, som specifikt hämmar svampens ergosterolsyntes vilket leder till defekter i cellmembranen. Fluconazol är i hög grad specifikt för svampens cytokrom P-450 beroende enzymer. Fluconazol har inte visats påverka serumnivån av testosteron hos män eller steroid koncentrationen hos fertila kvinnor.

Verkningspektrum omfattar ett flertal patogena svampar inkluderande candida albicans och andra candida-arter, cryptococcus-arter samt dermatofyter. I de kliniska studier som gjorts med Diflucan har ingen resistensutveckling påvisats, men i litteraturen finns ett fall rapporterat.

Fluconazol har efter peroral administrering en biotillgänglighet på mer än 90 %. Absorptionsgraden påverkas inte nämnvärt av samtidigt födointag. Maximal serumkoncentration uppnås i regel efter 1/2 till 1 1/2 timme. Bindningen till plasmaproteiner är ca 12 %. Distributionsvolymen motsvarar den totala kroppsvätskan, 0,7 l/kg. Halveringstiden är ca 30 timmar. Plasmakoncentrationen är proportionell till dosen vilket har visats i dosintervallet 25-200 mg.

Fluconazol utsöndras huvudsakligen via njurarna. 80 % av dosen återfinns i urinen i oförändrad form. Dessutom utsöndras i urinen ca 10 % av dosen i form av metaboliter. Utsöndringen av fluconazol är proportionell mot kreatinin-clearance.

Indikationer. Vaginal candidiasis.

Försiktighet. Tills ytterligare erfarenhet erhållits bör fluconazol inte ges till barn.

Graviditet. Kategori B:3 (se FASS). Erfarenheter från människa är begränsade.

Vid upprepad dosering i doser som överstiger humandosen har i djurförsök på råttor påvisats ökad intrauterin fosterdöd, en effekt som också påvisats med imidazolpreparat, samt ökad förekomst av urinvägsmisbildningar (hydronefros och hydrouretär).

Amning. Uppgift saknas om fluconazol passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. I kliniska prövningar har upp till 9 % upplevt biverkningar.

Vanliga CNS: huvudvärk

GI: illamående, magsmärtor

Dosering. 150 mg som engångsdos.

Vid reducerad njurfunktion behöver dosen inte justeras eftersom det rör sig om engångsdosering.

Interaktioner. Fluconazol interagerar med tolbutamid och warfarin. Fluconazol förlänger koaguleringstiden hos warfarinbehandlade patienter. Vid samtidig behandling med fluconazol och kumarinpreparat bör en noggrann titrering av antikoagulantia-dosen göras. Fluconazol förlänger halveringstiden av samtidigt given tolbutamid. Någon effekt på serumglukosnivåerna har dock inte setts.

Förpackning. Kapslar 150 mg (vita märkta FLU-150 och Pfizer-symbol). 1 st (tryckpack).

*Ny terapi
vid genitala
Candida infektioner!*



En
enda
kapsel
peroralt

Diflucan 150 mg
fluconazol

Ett originalpreparat från



Box 501 · 183 25 Täby
Tel: 08-758 0130

Målbeskrivning för specialistutbildning i allmänmedicin

LB06545

Avgränsning och allmän målsättning
Specialiteten allmänmedicin omfattar fördjupade kunskaper och färdigheter för utredning och behandling av de vanligaste sjukdomarna i alla åldersgrupper, för primärt omhändertagande av sjukdomar som kräver mer specialiserad vård, för hälsobefrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder samt för rehabilitering. Allmänläkaren möter oselektade patientproblem. Detta innebär ofta symtomvärdering i tidigt skede och ställer krav på att i symtombruset kunna urskilja även sällsynta och allvarliga sjukdomar samt förmåga att för omhändertagande utnyttja hela sjukvårdsapparaten.

Beroende på geografiska och demografiska förhållanden, liksom organisationsform (distriktsläkarvård, företagshälsovård, privatläkarvård), varierar innehållet i allmänläkararbetet. Specialistutbildningen syftar till att ge en för alla allmänläkare gemensam kunskapsbas, som senare får kompletteras beroende på under vilka förhållanden arbetet ska utföras.

Allmänmedicinens breda panorama ställer krav på diagnostiska och terapeutiska kunskaper inom de flesta medicinska verksamhetsområden. Det specifika för allmänmedicin är, att kunskaperna ställs samman till en helhet med individen – i dennes sociala och psykologiska miljö – i centrum. Vård av kroniskt sjuka och vård av äldre är centrala uppgifter för allmänläkaren. Tiden som diagnostiskt och terapeutiskt hjälpmedel – och därmed kontinuiteten – är en väsentlig faktor inom allmänmedicin.

Kunskap om sjukdomars naturlöslöpp och de olika åldersperiodernas normala utveckling är en förutsättning för att rätt kunna följa och bedöma oklara och blandade sjukdomsbilder. Att arbeta med barn, vuxna och äldre inom samma familj bidrar till att ge ökad förståelse för såväl hälsa som symtom och sjukdom. Kunskap om familjens roll för sjukdomsbeteende är därför väsentlig.

Allmänläkaren arbetar med befolkningsspektiv, antingen det gäller ett geografiskt område, ett företag eller en patientlista. Specialistutbildningen ska ge kunskap och förmåga att anlägga ett epidemiologiskt arbetssätt för såväl sjukvårdande som förebyggande insatser.

För allmänläkare i synnerhet gäller de krav på allmänna kunskaper och färdigheter som är giltiga för alla specialister.

ST-läkare måste tillägna sig förmåga att ansvara för sin egen kontinuerliga efterutbildning via främst litteraturstudier.

Diagnostik och behandling i sjukvårdande verksamhet

Med utgångspunkt i det ovan beskrivna allmänmedicinska förhållningssättet, som ställer krav på såväl bredd som djup i kunskaper, kan som exempel vissa vanligt förekommande sjukdomsgrupper identifieras, vilka allmänläkaren självständigt ska kunna handlägga:

- Akuta infektionssjukdomar, såväl av generell typ som lokala. Exempel: viroser, så kallade barnsjukdomar, infektioner i övre och nedre luftvägar, urinvägsinfektioner, infektioner i underliv.
- De vanliga hjärt-kärlsjukdomarna såsom angina pectoris, hypertoni, hjärtinkompensation, hjärtrytmrubbningar (förmaksflimmer, takycardi, extrasystolier), hjärtinfarkt, stroke, transitorisk ischemisk attack, claudicatio.
- Blodsjukdomar såsom järnbrist-anemi, pernicios anemi.
- Endokrinologiska sjukdomar såsom diabetes, thyreoideasjukdomar.
- Obstruktiva lungsjukdomar, allergisjukdomar.
- Sjukdomar i skelett och stödjevävnader såsom reumatoid artrit, artros, Bechterews sjukdom, tendinitter och andra överbelastningssjukdomar, akuta och kroniska rygg- och nacksjukdomar, osteoporos, polymyalgia reumatica.
- Magtarmsymtom och -sjukdomar såsom epigastralgi (till exempel ulcus duodeni, refluxsjukdom), diarré, obstipation, colon irritabile, gallvägssjukdom.
- Neurologiska symtom och sjukdomar såsom yrsel, huvudvärk, tremor, ansiktssmärta, ansiktspårlamning, kronisk smärta, epilepsi, Parkinsons sjukdom.
- Psykiska symtom och sjukdomar såsom ångest, fobi, depression, schizofreni, förvirring, demens, psykosomatiska sjukdomar, sömnbesvär, missbruk, krisreaktioner.
- Ögonsymtom och -sjukdomar såsom "det röda ögat", synnedsättning, främmande kropp på hornhinnan.
- Hudsjukdomar såsom acne, exsem, psoriasis, erysipelas, skabb, löss.
- "Den lilla kirurgin".

Allmänläkaren ska kunna primärt handlägga akuta olycksfall och akut hjärt/lungräddning. Han/hon ska kunna ansvara för omvårdnad vid cancersjukdomar och för vård i livets slutskede. Kunskap om hemsjukvård är väsentlig.

För omhändertagande av vanligt förekommande sjukdomar ska allmänläkaren vara väl förtrogen med såväl metoder för patientnära diagnostik (manuella och laboratorietekniska) som andra specialiteters utredningsmöjligheter.

Allmänläkaren ska i samarbete med annan specialist kunna svara för uppföljning och behandling vid sjukdomar som primärt handläggs inom annan specialitet.

Förebyggande verksamhet

Förebyggande arbete är en viktig del av allmänläkarens verksamhet. Specialistutbildningen ska ge allmänläkaren kunskap och förmåga att arbeta förebyggande

- i det individuella patientmötet, som en del av konsultationen. Exempel: information om livsstilsförändring, olycksfallsprofylax, egenvård;
- på befolkningsnivå genom att identifiera riskindivider och riskmiljöer, analysera och när så är lämpligt samverka med andra samhällsorgan för åtgärd (epidemiologisk metodik).
- inom barn-, skol- och mödrahälsovård samt inom preventivmedelsområdet;
- inom smittskyddsområdet inklusive vaccinationer;
- genom rådgivning till personer med speciella sjukdomar, handikapp och i samband med graviditet;
- via hälsoinformation;
- med utgångspunkt i gällande lagar inom miljö- och hälsoskyddsområdet.

Särskilda förhållningssätt

Allmänläkaren är ofta första länken i den vårdkedja som står till patientens förfogande. Samarbetet med andra vårdgivare måste fungera. Allmänläkarrollen innebär bland annat att vara patientens ombud samt att för patienten kunna summera och förklara innehållet i olika vårdepisoder. Detta ställer speciella krav på en fungerande patient-läkarrelation. Självkännedom, insikt om hur egna och patienters normer och moralbegrepp påverkar

denna relation, förmåga till empati och beredskap att ta ett långsiktigt patientansvar är grundvalar för ett framgångsrikt allmänläkararbete.

Samverkan inom och utom hälso- och sjukvårdssystemet

Rollen som patientansvarig i första ledet för såväl behandlande som förebyggande och rehabiliterande insatser ställer höga krav på allmänläkarens förmåga att överblicka hela vårdorganisationen och samverka med sjukvårdens övriga specialister. I synnerhet de stora specialiteterna internmedicin, kirurgi/ortopedi och geriatrik kan här framhållas; för förebyggande och epidemiologiskt arbete främst samhällsmedicin, pediatrik och gynekologi. Viktiga samverkansparter utanför sjukvården är socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling samt miljö- och hälsoskyddsnämnd.

Sidoutbildning

Specialistutbildningen ska ta sin utgångspunkt i den enskilde blivande specialistens bakgrund och tidigare

kunskap. Därför är det inte möjligt att generellt ange vilka andra kliniker och verksamhetsområden som blir aktuella, eller för hur långa tidsperioder. De största sidoutbildningsbehoven bedöms föreligga inom specialiteterna internmedicin, geriatrik, psykiatri, pediatrik, gynekologi och otorhinolaryngologi.

Handledning

För att garantera kvaliteten på specialistutbildning inom allmänmedicin är det ett oundgängligt krav, att varje ST-läkare har en personlig handledare och tillsammans med denna planerar utbildningen. Handledaren ska vara specialist i allmänmedicin, ha genomgått handledarutbildning och upprätthålla regelbunden personlig kontakt med ST-läkaren under hela specialistutbildningen, alltså även under sidoutbildningsperioder.

Teoretisk utbildning

Den kliniska utbildningen vid vårdcentral och klinik måste kompletteras

med mer teoretisk utbildning i form av seminarier, kurser och konferenser. Ämnesområden som behöver täckas på sådant sätt är prevention, konsultation, hemsjukvård, epidemiologi och FoU-arbete i primärvård. Kliniska färdigheter som kräver speciell utbildning är undersökning och behandling av muskuloskelettala problem. Extern teoretisk utbildning inom dessa områden är nödvändig, eftersom kompetens inte kan förutsättas finnas inom varje sjukvårdsdistrikt.

Tidsåtgången för den teoretiska utbildningen beräknas till 320 timmar.

Kvalitetskontroll

Allmänmedicinsk kompetens beräknas uppnås efter fem års utbildning.

För kvalitetskontroll av en målstyrd specialistutbildning krävs som en första del en välfungerande handledarfunktion uppbyggd kring studierektorer. En andra del bör vara specialistexamination som avslutning på ST-utbildningen. Utveckling av sådan examination pågår inom sektionen för allmänmedicin.

Kurser &
konferenser.

ABO 87787

WONCA-konferensen i Barcelona 10–14 december 1990

MARIA ÖREBERG · GÖRAN G JONSSON · KJELD WEST

Första Europeiska Regionala WONCA-konferensen ägde rum i Barcelona i Spanien, 10–14 december 1990. Konferensen hade samlat deltagare främst från Europa, men även vissa utomeuropeiska länder fanns representerade. Valspråket var "towards a unified Europe in general practice and family medicine".

Nyckelord: Allmänmedicin, kongressrapporter, WONCA, Barcelona.

Konferensen var uppbyggd kring fyra parallella sessioner, huvudsakligen efter följande rubriker: prevention, kvalitetssäkring, tillgänglighet och vårdkontinuitet samt fria forskningsföredrag. Dessutom erbjöds satellitsymposier med särskilda teman (till exempel behandling av hypertoni, ångestsyndrom, rökavvänjning och antibiotikabehandling i primärvården), workshops, posterutställningar och studiebesök på vårdcentraler.

Prevention

I industrialiserade länder med god tillgång till primärvård söker åtminstone 75 procent av befolkningen minst en gång per år på sin vårdcentral. Medelpatienten söker i snitt fyra gånger per år. Detta gör primärvårdsläkaren unik med sin möjlighet till screening och förebyggande åtgärder. En studie publicerad i British Medical Journal (1) har visat att korta, enkla råd under distriktsläkarens vanliga mottagning dubblar antalet personer som på lång sikt slutar röka. För att uppnå högt ställda mål är det viktigt med utbildning inriktad på prevention, samt att mera tid avsätts för varje patient.

Uppföljning, analys och utvärdering bör också ingå i denna modell. Förutom mer tid är det viktigaste kravet att man arbetar i ett team (distriktsläkare, sjukdköterskor, sjukgymnaster, dietister m fl) som hjälps åt med screening och rådgivning. Många har funnit, när det gäller screening, att kontakter initierade av patienten själv fungerar bättre än om invitation sker per brev (2). Som rimliga screeningparametrar framhålls: tobaks- och alko-

holanamnes, blodtryck, cervixcytologi, bröstundersökning och prostata-palpation. Värdet av screening för hypercholesterolemi, diabetes och blod i faeces diskuterades. Viktiga punkter att ta ställning till när det gäller om man skall utföra screening eller ej är: Kan vi erbjuda effektiv hjälp för dem som är positiva till testning? Hur många är falskt positiva? Är detta acceptabelt? Hur många patienter behöver följas upp? Kan vi hantera den extra arbetsbelastningen? Hur skall vi rutinmässigt kunna utvärdera kvaliteten på vår screening? En basal etisk fråga är: "Det är patientens liv och han måste själv välja sin livsstil, men det skall vara ett val byggt på information och kunskap".

Förebyggande åtgärder är billiga så länge vi håller oss till de enklaste och viktigaste sakerna – att uppmuntra till rökstopp, viktnedgång, ökat motionerande etc.

Av intresse i sammanhanget kan nämnas att 70 procent av läkarna i vissa europeiska länder (till exempel Spanien) röker. Ett första steg kunde därför vara att försöka förmå våra kollegor att sluta röka!

**Man ser skillnaden
med förbundna ögon!**

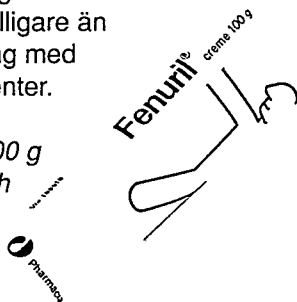
**Hemligheten är vattenbindarna. Fenuril® och Fenuril® Hydrokortison
är hudkrämer med de aktiva vattenbindarna karbamid och natriumklorid.
För olika indikationer men med samma tydliga resultat.**

Mot torr hud:

Fenuril®

Fenuril är en mjukgörande kräm med de aktiva vattenbindarna karbamid 4% och natriumklorid 4%. Krämen är lagom fet utan att kladda. Dessutom billigare än en ex tempore beredning med samma aktiva komponenter.

Fenuril finns i 50 och 100 g tub samt en praktisk och hygienisk pumpburk om 400 g.



Mot torra eksem:

Fenuril® Hydrokortison

Nu finns Fenuril med 0,5% hydrokortison. Fenuril Hydrokortison har samma goda egenskaper som den vanliga Fenuril. En klar fördel eftersom det också är viktigt att återställa hudens vattenbalans vid behandling av torra eksem.

Fenuril Hydrokortison finns i 100 g tub.



Fenuril®
med aktiva vattenbindare

Kvalitetssäkring

En stor del av konferensen ägnades åt kvalitetssäkring. "Quality Assurance" kan definieras som att man utvärderar den vård som ges och jämför med tidigare uppställda standardkriterier och om dessa ej uppnås, ser till att de nödvändiga förändringarna blir gjorda. Kvalitetssäkring har en diagnostisk aspekt: att finna luckorna i den vård som ges och en terapeutisk aspekt; att förbättra vårdens kvalitet då detta bedöms som nödvändigt. Kvalitetssäkring kan ses som en länk mellan forskning och utbildning.

Flera steg kan urskiljas i kvalitets-säkringsprocessen:

- att välja ett område att studera,
- att sätta upp standardkriterier för hur till exempel en viss sjukdom bör behandlas,
- att undersöka hur man *de facto* behandlar denna sjukdom,
- att utreda varför det finns en skillnad mellan hur man gör och hur man bör göra, och vad man kan göra åt det,
- att förbättra,
- att utvärdera förbättringen.

Det är viktigt att nya metoder och rutiner snabbt når ut till vårdcentralerna, samt att man får ett ökande samarbete mellan sjukhus och vårdcentraler. Relevanta och allmänt accepterade standardkriterier för hur olika sjukdomar bör behandlas krävs som en utgångspunkt för kvalitetsanalysen. Att utarbeta sådana kriterier bör rimligen göras i samarbete mellan distriktsläkare och sjukhusspecialister.

En annan aspekt på kvalitetssäkring är antalet patienter varje läkare har per dag. I en undersökning hade man funnit en negativ korrelation mellan att ha mer än 30 patienter per dag och vårdens kvalitet.

Tillgänglighet och kontinuitet

När det gällde tillgänglighet och vårdkontinuitet gavs det tongivande föredraget av Göran Sjönell från Stockholm. Han menade att en god tillgänglighet och kontinuitet inom primärvården bidrog till ökad kvalitet genom att patienterna söker för tidiga symtom även på allvarliga sjukdomar, vilket minskar patientens "delay". De flesta patienterna anser ju också, att en hög kontinuitet och en hög tillgänglighet i sig innebär en hög kvalitet.

Antibiotikabehandling

Det fanns ett flertal olika satellitsymposier, varav ett handlade om antibiotikabehandling i primärvården. Detta symposium hade ett helt och hållet spanskt perspektiv, varför där inte sades så mycket som vi kan ha användning för här hemma, men en del siffror kan belysa situationen i

Spanien. De spanska läkarna lever i en helt annan verklighet än vi:

- 50 procent av alla E.Coli i spanska undersökningar producerar betalaktamas;
- 30-40 procent av alla pneumokocker i Barcelona är resistenta mot penicillin;
- en lika stor andel av H.infl är multi-resistenta;
- 50 procent av urinvägspatogener är resistenta mot Trimetoprim.

En stor del av förklaringen är att antibiotika är receptfria i Spanien, men spanska läkare skriver också ut antibiotika mycket ofta och har en förkärlek för bredspektrumantibiotika. På symposiet rekommenderade man till exempel att man skulle behandla alla gastroenteriter med quinoloner "för säkerhets skull".

Fria föredrag

De fria föredragen spände över många olika intresseområden, från läkarens vidareutbildning till screeningprogram, infektionssjukdomar, terminalvård och diabetes. I ett mycket intressant föredrag om datoranvändning i primärvården framfördes frågan om man år 1990 över huvud taget kan samla, analysera och lagra data utan dator?! Föreläsaren, dr Rodó från Mallorca, menade att varje läkare borde känna till lite om datorer och kunna använda dem.

En undersökning från Finland hade visat att chansen att en person valde att bli allmänläkare var mindre om någon av föräldrarna var läkare än om de hade ett annat yrke, vilket som helst! Dr Lönberg från Danmark höll ett roligt föredrag om hur man undviker att hålla tråkiga föredrag. Han menade att ett föredrag bör vara vitaminer för hjärnan och champagne för själen.

Studiebesök

Speciellt stor behållning hade vi av de studiebesök vi gjorde på vårdcentraler i och utanför Barcelona. Allmänmedicinen i Spanien är en mycket ung specialitet. De första specialisterna började utbildas 1979. Utbildningen är på tre år, varav två på olika sjukhuskliniker och ett på vårdcentral. Ungefär hälften av alla utbildningsläkare gör något mindre forskningsprojekt och man har som målsättning att det på alla vårdcentraler skall bedrivas forskning i större eller mindre skala.

Hittills finns cirka 1300 vårdcentraler i Spanien (på 40 miljoner invånare) och utbyggnaden pågår för fullt.

Den ena vårdcentralen vi besökte var endast ett år gammal och låg i Barcelonas näst fattigaste distrikt (Ciutat Meridiana). I området skulle finnas cirka 17000 invånare, men man

beräknade att där nog fanns det dubbla antalet till följd av en stor andel illegala invandrare, zigenare, knarkare och brottslingar. Befolkningen var mycket ung, endast 5 procent var över 65 år. Halva befolkningen kunde ej läsa och skriva, mer än eventuellt sitt eget namn.

På vårdcentralen arbetade sju allmänläkare och tre barnläkare. Alla läkarna arbetade tvåskift, från 8-15 eller 14-20. Inhyrda privatläkarbolag skötte natt- och helgjourer. Barn upp till 14 år gick alltid till barnläkare. Alla gravida kvinnor remitterades till gynekolog. Cirka 5 procent av besöken på vårdcentralen (som för övrigt hette "hälsocentral") ledde till specialremiss.

Varje läkare hade 40-60 patienter per dag. På vårdcentralen kunde man ta EKG men röntgen och laboratorieundersökningar gjordes på privata laboratorier i samma distrikt. Läkarna på vårdcentralen fick svar på de flesta prover inom två timmar. Alla journaler skrevs för hand och sorterades familjevis. För varje patient fanns ett riskfaktorblad, där man skulle fylla i om patienten rökte, hade högt blodtryck etc. Alla besök var gratis för patienterna, allt betalades via arbetsgi-varavgifter. Patienterna måste ha remiss eller betala allt själva om de ville söka sjukhusspecialist.

I Spanien måste patienterna sjukskrivas av läkare redan från första sjukdagen och de måste gå till doktorn och friskskriva sig också, innan de kan börja arbeta igen.

Barcelona

Det var mycket som var annorlunda i Spanien. Barcelona var en mycket trevlig stad med många sevärdheter (de flesta hann vi tyvärr inte besöka!) och många barer och restauranger. Det var en trevlig konferens, om än lite oorganiserad i starten när programmen inte var färdigtryckta, men en både intressant och rolig vecka hade vi i Barcelona. Fast det var kallt!

Referenser

1. Russel MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoling. Br Med J 1979;281:231-5.
2. Walker D et al. Health checks in general practice: another example of inverse care? Br Med J 1990;300:1115-8.

Författarpresentation

Maria Öreberg, AT-läkare

Göran G Jonsson, FV-läkare

Kjeld West, distriktsöverläkare

Postadress: Hörby vårdcentral, Råbygatan 41, 242 34 Hörby.

Kommentar

**Rudebeck CE. Kolesterol som folkrörelse – preventionen ex-
ploaterar människors döds-
ångest.**

AllmänMedicin 1990; 11:141–2.

Mai-Lis Hellénus

*Prevention av vår tids stora
folksjukdomar är en viktig upp-
gift för allmänmedicinen. Där
ingår att spåra och behandla
riskfaktorer för hjärt-kärlsjuk-
dom, bland annat höga koleste-
rolvärden.*

God vetenskaplig grund

Att påstå att det vetenskapliga under-
laget för kolesterolsänkning hos den
svenska befolkningen skulle vara
bräckligt, är för mig en osanning. Den
vetenskapliga grunden bygger på
djurexperimentella studier, epidemio-
logiska observationer och ett stort
antal kliniska studier. I dagsläget finns
även ett flertal så kallade "regres-
sionsstudier" där man visat att kole-
sterolsänkning kan få den arterioskler-
otiska processen att stanna upp och i
vissa fall till och med att gå i regress.
Ingen av de kliniska studierna har
varit upplagd för att visa effekt på to-
talmortalitet (med vetskap om hur
långsam den arteriosklerotiska proces-
sen är borde sådana studier pågå i
många decennier och omfatta 100 000-
tals människor). Trots detta har tre
studier visat effekt även på totalmor-
talitet: långtidsuppföljning av Corona-
ry Drug Project, Stockholm Ischaemic
Heartdisease Secondary Prevention
Study samt Oslo Study Diet and An-
tismoking Trial. Den mycket välgjor-
da Oslo-studien, som innefattade
kostomläggning och rökstopp, kunde
efter fem år visa stora vinster vad gäl-
ler sjuklighet i ischemisk hjärtsjuk-
dom. Även skillnader vad gäller total-
mortalitet redovisades. Vid tidpunk-
ten fem år var dessa skillnader ej signi-
fikanta, men vid nioårsuppföljningen
var skillnaden i totalmortalitet klart
signifikant.

Vi fastnar ofta i diskussion om en-
staka studier, där man använt farmaka
för att reducera kolesterolnivåerna.
Det finns idag minst 22 kolesterolre-
duktionsstudier och flera icke farma-
kologiska med mycket fina resultat.
Dessutom bör vi inte glömma den epi-
demiologiska bevisföringen. Den 50-
procentiga nedgången i infarktdödlig-
het som man sett i USA under de se-
naste åren bedömer man till stor del

vara betingad av förbättrade levnads-
vanor.

**Samtala om levnadsvanor med
ödmjukhet**

Mot bakgrund av att vår tids stora
folksjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar
och cancersjukdomar, till stor del or-
sakas av livsstilsfaktorer såsom matva-
nor, rökning, alkoholvanor med mera,
kan det kanske vara acceptabelt att
använda kolesterol som en öppning
(=inträdesbiljett) till att tala om lev-
nadsvanor. Detta samtal bör ske med
ödmjukhet och utan att skuldbelägga.
Detta samtal för jag idag med gott
samvete, för jag vet (men kan själv-
klart aldrig lova patienten något – som
Carl Edvard Rudebeck påpekar – livet
är oförutsägbart) att det lönar sig.
Den vetenskapen har jag utifrån den ve-
tenskapliga grunden samt egna erfa-
renheter.

Visst har det stundom blivit "kole-
sterolhysteri", men där har massme-
dia bidragit mest och vi måste vara
rustade att möta patienternas frågor.
Vi får dock inte glömma, att genesen
till arteriosklerotisk hjärt-kärlsjuk-
dom är multifaktoriell och att metabo-
la rubbningar, rökning, psykosociala
faktorer, ärftliga faktorer med mera,
samverkar på ett mycket komplext
sätt.

Vad är normala kolesterolvärden?

Påståendet att de flesta infarktpatien-
terna har "normala" eller måttligt för-
höjda kolesterolvärden används ofta
som ett argument mot prevention.
Risken att sjukna i hjärtinfarkt ökar
kraftigt ju högre kolesterolvärdet är,
det vill säga infarkter är ännu vanliga-
re bland individer med mycket höga
kolesterolvärden, men tack och lov är
dessa individer betydligt färre i befolk-
ningen. Däremot tycker jag man kan
fundera över vad som är "normala"
kolesterolvärden. Våra nya riktlinjer
är satta ur ett praktiskt perspektiv.
Sannolikt är kinesernas och japaner-
nas kolesterolvärden kring 3–4 mmol/l
mer "normala".

**Prevention – en viktig uppgift
för allmänläkare**

Större delen av den svenska befolk-
ningen behöver förbättra sina matva-
nor, motionsvanor och rökvanor och
där har vi distriktsläkare en viktig
uppgift. Vi bör även försöka hitta de
individer som på grund av familjära
lipoproteinrubbningar löper en myc-
ket hög risk att insjukna i hjärt-kärl-
sjukdom i förtid och ge dem en ade-
kvat behandling. En distriktsläkares
uppgift är, att se till sin befolknings
hälsa och att erbjuda prevention och

sjukvård på både populations- och in-
dividnivå. Distriktsläkaryrket, som
jag är stolt över, har så många dimen-
sioner och är så fascinerande, att jag
aldrig behöver längta till någon annan
specialitet.

Författarpresentation

Mai-Lis Hellénus, distriktsläkare.

Postadress: Sollentuna vårdcentral, Box 164, 191 23
Sollentuna.

LB 06547

Kommentar

**Sjönell G. Från vårdcentral till
kvartersakut – en studie i pro-
duktivitet och kostnader.**

AllmänMedicin 1990;11:230–4.

Nils-Axel Bennedich

Jämförpriser & Matteus

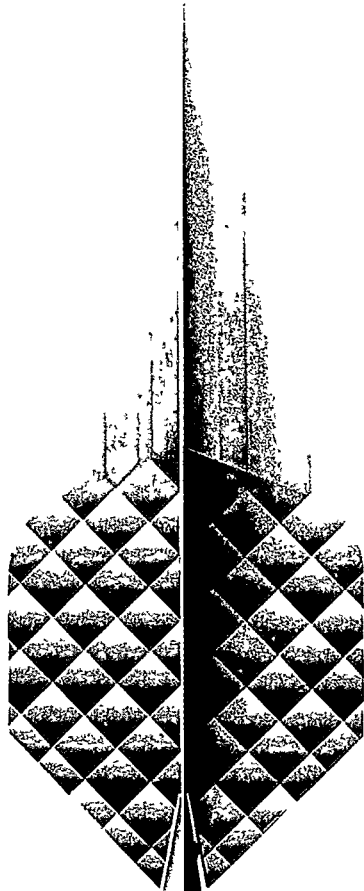
Vi läser ofta om "Matteusmodellen"
och dess kvartersakuter som ett fram-
synt sätt att bedriva primärvård i stor-
stad. Detta stämmer förvisso – med
betoning på storstad. Att många vård-
centraler i Sverige behöver fler perso-
nalkategorier än läkare är odiskuta-
belt i glesbygdssområden, där antalet
läkartjänster i och för sig överträffar
Stockholm, men tjänsterna är dessvär-
re obesatta. I brist på läkare kan man
inte ha en sjukvårdsorganisation base-
rad på hög läkartäthet.

Men till saken ...

Många med mig får signaler från
högre landstingstjänstemän och politi-
ker om besparingar. Matteusmodel-
lens minimala kostnader nämns ofta.

Vid din redovisning i AllmänMedi-
cin 6/90 av verksamheten vid Brunke-
bergs vårdcentral anges en kostnad på
287 kronor/läkarbesök. Denna siffra
är något kryptisk vid försök till närma-
re analys. Vad är den egentligen base-
rad på? Endast kostnader för läkare
inklusive jour? Endast uppgifter strikt
kopplade till läkaruppdrag och således
exkluderande distriktssköterskorna?
Annat?? Antalet läkarbesök anges till
10 200 × 287 kronor, vilket ger drygt
2.9 miljoner kronor som underlag.
Denna summa räcker inte till 18 an-
ställda (motsvarar i genomsnitt 9500
kronor i månadslön efter avdrag i per-
sonalomkostnader).

Ser man närmare på Brunkebergs
nettobudget på 5.6 mKr (personal-
kostnader + övrig drift – intäkter)
och dividerar med antalet läkarbesök
(10 200) får man 549 kronor/läkarbe-
sök. Kostnaden för motsvarande verk-
samhet i Vallentuna primärvårdsom-
råde (PVO) ger 389 kronor/läkarbe-



Citodon

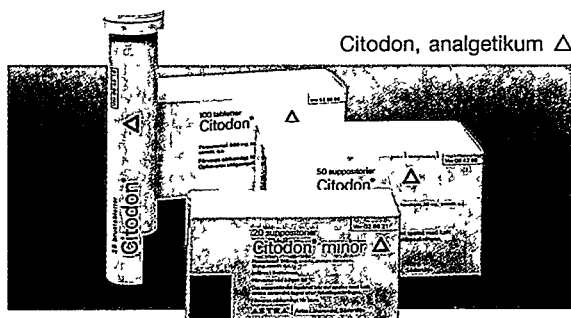
Citodon®

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

Tabletter – brustabletter – suppositorier

– **snabbt tillslag***

– **effektivt**



Förpackningar Citodon: Tabletter 20, 50, 100 st och 6x100 st. Brustabletter 25, 50 och 100 st. Suppositorier 10, 20 samt 50 st.

NYHET

! **Citodon minor** (paracetamol 350 mg, kodein 15 mg)

– för medelsvåra smärttillstånd hos barn.

Förpackningar Citodon minor: Suppositorier 20 st.

* vanligen inom 30 minuter



Astra Läkemedel AB

151 85 Södertälje

sök. Tas den totala kostnaden för primärvården i Vallentuna, inkluderande verksamheter som saknas vid Brunkeberg såsom mödravård, cytologmottagning, ungdomsmottagning, sjukgymnastik, arbetsterapi, kvälls-nattgrupp, perifera distriktssköterskemottagningar, PVO-administration mm (ej hyror) blir kostanden 552 kronor/läkarbesök.

Motsvarande kostnader för andra PVO:n i Danderyds sjukvårdsområde avviker bara några 10-tal kronor från detta.

Jag tror inte en sekund på att primärvården i Matteus är billigare än på många andra håll i Sverige. Men för att göra jämförelsen meningsfull måste underlaget för de 287 kronorna offentliggöras.

Författarpresentation

Nils-Axel Bennedich, PV-chef i Vallentuna.

Postadress: Vårdcentralen, 186 36 Vallentuna.

Replik

Bäste Nils-Axel!

Tack för Ditt inlägg och Ditt intresse för min artikel om kostnader i primärvården: Brunkebergs vårdcentral. Jag skall försöka besvara Dina frågor med konkreta siffror, men även argumentera mot en del av Dina synpunkter.

Beräkningen av kostnader för läkarbesök Brunkebergs vårdcentral framgår av bifogade tabell. Som jag skrev i min artikel, är beräkningen gjord med utgångspunkt från de kostnader som gällde 1988 med personalkostnader och driftkostnader inkluderade, dock ej hyror.

Läkarbesöken är beräknade så, att den kostnad som uppstår genom att personal engageras i läkarbesöken är vad som räknas. Distriktssköterskor ute i hemsjukvården, sjukgymnaster, undersköterskor i hemsjukvård etc har ingenting med läkarbesök att göra, varför de självklart inte inkluderats. I den gamla organisationen hade läkarna service av distriktssköterska sex timmar per dag, undersköterska heltid och sekreterare heltid samt "en tredjedels" receptionist, vilket framgår av tabellen.

Din diskussion om kostnader, där kostnader för läkarbesök kalkylerats genom att alla läkarbesök divideras i primärvårdens totala årsbudgeten, finner jag i grunden helt orimlig, beroende på att det inte finns någon jämförbarhet mellan olika distrikt med tanke på befolkning, ålderssammansättning, sociala struktur, glesbygd,

tätort, antal serviceboenden, antal ålderdomshem, hur stor hembesöksaktiviteten är, hur många omsorgsgrupper som finns i området etc.

Jag har dock gjort motsvarande kalkyl som Du för primärvårdsområde (PVO) 1 år 1989. Nettokostnaden för motsvarande personal som Du skriver om i Ditt inlägg, är i PVO1 40.500.000 kronor (exklusive intäkter och hyror). Antal läkarbesök var samma år 78.200, vilket ger en medelkostnad på 517 kronor. Värt att notera är att dessa läkarbesök till 6 procent var hembesök, vilket är mycket ovanligt, att var fjärde patient som konsulterat läkare i PVO1 är äldre än 75 år och att läkarverksamheten bedrivs dygnet runt, året om.

Din ytliga beskrivning av Matteusmodellens Kvartersakuter såsom en verksamhet endast bestående av läkare, måste väl vara en missuppfattning, eftersom Du tydligen har läst min artikel i AllmänMedicin nr 6 1990. Inom primärvården i PVO1 arbetar distriktsläkare, distriktssköterskor, undersköterskor, sekreterare, sjukgymnaster, arbetsterapeut, kurator, barnmorskor, barnsjuksköterska, barnsköterska, vägbiträde, föreståndare, assistent, kontorist, telefonist, hörselvårdsassistent m fl. Självklart behövs många personalkategorier i primärvården. Vad jag argumenterar för är en rimlig balans mellan läkare och övrig personal. För närvarande är det på de flesta ställen i Sverige en allmänläkare på åtta till tio övrigt anställda.

Din argumentation för att man i glesbygd behöver mer personal för att man saknar läkare är ett defensivt resonemang. Som ansvarig PVO-chef borde Du i stället starkt argumentera för att man i glesbygd borde ägna väsentligt större insatser åt att rekrytera läkare, än att kompensera med billigare och sämre utbildad arbetskraft.

Sammanfattning

Jag tror att Du delvis har missuppfattat avsikten med min artikel "Från vårdcentral till Kvartersakut". Avsikten med artikeln var att visa hur en befintlig vårdcentral kan omorganiseras och vilka ekonomiska konsekvenser det har på just den enhetens verksamhet. Jag skriver inte att generalisering av våra kostnader kan göras till andra distrikt. Jag beskriver hur en vårdcentralers tillgängliga budget kan utnyttjas, om man omstrukturerar personalen så att den motsvarar befolkningens och inte personalens behov.

Att den nya organisationen samtidigt inneburit att allmänläkarna fått anständiga arbetsvillkor, ett eget distrikt med självbestämmande över tidbok, planering etc, är inte minst väsentligt att framhålla. Det som saknas i Ditt och Danderyds primärvårdsom-

Tabell 1. Brunkebergs vårdcentral. Årskostnad enligt 1988 års kostnadsläge.

1986	
1.0 dl	= 436 560
0.8325 dsk	= 158 150
1.0 usk	= 173 880
1.0 sekr	= 165 600
0.33 recept	= 57 200
Övr drift	= 137 700
Summa	1 128 400
Antal läk besök	= 2 200
Kostn/besök	= 513
1989	
1.0 dl	= 436 560
0.25 usk	= 43 470
0.5 sekr	= 82 800
Avskrivning och drift PC	= 37 000
Övr drift	= 137 000
Summa	= 736 830
Antal läk besök	= 2 550
Kostn/besök	= 287

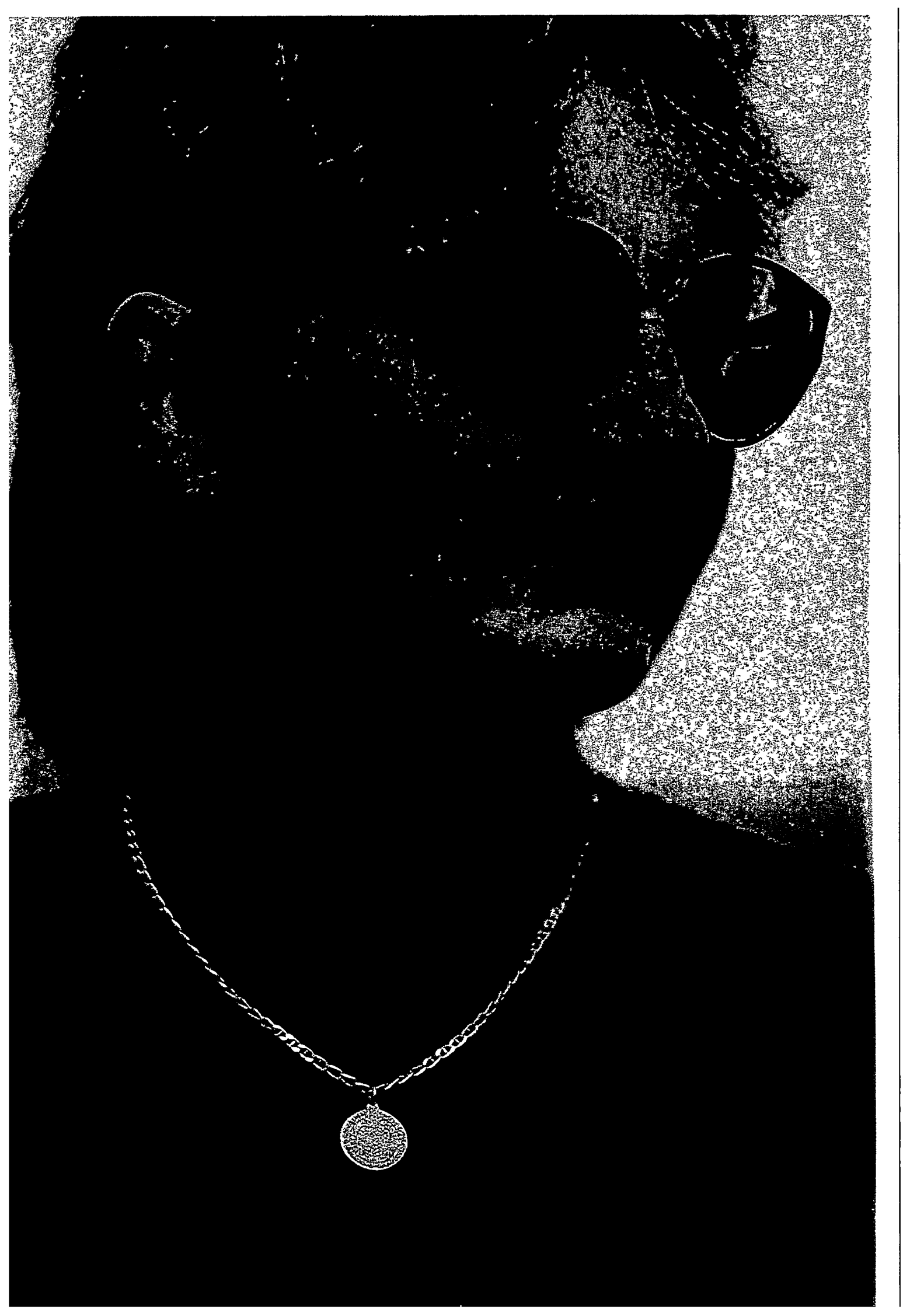
råden är i många fall just allmänläkare med drägliga arbetsvillkor. Ni har i era områden överlåtit merparten av öppenvården (det vill säga de ekonomiska resurserna) till olika former av specialistläkare, sjukhusmottagningar, privatläkarmottagningar etc och därmed missat chansen att skapa en allmänläkartät primärvård. Om sedan ett enskilt distrikts läkarbesök är billigt eller ej, är irrelevant när merparten av invånarna i distriktet saknar möjlighet att få konsultera densamma.

Du är varmt välkommen på ett studiebesök hit till PVO1 och Kvartersakuten, så att Din tro om vår verksamhet kan ersättas av kunskap om vår verksamhet, sedan kan vi fortsätta debatten.

Välkommen!

Göran Sjönell

Postadress: Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 11327 Stockholm.



” Jag blev tagen av
polisen för fylleri. Trots att jag inte
dricker en droppe. ”

Anita Eriksson, byråsekreterare

Redan i 5-årsåldern konstaterades att Anita led av migrän. Hon hade ofta huvudvärk och kräktes.

Under skoltiden blev det värre och i 17-årsåldern kom migränanfallen mera regelbundet, minst en gång i veckan. Ändå var det inga större problem att hantera sjukdomen; kamrater och lärare visade förståelse och stöttade. Värre skulle det bli i vuxen ålder, både med migränlidandet och med bristen på hänsyn från omgivningen.

Nu får Anita Eriksson svåra anfall varannan, var tredje dag och när attackerna kommer, tar hon den migränmedicin som hon fått regelbundet i mer än 10 års tid.

Förutom de biverkningar Anita börjat få av sin medicin i form av värk i fingrar, knän och fötter så har hon också drabbats högst påtagligt av preparatets omtöcknande effekt. Lummig av medicinen greps Anita en gång i Stockholms tunnelbana och blev förhörd hos polisen som undrade hur mycket sprit hon druckit. Så småningom hittade man ett recept på läkemedlet som orsakat det hela och Anita släpptes.

Till saken hör att Anita Eriksson inte nyttjar alkohol eftersom hon tycker det räcker med den huvudvärk hon redan har.

Vi vill göra livet lättare för alla som har migrän.

Allenburys
ETT FÖRETAG INOM GLAXOKONCERNEN

Allenburys första uppgift är att förse Sverige med praktiska resultat av närmare 20 års migränforskning inom Glaxokoncernen.
Allenburys AB, Ingenjörscentrum 191 78 Sollentuna.

Ja tack!

☐ Jag vill gärna ha
fortlöpande information om
forskning och behandling
av migrän.

☐ Skicka mig kostnadsfritt
en lånekassett
med videoprogrammet
"The Migraine Mystery"



NAMN

BEFATTNING

ARBETSPÅSATS

ADRESS

POSTNR/ORT

Posta kupongen
i kuvert till:
Allenburys AB
Ingenjörscentrum
191 78 Sollentuna



Cardiovascular Diseases in Seven Counties of Sweden

– Regional Differences and Risk Factors

Christina Nerbrand disputerade den 26 oktober 1990 vid Institutionen för allmänmedicin i Uppsala. Opponent var professor Bengt Scherstén från Dalby. Handledare hade varit professorerna Gösta Tibblin och Kurt Svärdsudd.

Nyckelord: Hjärt-kärlsjukdomar, riskfaktorer, registerstudier, geografisk fördelning, forskning, vatten.

Öst-västlig gradient

I 76 kommuner i sju län i mellansverige studerades mortaliteten under åren 1969-1983. Det statistiska materialet, grundat på dödsbevis, erhöles från Statistiska Centralbyrån (SCB). Efter utförd åldersstandardisering framkom en öst-västlig gradient med låg mortalitet i öster och hög mortalitet i väster. Skillnader förelåg endast för den kardiovaskulära mortaliteten. Den icke-kardiovaskulära mortaliteten i regionen uppvisade inga geografiska skillnader. Både inom diagnosgruppen ischemic heart disease (IHD) (ICD 410-414) och stroke (ICD 432-438) förekom denna gradient. IHD-mortaliteten i Värmlands län var 60 procent högre för män 45-64 år och 53 procent högre för kvinnor i samma åldersgrupp jämfört med Uppsala län. Skillnader förekom i alla åldersgrupper, både för män och kvinnor och var konstanta över de tre femårsperioderna.

Hjärt-kärlsjuknande och obduktionsfrekvens

För att utröna om dessa skillnader kunde bero på skillnader i metodologi beträffande diagnostik och grund för utfärdande av dödsbevis, genomfördes en studie av incidensen av hjärt-kärlsjukdomar i 11 kommuner i Värmlands län och 6 kommuner i Uppsala län. Ur journalhandlingar registrerades samtliga patienter, som utskrevs från sjukhus med diagnosen akut hjärtinfarkt (ICD 410) eller stroke (ICD 432-438) under åren 1972-1981 avseende ålder, kön, hemkommun, diagnos och utskrivningssätt. I kommuner med hög mortalitet var även morbiditeten hög. Dödsfall utanför sjukhus var vanligare i Uppsala län än i Värmland, medan "case fatality rate" på sjukhus var högre i Värmland.

I en kommun med hög infarktdödlighet och en med låg infarktdödlighet studerades dödsbevis avseende obduktionsfrekvens och plats för dödsfallet. Obduktionsfrekvensen var högre i öster, men med hänsyn taget till detta och hur dödsorsaken fastställdes i övrigt, kvarstår de stora mortalitetsskillnaderna.

När alla dessa olikheter vägdes samman, var skillnaderna inte av sådan storleksordning, att de kunde förklara skillnaderna i hjärt-kärlmortalitet i regionen. Dessa borde således inte bero på metodologiska olikheter.

Riskfaktorer

De traditionella riskfaktorernas förekomst bland medelålders män studerades genom en postenkät till 400 slumpmässigt utvalda män i åldern 45-64 år i vardera 40 kommuner i fyra län i den mellansvenska regionen. 14675 personer (88 procent) besvarade enkäten. Prevalensen av IHD hade samma geografiska mönster som mortaliteten med en låg prevalens i öster och en hög i väster. Viss variation av förekomst av riskfaktorer förekom och med hänsyn tagen till detta blev den geografiska variationen något mindre men fortfarande av betydande omfattning. Skillnader i de traditionella riskfaktorerna förklarade således inte den stora skillnaden i IHD-prevalens och mortalitet.

Blodlipider

För att ytterligare undersöka den kardiovaskulära riskprofilen, speciellt blodlipiderna bland medelålders män i den mellansvenska regionen, genomfördes en hälsoundersökning av 50-åriga män. I två kommuner med hög och i två med låg IHD-mortalitet inbjöds 60 slumpmässigt utvalda män att delta. Förutom en intervju om livsstilsfaktorer, sociala förhållanden, skattning av hälsa och social miljö, utfördes blodtrycksmätning, analys av serumlipider samt mätning av selen. Totalkolesterol, liksom HDL- och



Disputationspanorama: Gösta Tibblin (handledare), Christina Nerbrand (respondent), Bengt Scherstén (opponent) och Björn Smedby.

*LDL-kolesterol och serumtriglycerider låg på lika nivåer i de båda grupperna. Vid analys av fria fettsyror framkom signifikanta skillnader avseende stearinsyra, som var högre i väster, samt arachidonsyra, som var lägre i väster. För övriga riskfaktorer förelåg endast mindre skillnader mellan öst och väst.

Mjukt vatten bidrar till hjärt-kärlsjukdom

I flera internationella studier har ett samband mellan mjukt vatten och hög

mortalitet i hjärt-kärlsjukdom påvisats. I denna studie användes officiella vattendata från 1980 via register. Dessutom samlades vattenprover in under 1990 från alla kommunala vattenverk i regionen. Vid analys av vattendata och mortalitetsdata 1969–1983 från SCB avseende hjärt-kärlsjukdom framkom signifikanta samband mellan kalcium, sulfat och alkalinitet å ena sidan och IHD-mortalitet och stroke-mortalitet för män och kvinnor å den andra. Då hänsyn togs till regionala skillnader i ålder och i de traditionella

riskfaktorerna, var kalciumförekomsten i vattnet fortfarande signifikant relaterad till lågt insjuknande, med en förklaringsgrad på 40 procent av skillnaderna i IHD-mortalitet på kommunnivå.

Författarpresentation

Christina Nerbrand, distriktsläkare

Postadress: Tingvallamottagningen, Vårdcentralen Gripén, Box 547, 651 12 Karlstad.

LB0 655D

Exagium Vermlandicum Novum "Disputabulum" – OppONENTI Collegii

Tredjeopposition i samband med Christina Nerbrands disputationstest

MATS BERGSTRÖM · INGVAR MÜNNICH

Vi befinner oss hos Sankte Per, där tid inte längre existerar.

Gösta Berling (klädd i slängkappa och hög hatt):

– Ni tror kanske att Sagan i Värmland tagit slut? ... Nej då, den tar aldrig slut! Det blir bara nya tider – nya järnbruk, nya majorskor och nya kavaljerer!

Multi-Risk (klädd i sk Torsby-kavaj (Helly-Hansen-tröja) och reklamösa från Billerud:

– Å Guuud, va gött å vare här hos Sankte Per!

– Välkommen till Paradiset, min gode man! Vem är du?

– Ja ä Risk.

– Risk? Heter du inte något mer?

– Joo, Multi-Risk född Frisk.

– Och i så fall, vad heter dina föräldrar?

– Mini Frisk och Max Risk.

– Var är du kommen från, min vän?

– Ja kommer från Jämmerdalen.

– Jaa, det gör vi väl alla, men var där?

– Torsby.

– Torsby? ... Det har jag aldrig hört talas om!

– Nääej, de hett väl Fryksände förr ...

– Å, min käre vän, då är vi båda fryksdalingar!

– Å vem ä du själv då?

– Känner du inte igen mej? Jag är ju den berömde Gösta Berling.

– Åå, ä då du! Hur läng har du vör här?

– Jaa, det är snart hundra år ...

– Hur läng feck du stann i Jämmerdalen?

– Vid pass trettiosju år.

– Åå, då va fort gjort! Hur bar du där åt?

– Joo, efter att Gud Fader skickat ner mej för att predika för Fryksdalingar, som inte alltid var så lätt, så kom jag på det mjuka vattnet. Tänk dej, det mjukaste utav allt vatten, som gjorde så gott i ådror och kroppen så allt omkring en vart så fagert ... Men du då, min vän? Hur länge fick du stanna därnere?

– Jaa du, ja tog mej äntligen ut på en IHD efter femtiotre år.

– Ja, inte för att jag vet vad en IHD är, men hur kunde du stanna där så länge?

– Jaru, då ä anner tier nu. Då ä int bare Fryksdalen söm ä vala länger. Nu har vi nöt söm hetter Jämmodalen ...

– Jämmodalen, vad är det?

– Jaa, då hett väl Mälardalen på den tia. Denna Jämmodalen fylld de mä en massa institutioner för jämlikhet, för folkhets och fostring. Då va socialstyret å livsmedelsverk å vattenledningsverk å standardiseringskommissioner och statiska centralbyrå och centrala statsbyrå och miljömedicinska laboratoriet och Gud vet va! Å allt som geck å mät, då mätt de och alle skull vare lik och hare lika jämmerligt och ingen skull kun smite unna i förti, å de hadde så möe rekommendationer för folkhälsan – int för möe tröck å rök å tåckt där och inge fett i ådran och möe flis och fibrer, å de där socialstyret de rekommendera sex åtta gånger om dan, och det tyckt ja ble litt för möe ...

– Ja, de kan jag förstå.

– Jaru, sen kom de te ett nytt hjärnbruk i Uppsala ... allmänmedicinska hjärnbruke ...

– Förlåt, sa du Allmänna hjärnmissbruket?

– Ja, ungefär så eller söm di kallert Allmänmedicinska frälsningsarmén i Uppsala å di skaff sej en agent i Kallsta, majorska på Tingvalla kalla di na för ...

– Vem ä då? Ä då Lambersfrua du menar?

– Neej, då ä Växnäsfrua, å vet du en da, så kom ho på öss mä detta mjukvattnet och ho ble så rasen å rusa in på institution å röt te en å kavaljeran: Tusan jävlar, Gösta! Di där Torsbyborna försöker smite unna. Di pimpler mjukt vatten söm svamper. Di förstör hele folkhälsan. Di ännrer öm i statistiken och det blir bara sju standarddeviationer värre.

– Sa ho det, majorskan? Sju SD värre?

– Ja, sa ho. Gösta vi måst mobilisere hele hälso-frälsoarmén. Ta öpp DN och Rapport! Ta Tvärsnytt, Fryksdalsbygden, VF, NWT! Å du, du kavaljer Sabelspets, ta mä däj dödsorsaksregistret, ta cancerregistret, ta hele SCB ... för nu måst även Fryksdalingen förstå att då ä allvar.

– Brydde ni er verkligen öm detta?

– Nääej, int brydd vi öss öm då, så då ble ännu mer sinniä, ... å så köm nästa anfall ... Gösta, sa ho, majorskan, Gösta, vi måste skape ett ekvilibrium över hele Sveas lann för den jämlike folkhälsan så ingen försöker smite unna i förti! Vi får helt enkelt sätte rotation på vattnet!

– Du sa't! Jag tänker på min gode vän Kevenhüller. Det är naturligtvis de ritningarna majorskan på Tingvalla har kommit över. Hans förslag var

- ju genialiskt. Han pumpade upp vatten ur Fryksdalen till Dalälven.
- Åru, va då Kevenhüllers tokidé då! ... Jaa, så gjord de i alle fall. De pompe öpp detta fryksvatten över Lisskogsåsen och lät de rinn ner i Västerdalälven å så gav ho order, majorskan, till kavaljerera: Gösta, sa ho, Gösta, gräv där du står! Gräv en by-pass från Söderfors till Tierp. Gräv på ner till Fyris och släpp ut det i Mälarn. Dra en anastomos över Hjälmarn te Vänern och lägg ut kolateralen i alle Bergslagskanalera! Å så ä då bare och sätte rotation på't, å Gösta, du kan int bare få cirkulärtid utan du kan få ett cirkulärt flöde över hele Sveas lann å då mest perfekte ekvilibrium.
 - Ekvilibrium? Men hur kunne fryksdalingera acceptere dette? Å va like alle annre?
 - Ja, vi trodd väl först att dette må librium betydde nöe må frihet, men

vi åkte på pumpen dubbelt öpp .. för du vet, värmlänningar di hadd ju också tröst säj mest å alle må desse lyckopillran som kom, så då ble inte bare ekvilibrium, då ble ekvivalium må! Å då hadd ja fått nog!

- Ja, men hur tog du däj då ur detta inferno?
- Jo du vet, alle kloke gör ju nöe dumt, å de glömde bakvatten. Du vet Lekvattne, detta nörskvatten utan ett spör å då minste spörämne. De va så mjukt å så lent. Ja helt fritt från sele-ne må. Då va söm renat, då va bare 16.8 mg kalk kvar i't å då tyckt ja att ja va så när te himlen, så jag ropte på Per. "Per, öm då ä möjligt så gånge denne kalk ifrå mäj!" å då öppnades portera å här är ja!
- Käre bror! Välkommen! Låt oss tillsammans njuta av denna himmelska tillvaro! Men först, majorskan på Tingvalla, Gösta Junior och alla ni andra kavaljerer, må jag med ål-

derns rätt förklara för er, att Värmland och värmlänningar kan en inte ännre på hur söm helst! Å nu ska ni få höre hur Värmlannsvisa bör sjonges!

Ack, Värmland du sköna, du mjuka vattens land,
du högrisk bland Svea rikes länder!
Och komme jag än mitt uti det hårda vattens land
till Värmland jag ändock återvänder.
Ja, där vill jag leva, ja där vill jag dö,
om en gång ifrå Värmland jag dricker en spann vann,
så vet jag att aldrig jag mig åldrar.

Författarpresentation

Mats Bergström, distriktsläkare

Ingvar Münnich, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Gripen, Box 547, 651 12 Karlstad.

Doktorsavhandlingar
från primärvården



Cecilia Björkelund

LB06557

The Strömstad Survey

- A model for prevention of cerebrovascular and cardiovascular disease in women within the primary health care organization

JACOB WENNBERG

Cecilia Björkelund disputerade luciadagen 1990 vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg. Avhandlingen bestod av en screening- och interventionsstudie, där man gick igenom kvinnor i åldern 45-64 år med avseende på riskfaktorer för cerebrovaskulär och kardiovaskulär sjukdom. Professor Even Lærum från Institutt for Allmenmedisin i Oslo var opponent. Calle Bengtsson, professor i allmänmedicin i Göteborg, tillika respondentens handledare, fungerade som ordförande.

Nyckelord: Prevention, riskfaktorer, cerebrovaskulära sjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, screening, intervention, doktorsavhandlingar, Strömstad.



Professor Even Lærum (opponent), Cecilia Björkelund (respondent) och professor Calle Bengtsson (handledare).

Calle Bengtsson hälsade de närvarande välkomna, såväl huvudaktörerna som betygsnämnden, bestående av professorerna Leif Hallberg, Ragnar Rylander och Arne Wallgren samt alla åhörare. Cecilia Björkelund är den andra allmänläkaren som disputerar vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg. Hon var i många år distriktsläkare i Strömstad, men är nu studentläkare i Uppsala på deltid. Ce-

cilia är med i SFAMs styrelse och redaktionen för AllmänMedicin.

Strömstadskvinnan dör i stroke

Avhandlingen består av sex arbeten. Bakgrunden är den, att man inom Bohuslandstinget gjort en jämförelse av mortalitetsdata mellan olika delar av Bohuslän. Man fann där att det i Strömstad under den studerade perioden 1969-78 fanns en ökad kvinnlig

dödlighet i kardiovaskulär sjukdom och speciellt stroke. Cecilia, som börjat ifrågasätta de eviga, traditionella blodtryckskontrollerna, såg chansen att göra en studie i projektform, där man förhoppningsvis skulle kunna påverka livsstilsfaktorer hos de medverkande. Tillsammans med Calle Bengtsson lade man upp en studie.

Den första artikeln är en epidemiologisk studie av dödsfallen under åren 1969–78. Man gick igenom journaler, dödsbevis och även obduktionsprotokoll. Man fann att det var en signifikant ökad mängd kvinnor som avlidit i stroke i Strömstad jämfört med länet i övrigt. Detta stärktes ytterligare av att även Tanums kommun söder om Strömstad och närmaste "fylke" (län) i Norge, Østfold, också uppvisade en ökad mortalitet i stroke bland kvinnor. Detta gjorde det förstås intressant att gå vidare med screeningsundersökning av kvinnor i Strömstad.

Kvinnor mellan 45 och 64 år screenades

Man valde att kalla in kvinnor i Strömstad mellan 45 och 64 år. Av 10000 invånare fanns 1084 kvinnor i nämnd ålder. Av dessa hörsammade 927 (86 procent) kallelsen. Tanken var att man speciellt skulle uppmärksamma de så kallade "kvinnliga riskfaktorerna" för hjärt-kärlsjukdom. Det är ju en del studier gjorda på detta tidigare, bland annat Calle Bengtssons kvinnoundersökning. Undersökningen pågick september 1985 till april 1986. Kvinnorna kom till kontroll fastande och man mätte kroppsvikt, längd, body mass index (BMI = vikt, kg/längd, m²), midja/stuss-kvot (midjemått i cm/stussmått i cm) och blodtryck mätt med kvicksilvermanometer i liggande efter fem minuters vila. Blodprover innefattande Hb, serumkolesterol, s-triglycerider och B-glukos togs. Dessutom togs rökanamnes.

Hälften av kvinnorna har minst en riskfaktor

Man har tidigare i den så kallade Kvinnoundersökningen i Göteborg funnit, att förhöjd midja/stuss-kvot samt ökad triglyceridnivå är starkt och oberoende relaterade till stroke och hjärtinfarkt.

Av de 927 kvinnorna hade 528 (57 procent) en eller flera riskfaktorer och andelen ökade med stigande ålder. Dock var ej riskfaktormönstret i Strömstad annorlunda från mönstret i andra kvinnopopulationer. I en av artiklarna diskuterar man andra faktorer som kan förklara den ökade dödligheten. Man nämner till exempel att graden av mental stress kan vara ökad – det avspeglas bland annat i en hög konsumtion av sedativa och hypnotika. En annan tänkbar faktor är

Strömstads mjuka vatten. Denna faktor har studerats av Christina Nerbrand i mellansverige.

Intervention

När man väl kartlagt kvinnorna, vidtog den stora utmaningen, nämligen att aktivt försöka påverka riskfaktorerna.

Av kvinnorna med riskfaktorer hade 22 procent bukfetma eller generell övervikt, 22 procent hade hypertension och 11 procent förhöjda triglycerider. Med hjälp av bildningsförbund och idrottsorganisationer startade man matlagningsgrupper och gymnastikgrupper. Varje grupp bestod av 6–10 personer som träffades varannan vecka under tre månader. Dessa kurser var kostnadsfria. Dessutom anordnades sluta-röka-grupper.

Av kvinnor med en eller flera riskfaktorer deltog 114 (30 procent) i interventionsprogrammet. I en uppföljning fann man en signifikant reduktion av riskfaktorerna bland de kvinnor som deltagit i grupper jämfört med dem som ej deltog. Vid 18 månaders uppföljning fann man att genomsnittligt hade kroppsvikten gått ner 3 procent, diastoliskt blodtryck 3 procent, serumtriglycerider 17 procent och HDL hade ökat 22 procent. Den enda nedslående gruppen var rökarna, där man lyckats få med endast 11 av 231 rökare i sluta-röka-grupper. Av dessa elva personer lyckades bara tre sluta.

Projektet kostar mindre än ett fall av stroke

I den sista artikeln har man gjort en kostnadsberäkning av hela projektet och sett vad screening och interventionsprogram kostar jämfört med vad man kan spara. Enligt beräkningarna på reduktion i riskfaktorer skulle man kunna minska antalet stroke i populationen med 0.94 fall, hjärtinfarkt med 1.05 fall och angina pectoris med 1.28 fall. Hela projektet beräknas kosta samhället mindre än vad en patient kostar som insjuknar i stroke.

Opponentens synpunkter

Opponenten gick igenom de olika artiklarna och strävade efter att "popularisera" vissa termer med tanke på anhöriga och andra av icke-fack-folk i publiken. I sin opposition var han tveksam till avhandlingens titel "The Strömstad Survey", eftersom en survey är en överblick och ej innefattar en intervention, vilket man ägnat sig åt i Strömstad.

Han hade några frågor kring omständigheterna i samband med provtagning, bland annat gick han igenom felkällor för blodtrycksmätningar. Vad gäller midja/stuss-kvot, där man mätt till närmsta millimeter, kallade

han detta "pseudoprecision". Varför det var så svårt att få rökarna att sluta togs förstås upp och respondenten trodde det berodde dels på att man endast hade rökavvänjning i grupp, vilket ej passar alla, dels på att somliga rökare valde att gå en kostkurs i stället. Cecilia fick också förklara varför det är farligare med bukfetma och kallade detta en manlig typ av fettdeposition, som lättare omvandlas till fria fettsyror. Opponenten efterlyste i ramberättelsen en bredare överblick över det epidemiologiska panoramat med referenser som visar att respondenten är påläst.

Sammanfattningsvis tyckte opponenten att det var en spännande och originell avhandling, eftersom det finns få interventionsstudier gjorda på kvinnor. Han tyckte också det var roligt att se, att en sådan här studie går att genomföra i praktiken i primärvården.

På frågan om vad som var nytt och originellt, svarade Cecilia, att man inom primärvården med begränsade resurser kan nå 80 procent av en befolkning och aktivera 30 procent i ett preventionsprogram. Dessutom att man positivt kan påverka riskfaktorer till en moderat kostnad och att detta bör vara effektivt för att förhindra uppkomsten av sjukdom på sikt.

Respondentens subjektiva synpunkter

Cecilia, som levt med denna studie sedan 1984, är förstås glad att disputationen är över. Hon har avsatt en stor del av sin fritid under många år och sista året har det blivit många resor mellan Uppsala och institutionen i Göteborg. Men hon tycker att det varit värt allt arbete och ser det som "grädde på moset" under dessa år. Hon tycker också att "det skall kännas" att man disputerar.

Cecilia tycker att läkarna i primärvården skall utnyttja den auktoritet de har på ett positivt sätt för att påverka sin befolkning. Hon hoppas att fler får tillfällen att forska och känner själv att hon helst vill kunna inlemma forskningen i den kliniska vardagen. Preventionsprojektet i Strömstad lever vidare och behöver säkert följas upp. Cecilia efterlyser mer samarbete mellan doktorander och forskare vid de olika institutionerna, såväl i Sverige som i Norden i övrigt.

Efter disputationen, då betygsnämnden sammanträdde, fick vi möjlighet att gratulera Cecilia och eftersom det var luciadagen fick vi förstås också skåla i glögg. Grattis Cecilia!

Författarpresentation

Jacob Wennberg, FV-läkare allmänmedicin, Göteborg.

Postadress: Allmänmedicinska institutionen. Redbergsvägen 6, 416 65 Göteborg.



Kvarteret Akuten

inbjuder till
seminarium i Stockholm
"ALLMÄNLÄKAREN I CENTRUM"

Projektet Kvarteret Akuten har blivit uppmärksammat i radio, TV och press. Intresset för att ta del av våra erfarenheter är så stort att vi inte kan ta emot alla som önskar komma på studiebesök. Därför organiserar vi tre dagars seminarium våren och hösten med auskultationer, arbetsbodar (work shops) och föreläsningar. Följande ingår:

- Att inte skydda distriktsläkaren från patienten
- Hur gick förändringsarbetet till?
- Datorer på Kvarteret Akuten
- Information – kommunikation
- Tillgänglighet, service och kontinuitet
- Den "nygamla" distriktssköterskan
- Läkarsekreteraren, en kugge i maskineriet.

Lärare på seminariet är bl a distriktsläkarna Carl Edvard Rudebeck, Charlotte Hedberg, Jonas Jonsson, Anders Molin, Magnus Eriksson, Sten Larsson, Mikael Stolt samt Göran Sjönell. Vidare medverkar primärvårdsföreståndare Eva Nyström, biträdande primärvårdsföreståndare Margareta Wennberg, distriktssköterskorna Carin Dannefalk, Carina Callenholm, läkarsekreterarna Susanne Lager och Carina Fahlander samt konsult Jan Thomsgård.

För ytterligare information, ring Kerstin Hertzman, tel 08-729 10 06 eller skriv till Margareta Wennberg eller Göran Sjönell på Kvarteret Akuten, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

... och doktorn kom – Del 2

En kvinnlig provinsialläkare bladdrar i minnenas bok

MÄRTA PALMBORG

Mjuklandning på nytt distrikt

En bitande kall decemberkväll körde doktor Borg med familj till Sätra (Värmländska Nysäter) för att taga emot möbelbussen, som beräknades komma följande morgon. Det tomma nybyggda huset såg nästan spökligt ut. Vägbelysningen utanför var tänd och blandade sitt ljus med månskenet från en gnistrande stjärnklar himmel. I närliggande hus lyste det vänligt i fönstren. Efter en snabbinspektion av mottagningslokaler och bostad, försökte de få några timmars sömn.

Dagen grydde och doktor Borg gick från rum till rum i den vackra lägenheten, som sträckte sig över hela andra våningen med fönster åt alla väderstreck och två balkonger. Allt var nytt och fräscht. Tjänstebostaden höll en mycket hög standard, närmast lyxig.

Huset låg centralt i det lilla samhället och inrymde i bottenvåningen mottagningslokaler för provinsialläkaren och distriktssköterskebarnmorskan. Distriktet var precis så som doktorn hade önskat sig – ett landsbygdsdistrikt utan järnväg och industri, endast 2 mil från närmaste stad med ett väl fungerande lasarett.

Det blev en lycklig första jul i det nya hemmet trots flyttstöket och doktorn, som var tjänstledig fram till årsskiftet, kunde ägna all sin tid åt hem och familj.

Nya året vakades in framför brasan och en ny period i doktor Borgs händelserika liv hade börjat. Med viss spänning avvaktades det första samtalet på tjänstetelefonen. Det kom redan på nyårsdagens morgon och inbar en sjukresa på drygt 2 mil norrut, visserligen utanför den nya distriktsgården, men man sade sig vara van att kalla närmaste doktor och det var givetvis ett acceptabelt skäl. Nästa samtal lät inte vänta på sig, denna gång från ett litet samhälle i södra delen av distriktet. Snart satt hela familjen i bilen och startade premiärturen.

Efter avslutat första sjukbesök gick färden söderut. Snöfallet upphörde och sikten blev god. man passerade långsträckta, isbelagda sjöar och allt talade för att distriktet under sommarhalvåret måste vara mycket vackert.

Det började skymma när doktor Borg återvände till hemmet efter den första arbetsdagen på det nya distriktet, en dag med idel positiva upplevelser.

Natten blev lugn. En utvilad och op-

timistisk provinsialläkare gick tidigt på morgonen ner på mottagningen för att dörren skulle vara öppen, när de första bussarna kom in. Innanför väntrummet låg ett sköterskerum och ett litet laboratorium samt läkarrum och två behandlingsrum. I den långa gången fanns två avklädningshytter – dock utan värme och ventilation!

Planlösningen var inte idealisk men fullt acceptabel. Kanske saknade doktor Borg mest en direktingång till behandlingsrummet – hur skulle man kunna få in en bår utan att passera väntrummet eller privatingången på husets baksida? Farhågorna besannades, man fick bära in bårerna genom väntrum och sköterskerum, passera laboriet in i doktors rum och där vända den över skrivbordet för att få rätt vinkel in i behandlingsrummet.

Antalet patienter på mottagningen ökade oroväckande redan första månaden och ännu en gång fick doktor Borg erfara trycket från ett fullt väntrum med onödigt långa väntetider för patienterna. Oron i väntrummet steg, när någon riskerade att missa bussen eller blev stressad av taxichauffören utanför.

Tidsbeställning hade redan börjat tillämpas på några provinsialläkarmottagningar ute i landet och det kunde vara värt ett försök. Visserligen ökade därmed antalet ingående telefonsamtal, men denna nackdel uppvägdes många gånger om av fördelarna.

En välskapad pojke

På distriktet tjänstgjorde tre distriktssköterskor, varav en tjänst ombildades till kombinerad distriktssköterskabarnmorsketjänst med stationsort i Sätra och mottagning i bottenvåningen intill läkarmottagningen. Vid månadsskiftet januari/februari skulle syster Vega från Berga tillträda den tjänsten till stor glädje för doktorn. Medan hon ännu satt på bussen på väg till sin nya tjänst, hände det stora ting på den lilla läkarmottagningen – ett gossebarn kom till världen! En bil hade stannat utanför mottagningen och man bad doktorn följa med de två mil in i till BB, då man oroade sig för att inte hinna fram. Medan doktorn rusade upp i bostaden för att hämta sina ytterkläder, hade man burit in den blivande mamman och med hatten ännu nedtryckt på huvudet, tog doktorn emot en välskapad pojke.

När förlossningen pågick, kom en mamma med sin lilla kattallergiska

dotter in i väntrummet. Även de fick komma in och se på den nye världsmedborgaren. "Å", utbrast mamman, "behöver en int åkt längre nu när en ska ha onger?" Så dracks det gott nykokt kaffe på mottagningen och den nyförlösta modern ville så gärna att doktorn skulle ge namn till pojken. "Lars skall han heta – det namnet skulle jag ge min egen son." "Det går inte för då hette grannens pojke", men Lars blev det! Doktorn fick sedan glädjen att följa "sin son" genom åren på barnavårdscentralen. Nu förstod hon bättre, hur det kändes för barnmorskan i Berga! När Lars som 6-åring sista gången före skolans början kom till barnavårdsmottagningen, skickade mamman in honom med en bukett bestående av sex vackra krysantherer med tack för de sex åren. Älskvärd mor, modig son!

Året som följde blev både ur arbets- synpunkt och för familjelivet lyckligare än man vågat hoppas. Maria började skolan – minst, blekast och magrast av alla barnen i första klassen. Den röda skolbyggnaden och missionshuset, som användes som klassrum, gav henne skoltidens första ljusa minnen.

En jourledig julhelg

Som alla andra familjer såg provinsialläkarfamiljen med stor förväntan fram mot den stundande julhelgen. Varje år fanns det en lika efterlängtd julklapp, en jourledig julhelg och det inträffade redan första tjänstgöringsåret i Sätra. Under de gångna åren hade det inte alltid varit så lätt att förklara för ett litet barn varför julklapparna under en jourtyngd julafton inte kunde delas ut förrän sent på kvällen – patienterna behövde doktorn och det måste gå före allt annat.

Under Berga-tiden brukade hela familjen tidigt på julaftons morgon resa till ålderdomshemmet för att önska de gamla en God Jul. Särskilt Marias närvaro hade varit mycket uppskattad. Den traditionen fick följa med till Sätra, men nu gällde det att hinna med fyra ålderdomshem i olika delar av distriktet.

Tidigt på juldagsmorgonen for man till julottan, första året i den egna församlingens kyrka – i distriktet fanns ytterligare tre kyrkor. Bänkraderna fylldes till bristningsgränsen och stolar sattes in. Hela familjer och släkter mötte upp och en behaglig doft av stall och ladugård blandades med stearinlukten från alla ljusen. Det blev en

förtätad stämning när psalmen "Var hälsad sköna morgonstund" intonerades på orgeln och sedan sjöngs av gammal och ung med en styrka, som nästan dränkte sången från kyrkokören.

Från vaggan till graven

Gångna årens erfarenheter hade stärkt doktorn i sin uppfattning att det var få läkare förunnat att i sin verksamhet få spänna över så stora områden som en provinsialläkare, inte bunden till något specialistfack, inte till en viss åldersgrupp. Här inrymdes allt, både sjukvård och hälsovård från det väntade barnet till människans sista levnadsdagar. Man kunde med rätta tala om att provinsialläkaren fick följa befolkningen inom sitt distrikt från vaggan till graven.

Som motiv till de dagliga patientmottagningarna, då sjukdom och lidande dominerade bilden av medmänniskan, kändes det på något sätt befriande, när väntrummet fylldes med friska, härliga barn och förväntansfulla blivande mödrar. Plötsligt var det liv och rörelse på mottagningen! Rop och skratt blandat med spädbarnsskrik trängde in till doktorn. Dessa mödra- och barnavårdsmottagningar var alltid lika efterlängtrade och medverkade i hög grad till att fördjupa kontakten med hemmen.

På väggen bakom doktors skrivbord började antalet fotografier av barnavårdsbarn att öka – oftast var det föranlett av någon särskild händelse och ibland med en speciell påskrift. Så stod det en gång "Till Tant Doktorn från lillflickan Peter" – det var mamman som fått "löfte" om en flicka. Detta fotografi överlämnades sedan till Peter som lysningspresent när han gifte sig i USA, dit han utvandrade. "Min kära gamla doktor Borg! Du kan inte ana vad jag blev överraskad och rörd över att bli ihågkommen med en bröllopspresent av Dig! Vilken kreativ och rolig present sedan. Tack så hemskt mycket!" Så löd före detta barnavårdsbarnets tack!

Som skolläkare fick doktorn följa barnen upp under skolorna och varje morgon medan skolbarnsundersökningarna pågick, startade en glad provinsialläkare med sin distriktssköterska, som på landsbygden även var skolsköterska, till de olika skolorna ute i distriktet. Det var höst och åter lugnt på vägarna sedan turisttrafiken nästan helt avstannat. Lika kärt som lärarna kände det när de senare i livet återsåg sina före detta elever, lika kärt var det för doktorn att i skolorna återknyta bekantskapen med sina barnavårdsbarn.

Skolbarnens syn på doktors mottagning framgick av fantasifulla teck-

ningar, som hade gjorts till doktors 50-årsdag och som sammanstälts till en trevlig bok av skolans rektor.

Ryktet förmålde, att många föräldrar opponerat sig, när de såg vilka hemska saker, som barnen ritade, men "magistern och fröken sa att vi fick rita precis vad vi ville". En del av dessa teckningar visade doktorn sedan på ett föräldramöte. Pojken i årskurs 7 hade kanske mest dramatiskt målat patienten med en stor spruta genom kroppen ropande "Hjälp!" medan doktorn spärrade utgången "Här kommer du inte ut!" Ovanför dörren fanns en skylt "Döden väntar dig min gode patient" och på väggen "Jag dödar dig om du smiter". Blodpölarna på golvet och glasskåpet med hammare, sågar och svärd förstärkte effekten och gjorde bilden av doktors mottagning till en skräckkammare och doktorn till sadist. En patient fastkedjad på britsen, en stor sten på hyllan ovanför dörren med en utlösninganordning, som doktorn höll i handen, en piltavla med mängder av sprutor och ett gevär hängande på väggen, allt målat i starka färger tillhörde också de med livfulla teckningarna.

Fortsättning – Del 3 i nästa nummer

Nordiskt seminarium för allmänmedicinare med erfarenhet av kvalitativ forskning

Hjelmeland, Ryfylke, Norge den 7–10 november 1991

En nordisk arbetsgrupp arrangerar i november 1991 ett forskningsseminarium för allmänmedicinare som har arbetat med medicinskt-humanistiska problemställningar.

Målet är att ge en överblick över forskningsfältet, dela forskningserfarenheter och diskutera metodologiska dilemman, utmaningar och konkreta arbetsområden.

Seminariets huvudtemata blir:

- I Allmänmedicinens utgångspunkt i förhållande till de medicinska problemställningarna.
- II Den allmänmedicinska forskaren som fältarbetare i kvalitativ forskning.
- III Bearbetning och tolkning av allmänmedicinska kvalitativa data.
- IV Presentation av kvalitativa forskningsresultat.
- V Vidareutveckling av forskningsområdet.

Slutlig anmälan skall innehålla en presentation av eget projekt på två A4-sidor. Deltagarantalet är begränsat till maximalt fem från varje nordiskt land. Seminariekostnaden kommer att ligga på en rimlig nivå på grund av låga kostnader för de praktiska arrangemangen. Finansiering kan dock ej erbjudas.

Arbetsgruppen består av Kirsti Malterud och Marit Hafting, Norge, Gert Almind och Inga Marie Lunde, Danmark samt Carl Edvard Rudebeck, Sverige.

Ytterligare upplysningar fås hos och preliminär anmälan göres senast 1 maj till.

Carl Edvard Rudebeck
Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66
113 27 Stockholm. Tel 08-729 10 35

ALLMÄNLÄKARENS UTBILDNING

KIRUNA 11–14 september 1991

SFAM:s årsmöte, tillika

Norrländska Allmänläkardagar

Mötesprogram

TORS DAG 12/9

Efterutbildning i Danmark, Norge och Storbritannien
Internationella gästerna

Niels Bentzen, James McGormick, Arne-Ivar Østensen
ST=examen. Moderator: Ulf Måwe

Efterutbildning: Exempel, Experiment och Idéer. Akt 1
SFAM:s årsmöte

FREDAG 13/9

Handledarskap i annat yrke.

Efterutbildning: Exempel, Experiment och Idéer. Akt 2 och 3
Fallbeskrivningar Postersession

Moderator: Meta Wiborgh Moderator: Ulf Theen
Arbetsgruppens framtidsplaner
Moderator: Göran Sjönell

ARBETSGRUPP FÖR EFTERUTBILDNINGSPROGRAM

Ansvar för efterutbildningen. Kontroll av kvalitet och omfattning av efterutbildningen. Frivillig eller obligatorisk? Vilka kunskaper behövs och var kan de hämtas?

En arbetsgrupp arbetar fram en grundskiss till ett framtida handlingsprogram för efterutbildning. Anmäl Dig till gruppen. Börja fundera redan nu. Jobbigt och roligt, tror vi att det blir. Göran Sjönell har lovat vara sammanhållande i arbetsgruppen.

Allmänmedicinsk posterutställning

Anmälan om deltagande och medverkan senast till Midsommar.

Definitiv inbjudan kommer i maj.

NORRLANDS INLAND I HÖSTSKRUD OMGER MÖTET OCH
MEDFÖLJER PROGRAMMET
SOCIALT PROGRAM FÖR ALLA UNDER LÖRDAGEN

Sekretariat: SFAM:s höstmöte, Kenneth Widäng, Björknäs VC,
Idrottsgatan 3, 961 34 BODEN, tel 0921/510 70



Frågor och svar om läkemedel

LBO 7148

Lars-Olof Hensjö, distriktsläkare

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 gemensam-

ma databasen Drugline utvecklad vid Huddinge LIC och tillgänglig som en del av Medline.

För att ge ökad spridning åt dessa frågor/svar, som behandlas vid läkemedelsinformationscentralerna, kommer jag att publicera några frågor som kan intressera läskretsen i tidskriften Allmän Medicin. har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp i denna spalt, skriv till Lars-Olof Hensjö, vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 0766/38500.

Denna gång presenteras frågor från LIC på Huddinge sjukhus.

FRÅGA

Hur påverkar jod sårsläkning (svårläkta sår)?

SVAR

Enligt litteraturen har jod effekt på bakterier, sporer, svampar, protozoer och virus. Preparat för utvärtes bruk innehållande jod används för desinfektion av hud och utensilier samt för behandling av sår. För sårbehandling används vattenlösningar innehållande 0.5–2% jod. Endast den fria formen av jod är verksam och effekten är begränsad eftersom jod snabbt inaktiveras i kontakt med vävnader. Vid behandling av stora sår bör systemeffekten beaktas.

I sökning i databasen Medline hittades artiklar som behandlar jod och sårsläkning i humant bruk. Några av rapporterna beskrev randomiserade studier, där patienter med venösa bensår hade behandlats med polymerbundet jod i komplex form, varur jod frigjorts gradvis. Resultaten visade att preparatet har en gynnsam effekt på läkning. I Sverige finns ett sådant preparat registrerat (Iodosorb).

FRÅGA

En 45-årig lantbrukare med nagelsvamp har under de senaste åren i perioder intagit griseofulvin. Den senaste kuren avslutades för cirka ett år sedan. Patienten utreds nu på neurologikliniken på grund av bilateral muskelsvaghet i benen samt ospecifik sensibilitetsrubbing med ett års anamnes. MNR visar atrofi av ryggmärgen. Finns liknande fall beskrivna vid griseofulvinbehandling?

SVAR

Frekvensen allvarliga biverkningar vid griseofulvinbehandling är låg. Den vanligaste biverkan är huvudvärk som vanligen försvinner vid avslutad terapi. Övriga neurologiska biverkningssymtom som finns rapporterade är perifer neurit, letargi, mental konfusion, trötthet, syncopeattacker, vertigo och dimsyn. Försämrade koordination och ostadig gång finns även rapporterat. En omfattande medlinesökning har gjorts. I Lancet återfanns en fallbeskrivning med en 76-årig kvinna som under två perioder behandlats med griseofulvin 500 mg dagligen. Behandlingen avslutades på grund av parestesier i samtliga fingrar, domningskänsla i fötterna samt en känsla av att gå på bomull. Fyra månader efter debuten av dessa neurologiska symtom kontrollerades avsaknad av akillesreflexer och bilateralt nedsatt vibrationssinne samt tecken på distal motorisk och sensorisk neuropati. Likvorundersökningar var negativa. Sex månader senare hade förändringarna gått i regress.

Hos läkemedelsverket finns totalt under perioden 1966–1990 tolv fall av neurologiska biverkningar rapporterade. Det har då rört sig om facialis pares, vertigo, ataxi samt huvudvärk. Något fall liknande det som beskrivits i frågan har inte återfunnits i den genomgångna litteraturen och fallet bör anmälas till läkemedelsverkets biverkningskommitté.

FRÅGA

Vid behandling med Primperan (metoklopramid) tycks akut dystoni vara en inte så ovanlig biverkan. Enligt FASS är biverkningsmönstret dosberoende, men jag undrar om det dessutom finns någon form av individuell predisponering. Om en patient vid ett tillfälle tagit Primperan utan akut dystoni, kan man då säga att han sannolikt inte kommer att få biverkningen vid nästa tillfälle med samma dos?

SVAR

Flera epidemiologiska undersökningar har ägnats metoklopramidets extrapyramidala biverkningar. I en artikel sattes antalet biverkningsrapporter för metoklopramid i relation till antalet förskrivna recept i Storbritannien under perioden 1967–82. Man fann därvid att akut dystoni var klart överrepresenterad i yngre patientgrupper (10–19 år) och att framför allt yngre kvinnor tycktes vara predisponerade.

I en annan typ av riktad kombinerad enkät och receptstudie bland allmänpraktiserande läkare i Storbritannien noterades samma mönster med överrepresentation av yngre patienter. Någon klar könsskillnad fann man inte i denna undersökning. I rapporten anges incidensen för akut dystoni-dyskinesi till 1:200 och hos yngre än 30 år sågs en incidens på 1:80.

I en annan artikel diskuteras den höga frekvensen sjukdomar i det extrapyramidala systemet hos nära släktingar till patienter som drabbats av metoklopramidinducerad parkinsonism eller tardiv dyskinesi. HLA-typ B44 tycks också ha en högre prevalens läkemedelsinducerad parkinsonism, vilket också antyder en hereditär predisposition.

FRÅGA

En 30-årig kvinna besvärar sig av recidiverande bakteriella vaginoser och har behandlats med Flagyl (metronidazol) 400 mg × 2 i 7 dagar vid två olika tillfällen. Hon har båda gångerna reagerat med utslag och klåda på kroppen. Kan patienten behandlas med Fasi-gyn (tinidazol) i stället eller förekommer korsreaktion mellan dessa båda substanser?

SVAR

Överkänslighetsreaktioner med utslag och klåda i samband med behandling med metronidazol är väl kända biverkningar. Dokumentationen angående hudbiverkningar med tinidazol är mer sparsam. I läkemedelsverkets biverkningsregister finns totalt 248 rapporter varav 116 avser hudbiverkningar i samband med metronidazolbehandling. För tinidazol finns 26 rapporter varav 10 med hudbiverkningar. Man måste då naturligtvis ta hänsyn till att Flagyl registrerades redan 1963 och Fasi-gyn först 1975 samt att förbrukningen av Flagyl är cirka 14 gånger större.

En fallbeskrivning finns angående korsreaktion. Det gäller en 32-årig man som behandlats med tinidazol och därefter undersöktes på grund av ett pigmenterat hudområde på baksidan av

låret. Ett provokationstest utfördes med åtta olika läkemedels-
substanser. Inga av dessa aktiverade förändringen. Då gavs ånyo
tinidazol 500 mg och efter 6 timmar utvecklades svår klåda och
markerad hudrodnad. Efter att symtomen hade avklingat gavs
patienten metronidazol 200 mg och efter fyra timmar uppträdde
samma hudreaktion. Författarna anser att korsreaktion förelåg. I
en workshop som utgivits av socialstyrelsens läkemedelsavdel-

ning 1986 anges ampicillin, kloramfenikol, klindamycin och eryt-
romycin som tänkbara behandlingsalternativ. I "Averys Drug
treatment" rekommenderas som alternativ behandling vid bakte-
riell vaginos amoxicillin 500 mg×3 i 7 dagar. Behandlingen
uppges dock vara mindre effektiv, men ger en möjlighet att
behandla gravida (metronidazol är inte lämpligt under graviditet,
kategori B i FASS).

Användningen av astmamedel ökar snabbt i Sverige

ANNIKA LARSSON · MATS WENNERBERG

Under de senaste fem åren har de totala läkemedelskostnaderna
i Sverige ökat med omkring 10 procent per år. Prishöjningarna
var omkring 3 procent per år. Kostnadsökningen beror således
inte i första hand på prishöjningen utan främst på ökad använd-
ning av nya och dyrare läkemedel. En av de läkemedelsgrupper
för vilken kostnaderna ökar snabbast är medel vid astma.

I artikeln skall några av orsakerna till kostnadsökningen redovis-
as. För att bland annat visa ändringar i försäljningsvolym an-
vänds måttenheten DDD – definierad dygnsdos – som är den
genomsnittliga dygnsdosen för en vuxen vid preparatets huvud-
indikation. Exempelvis är DDD för kolintefyllinat 600 mg och
för teofyllin 400 mg. Försäljningen redovisas som antal DDD/
1000 invånare och dag, vilket ger en uppfattning om hur många
promille av befolkningen som kan använda läkemedlen varje dag.

Ökad försäljning av läkemedel för inhalation

Under perioden 1980–1989 ökade försäljningen av astmamedel

från cirka 27 till cirka 60 DDD/1000 invånare/dag. Bara under de
senaste två åren har försäljningen ökat med 15 procent.

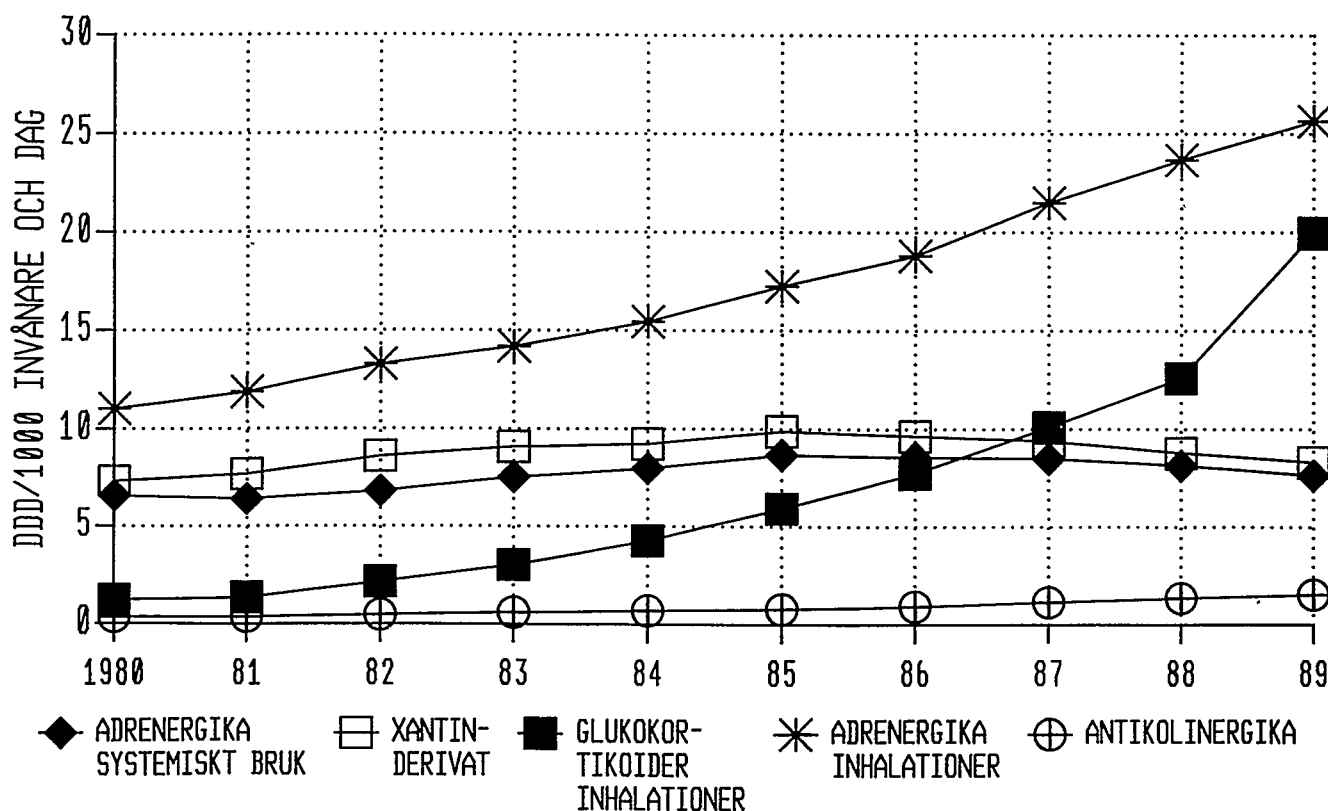
Ökningen beror i huvudsak på en snabbt ökad användning av
drenergika för inhalation (Bricanyl, Ventoline m fl) och glukokor-
tikoider för inhalation (Becotide, Pulmicort m fl). Användningen
av teofyllinpreparat (till exempel Theo-Dur) och adrenergika för
systemiskt bruk har däremot minskat.

Ökad sjuklighet och förändrade behandlingsstrategier

Flera faktorer kan tänkas ligga bakom den ökade försäljningen av
astmamedlen:

- förekomsten av astma ökar,
- andelen astmatiker som behandlas med läkemedel ökar,
- antalet läkemedel per patient ökar,
- doserna per dygn ökar,
- användningen av astmamedlen på andra indikationer ökar.

Antalet patientbesök med diagnosen astma har enligt Diagnos-
Receptundersökningen under 1990-talet ökat från omkring 200



Figur 1. Astmamedel, försäljningsutvecklingen 1980–1989.



tusen till över 500 tusen besök per år. Den kraftiga ökningen speglar antagligen i första hand ett förändrat omhändertagande av astmatiker. Docent Tony Foucard skriver i Läkartidningen (1), att mångfalden av undersökningar vars resultat pekar i samma riktning är ett starkt indicium för att morbiditeten i astma har ökat och kanske fortfarande ökar. Likaså tyder resultaten på att astmasjukdomen inte bara är vanligare utan även svårare än förut, åtminstone för en större andel av patienterna.

Det senare skulle kunna tänkas medföra att andelen behandlingskrävande astmatiker har ökat. Vidare skulle dagens inhalationsmedel, med mindre benägenhet att ge biverkningar än de tidigare systemiska medlen, kunna ge en större acceptans av behandlingen och därmed en större andel patienter under behandling.

Under senare år har såväl antalet läkemedel per patient som förskrivna doseringar varit tämligen oförändrat enligt Diagnos-Receptundersökningen. Övergången från perorala steroider till högdosbehandling med inhalationssteroider (Tabell I) kan däremot ha lett till att försäljningsvolymen ökat utan att antalet patienter ökat.

Perorala beta-2-stimulerande medel förskrivs idag till cirka 20 procent på annan indikation än astma. Andelen har möjligen ökat under senare år men har inte i nämnvärd grad påverkat utvecklingen av försäljningen av astmamedel.

Ändrad beredningsform ger ökad kostnad

Den ökade försäljningsvolymen men framför allt den förändrade sammansättningen av försäljningen leder till snabbt ökade kostnader – cirka 45 procent 1988/89. Övergången från inhalationsaerosoler till inhalationspulver är visserligen önskvärd, men den ger påtagligt ökade behandlingskostnader. En fortsatt övergång från aerosol till pulver så att de senare svarar för 95 procent av volymen skulle innebära att kostnaden för beta-stimulerare, steroider och övriga antiastmatika ökar från 370 Mkr 1989 till 420-440 Mkr 1990 (1989 års prisnivå).

Tabell I. Jämförelse mellan perorala och inhalationssteroider vid diagnosen astma baserat på Diagnos-Receptundersökningen.

Period	Förskrivningar (tusental)		Dygnsdoser (miljontal)	
	Perorala steroider	Inhalations- steroider	Perorala steroider	Inhalations- steroider
1987	58	84	5	59
1988	57	88	7	49
1989	42	119	4	89

Även övergången från perorala steroider till inhalationssteroider medför ökade kostnader. Exempelvis är kostnaden för 100 tabletter prednisolon 5 mg drygt 40 kronor medan 200 doser Pulmicort Turbohaler kostar drygt 400 kronor.

Sammanfattning

En ökning av förekomsten av astma tillsammans med förändrade behandlingsstrategier har inneburit en kraftig ökning av försäljningen av astmamedel i Sverige under åttiotalet. Förändrade behandlingsstrategier och preparatrekommendationer har också inneburit och kommer att innebära ökade kostnader för förskrivna läkemedel.

Referenser

1. Foucard T. Allergi och astma – våra nya folksjukdomar? Läkartidningen 1989;86:3025–8.

Så här ser svensken på läkemedel och läkemedelsinformation

BRITTA LISPER · INGER NILSSON

- Hur ser allmänheten på läkemedel? Botemedel eller nödvändigt ont?
- Hur stort inflytande vill man som patient ha över sin behandling?
- Tycker man att den information man får på apoteket motsvarar förväntningarna?
- Är medicin och läkemedel samma sak?

Svaren på hur allmänheten ser på dessa och många andra frågeställningar om läkemedel fick vi i en attitydundersökning som gjordes på försommaren 1990.

Syftet med undersökningen var att få underlag för att ytterligare förbättra tjänster och service från apoteken. För att ytterligare kunna utveckla den kompetens (med kompetens avses här dels faktakunskap, dels förmåga att använda och förmedla kunskaper) vi har om framför allt receptläkemedel måste vi exempelvis känna till hur allmänheten ser på läkemedel, information, sitt eget ansvar, förtroende för läkaren och apotekspersonalen. Vi var också intresserade av att få fram om det finns skillnader i attityder mellan människor som kontinuerligt står på mediciner och människor som endast tillfälligt medicinerar eller inte medicinerar alls.

Tusen personer har besvarat enkät

Cirka 1000 personer mellan 16 och 75 år fick besvara en skriftlig enkät. Svarsfrekvensen var 95 procent. Av dem som svarade, hade cirka 1/3 köpt receptbelagda läkemedel under 1989–90 för eget akut bruk, cirka 1/3 köpt receptbelagda läkemedel för eget kontinuerligt bruk (ej p-piller) och cirka 1/3 ej köpt receptbelagda läkemedel under nämnda tid.

Enkäten innehöll drygt 100 påståenden inom följande områden:

- allmän attityd till läkemedel,
- konsumtion, biverkningar, oro/trygghet,
- förtroende för läkare, apotek,
- ordination, följsamhet,
- information.

Läkemedel "i första hand ett botemedel" men också ett "nödvändigt ont"

Inställningen till läkemedel är övervägande positiv, men det finns också negativa röster. Grunden för denna bild är kombinationen av att bli botad men med risk för biverkningar.



De äldre och de som står på kontinuerlig medicinering är mest positiva till läkemedel och den information som ges. Den grupp som inte köpt ut medicin är mest negativ. Yngre kvinnor, 30–50 år, är betydligt mer kritiska än övriga grupper.

Så gott som alla betraktar läkemedel som "i första hand ett botemedel". Över hälften tycker att "Läkemedel ser jag som ett nödvändigt ont" och att "Det känns motbjudande att behöva äta läkemedel".

Är läkemedel och medicin samma sak? Endast hälften håller med om detta. Vari ligger skillnaden? Det får vi inget svar på i studien, men resultatet ger en fingervisning om att bakomliggande värderingar och uppfattningar om ord och läkemedel inte är så självklara som vi ibland tror.

Folk äter för mycket läkemedel"

Fyra av fem instämmer i ovanstående påstående. Mycket av attityden till överkonsumtion kan hänföras till den inställning man har till konsumtion av psykofarmaka. En betydligt mindre andel tycker till exempel att det konsumeras för mycket blodtrycksmedel.

Oro för biverkningar

Det finns en oro för att ta läkemedel – en oro som beror på rädsla för biverkningar och rädsla för att bli beroende. Många har ingen kunskap om vad som är en "vanlig" biverkan eller att de flesta biverkningar faktiskt är ofarliga. Endast var femte person instämmer i detta.

En majoritet tror att långvarig medicinering ger beroende. Kvinnor oroar sig något mer än män. Kvinnor vill också veta mer.

Ökad kunskap minskar oron ...

Tre av fyra instämmer i att "Ju mer man vet, desto mindre rädd blir man för läkemedlet". Man anser också att mer kunskap ger mer ansvar för behandlingen.

Av stort intresse är att konstatera att 90 procent instämmer i att patienten bör vara med och bestämma om sin behandling. Man tycker också att sjukvården arbetar i den riktningen idag. Många vill också vara med och bestämma vilket läkemedel de ska ta. Så gott som alla vill att läkaren informerar muntligt om eventuella biverkningar och att apoteken ska ge information utan att man ber om det.

Förtroende för läkare och apotek

Tre av fyra har förtroende för läkare och apotek. Detta gäller i ännu högre grad de personer som står på kontinuerlig medicinering och de som är äldre. För läkemedelsindustrin ligger siffrorna lägre.

Intressant är att notera, att då det gäller förtroendet för läkare och apotek ligger den grupp som medicinerar regelbundet nära dubbelt så högt som de övriga grupperna.

Av resultatet framkommer också att läkare inte tillräckligt intresserar sig för resultatet av läkemedelsbehandlingen och att man delvis uppfattar att de skriver ut läkemedel slentrianmässigt.

På påståendet "Det känns som om jag ifrågasätter läkaren om jag ställer frågor om biverkningar vid läkarbesöket" svarar mer än hälften att man *inte* instämmer.

Var tredje minskar dosen om de känner obehag av läkemedlet

När det gäller frågor kring ordination och praktisk hantering av läkemedel har en övervägande majoritet goda kunskaper. Man vet till exempel att man inte ska spara gammal medicin eller ge till andra. Man vet också att doseringen är noggrant avpassad och skall följas. Detta gäller även för receptfria läkemedel. Trots detta låter man inte sina kunskaper alltid styra sitt handlande. En tredjedel minskar dosen om de känner obehag av läkemedlet. Många tycker också det är svårt att komma ihåg att ta medicinen när de känner sig friska eller tycker det är svårt att följa ordinationen när de har många olika läkemedel.

Med det finns också några områden där kunskaperna tycks vara alltför dåliga. Endast 2 av 3 av dem som står på akut medicinering vet när de ska sluta ta sitt läkemedel. Nästan lika många av dem som står på mer långvarig läkemedelsbehandling. Alltför många vet inte heller *varför* de tar sin medicin.

Man måste veta en del för att kunna fråga

De flesta har förtroende för läkaren och tycker att han/hon engagerar sig i sina patienter. Däremot tycker många det är svårt att föra en dialog om medicineringsfrågor. "Man måste veta en hel del för att kunna ställa frågor om läkemedel".

Man vill att läkarna muntligt informerar om doseringen och aktivt följer upp behandlingsresultatet genom att tala med patienten. Genomgående i undersökningsresultatet är att man vill ha kunskap och man vill vara med i beslutsprocessen. Alla är eniga om att det är viktigt att känna till läkemedlets effekter, biverkningar och dosering. Både läkare och apotek ska ge denna information utan att man ber om det.

Sammanfattning

Skillnaderna i attityder till läkemedel mellan dem som kontinuerligt medicinerade och dem som fått läkemedel för tillfälligt bruk var inte påfallande stora. Informationsbehovet när det gäller läkemedel verkade endast delvis tillgodosett. Yngre och kvinnor var här mer kritiska än äldre och män. En majoritet ville vara med och bestämma och ta ansvar för sin medicinering.

Enkätsvaren gav intryck för en, som det tycks, överdriven oro för läkemedelsbiverkningar. Denna oro får knappast rätta proportioner genom att man undviker att tala om biverkningar. Apotekspersonal och vårdpersonal borde diskutera mer med varandra om detta för att nå en gemensam syn och därigenom förhindra att man bidrar till förvirring och osäkerhet om risker med läkemedel.

Varför lever kvinnor längre än män – trots högre sjuklighet?

ANNE HAMMARSTRÖM

"Varför lever kvinnor längre än män och är det värt det?" löd titeln på en artikel (1). Den manlige artikelförfattaren besvarade frågan: nej, det kan inte vara ett värdigt liv för en äldre kvinna att leva utan man. Den här artikeln handlar också om kvinnors livslängd men perspektivet är annorlunda. Artikeln belyser kvinnors sjuklighet och dödlighet i jämförelse med männens samt möjliga förklaringar till könsskillnaderna.

Nyckelord: Kvinnor, dödlighet, sjuklighet, sociala/psykosociala faktorer, könsroller, översiktsartiklar.

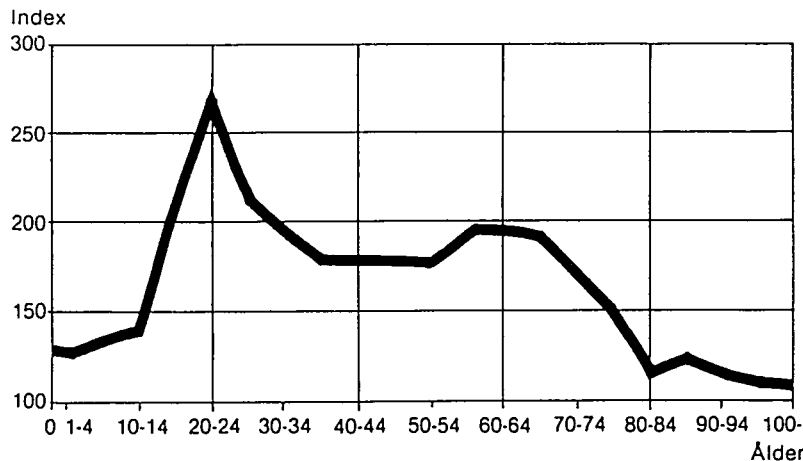
Den medicinska paradoxen

Den medicinska paradoxen är benämningen på det faktum att kvinnor lever längre än män, fast kvinnor under sina liv har större sjuklighet än män.

I forna tiders jägarsamhällen dog kvinnor vid yngre år än män. Orsaken var inte kvinnors i och för sig höga dödlighet i samband med graviditeter, utan att flickor nedvärderades i samhället. Det var pojkarna, de framtida jägarna, som skulle få rätt näring. Flickorna drabbades av undernäring och infektionssjukdomar (2). Flickornas situation ändrades i bondesamhället, men först under medeltiden började skillnaderna i dödlighet att utjämnas i Europa.

Vid sekelskiftet levde kvinnor i Sverige i genomsnitt tre år längre än män (3). Därefter ökade livslängden parallellt för bägge könen fram till 1930, då skillnaderna minskade. Skillnaderna ökade senare, så att kvinnor idag har en medellivslängd som överstiger männens med sex år. Att skillnaden mellan kvinnors och mäns medellivslängd ökat efter 1950 beror framför allt på att medelålders frånskilda och ensamstående män har ökat sin dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar, medan kvinnor i alla åldrar minskat sin dödlighet (4). Mannens högre dödlighet jämfört med kvinnans framgår av Figur 1 (5).

Männens dödsrisk är nästan tre gånger högre än kvinnans i åldern 20–24 år och fram till 65-årsåldern är dödsrisken dubbelt så stor. Vilka förklaringsmodeller kan finnas till livslängdsskillnaderna?



Figur 1. Manlig överdödlighet. Männens dödsrisk i relation till kvinnornas dödsrisk i alla åldrar 1972–76. Kvinnornas dödsrisk = 100.

Medfödda, biologiska faktorer

Medicinsk forskning har länge kännetecknats av en stark biologisk inriktning, där samhällseliga orsaksanalyser har fått stå tillbaka för genetiska och biokemiska. Det finns säkert viktiga biologiska orsaker till kvinnors längre medellivslängd (såsom skyddande hormonell inverkan gentemot ischemisk hjärtsjukdom) samt till männens högre dödlighet under det första levnadsåret. Men att biologiska förklaringsmodeller inte räcker framgår av bland annat den historiska utvecklingen.

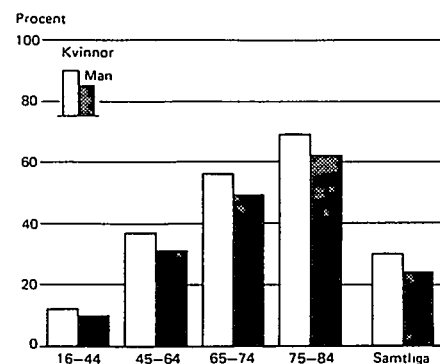
Beteende, livsstil

Från USA finns redovisat att minst en tredjedel av männens överdödlighet jämfört med kvinnors beror på olycksfall, självmord, levercirrhos samt sjukdomar i andningsorganen (6). Denna dödlighet orsakas till stor del av beteenden som i våra kulturer är mer accepterade bland män, exempelvis tävlingsinriktat prestationsbeteende, risktagande (i trafik m.m.), våldshandlingar och alkoholkonsumtion. Om männen ändrar sitt riskfyllda beteende, kan en stor minskning av deras överdödlighet ske. Liknande svenska beräkningar finns utförda och ger samma resultat (7). Att enbart tala om beteendeförändringar är en alltför stor förenkling. Orsakerna till beteenden behöver analyseras ur ett socialt perspektiv, där förhållandet mellan könen liksom social och etnisk bakgrund utgör grund för analysen. Den senare delen av artikeln handlar därför om sociala könsförhållanden och deras hälsokonsekvenser.

Sjuklighet

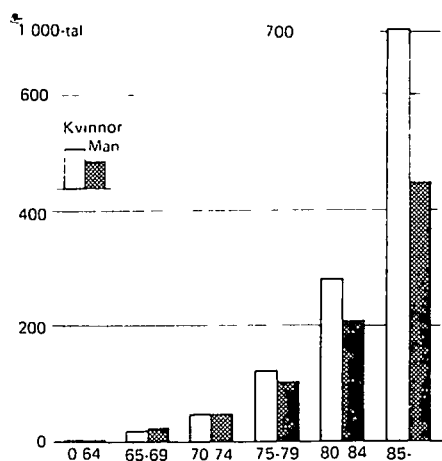
Kvinnor uppger genomgående större sjuklighet jämfört med män (3). Figur 2 visar andelen kvinnor och män i olika åldrar som får medicinsk behandling för någon långvarig sjukdom. Sammanlagt får cirka var tredje kvinna och var fjärde man sådan behandling. Kvinnor uppger fler hälsoproblem än män vad gäller flertalet diagnoser utom olycksfallsskador, mag-sår, hörselnedsättning och hjärtsjukdomar. Kvinnor använder mer läkemedel och söker oftare sjukvård jämfört med män. I genomsnitt har 53 procent av alla kvinnor och 40 procent av alla män konsulterat läkare under den senaste tremånadersperioden (3). På korttidsavdelningar dominerar männen efter 50-årsåldern (3), men kvinnor har ett mycket större antal vård dagar i långtidssjukvård (3).

Figur 3 visar en stor ökning av vård dagar bland kvinnor över 80 års ålder.



Källa: ULF.

Figur 2. Regelbunden medicinsk behandling för långvarig sjukdom 1982–83. Andel (%) i olika åldrar.



Figur 3. Vårddagar i långtidssjukvård per 10 000 invånare i olika åldrar 1982.

Den stora könsskillnaden kan bero på att äldre, sjuka män oftare blir vårdade i hemmet av maken. Äldre, sjuka kvinnor vårdas i större utsträckning på institution, antingen för att de inte har någon make eller för att maken inte i samma utsträckning som hustrun påtar sig vårdarbetet.

Konsekvenser av socialiseringsprocessen: Hur flickor och pojkar fostras olika

Det märkliga med könsskillnaderna i medicinska sammanhang är inte att de finns, utan att de rönt så liten uppmärksamhet. För att förstå kvinnors och mäns olika hälsotillstånd behövs ett tvärvetenskapligt synsätt. Kvinnoforskning inom olika vetenskaper har synliggjort viktiga förhållanden med avgörande konsekvenser för människors hälsa.

Identitetsutveckling

Kvinnoforskare har visat att den traditionella psykologin inriktat sig på att beskriva pojkars identitetsutveckling (8). Ett nytt synsätt på kvinnors identitetsutveckling (9,10) visar hur fel det är att framhäva behovet av en separation mellan mor och dotter. Tvärtom utgör grundstommen i kvinnors identitetsutveckling en fördjupad relation till den närmaste vårdgivaren och därefter fördjupas förhållandet till allt fler människor. Flickorna befinner sig ständigt i pågående processer till andra människor, där samhörighet och förmåga att fungera i ett nätverk av relationer bekräftas. Kvinnopsykologin visar hur viktigt det är att samhörigheten mellan mödrar och döttrar, trots olikheter dem emellan, betonas och förstärks.

För pojkars del betonas i traditionell uppfostran istället avskildhet från vårdgivaren. Pojkar får sin identitet genom olika prestationer, utan att deras relaterande till omgivningen får någon avgörande betydelse.

Problemet med den traditionella psykologin är inte bara att den ger en felaktig bild av flickors utveckling. Än värre är att den, liksom samhället i övrigt, styrs av manliga värderingar vilket medför att kvinnors kunskaper nedvärderas bland såväl kvinnor som män (11). Kvinnors relaterande förmåga betraktas ofta som en passiv och mindre värdefull aktivitet. I exempelvis skolan anses flickor vara passiva på rasterna, när de i själva verket är i full färd med att skapa och vårda relationer. Kvinnor beskrivs som osjälvständiga och beroende. Traditionell psykologi hävdar att självständighet och oberoende, det vill säga det män eftersträvar, är det normala. Behov av närhet nedvärderas och sjukförklaras. Därigenom blir också gränsen flytande mellan kvinnors behov och traditionellt definierade psykiatriska avvikelser. Övergången till depression ligger nära till hands för dem som fräntas rätten att förstå och uppvärdera sina egna behov (12-14).

Klassrumsforskning

Att flickor och pojkar uppfostras till olika mål i livet och därigenom till olika sociala maktpositioner förstärks ytterligare i skolan, där forskning (15-18) talar sitt tydliga språk: pojkar får två tredjedelar av elevernas sammanlagda taltid. Pojkar tillåts mer än flickor att bryta mot regelsystem (exempelvis avbryta). Lärarna känner pojkarna bättre, medan flickorna blir mer en homogen massa. Undervisningsinnehållet är manligt orienterat vilket kan illustreras med fysikläroböcker, där bilderna visar tre gånger fler pojkar än flickor som gör försök (19). Så djupt rotad är uppvärderingen av manlig dominans, att lärare och elever många gånger är omedvetna om att den existerar. När lärare verkligen ansträngde sig för att uppmärksamma flickor, upplevde både lärarna och eleverna att flickorna fick mer tid än pojkarna. Men i själva verket hade flickorna bara fått 42 procent av elevernas tid (17).

Samma mekanismer finns utanför klassrummet exempelvis på fritidshem (20), i medier, i litteraturen, inom idrottsrörelser, på arbetsmarknaden och i politiken. Flickor uppfostras till att vänta, till att låta sig avbrytas och till att andra bestämmer, medan pojkarna uppfostras till starkt självförtroende och till dominans. Att sakna inflytande i tillvaron är en viktig sjukdomsframkallande faktor (21, 22). Flickors sjuklighet är följaktligen påtagligt högre än pojkars redan i grundskolan (23).

En konsekvens av socialiseringsprocessen är att flickor och pojkar alltså gör starkt könssegregerade val till vidareutbildning, exempelvis söker 9 procent av alla flickor jämfört med 75 procent av alla pojkar naturveten-

skaplig/teknisk gymnasieutbildning (23).

Ansvarsrationalitet/teknisk rationalitet

Kvinnor väljer utbildning och arbete för att kunna utveckla relationer till andra människor, exempelvis i vårdyrket. Kvinnor väljer också yrken som går att förena med hemarbete och omsorg av närstående. Kvinnors val kallas ansvarsrationalitet i nordisk kvinnoforskning (24). Männerna å andra sidan väljer arbete och utbildning för att kunna prestera så mycket som möjligt. Detta benämns teknisk rationalitet. Jämfört med kvinnor blir lön och avanceringsmöjligheter viktigare, medan kvinnor prioriterar gott kamratskap högre (21).

Tidsstudier visar att kvinnor utför huvudparten av allt arbete (avlönat och oavlönat). Svenska beräkningar visar att i hushåll där bägge heltidsarbetar, använder kvinnor i genomsnitt 15 timmar mer per vecka till hemarbete (3). Räknat på ett år blir det en månads extra hemarbete för kvinnan. Ingen annan grupp har så lång arbetsvecka som heltidsarbetande mammor, nämligen 74 timmar (hem- och förvärvsarbete). Pappor klarar sig undan med sex timmars kortare arbetsvecka. Att kvinnors oavlönade hemarbete har betydelse även för männens liv framgår, när vi jämför hemarbete bland ensamstående pappor med sammanboende. Att bli ensamstående innebär mer hemarbete för pappor, men inte för mammor (3).

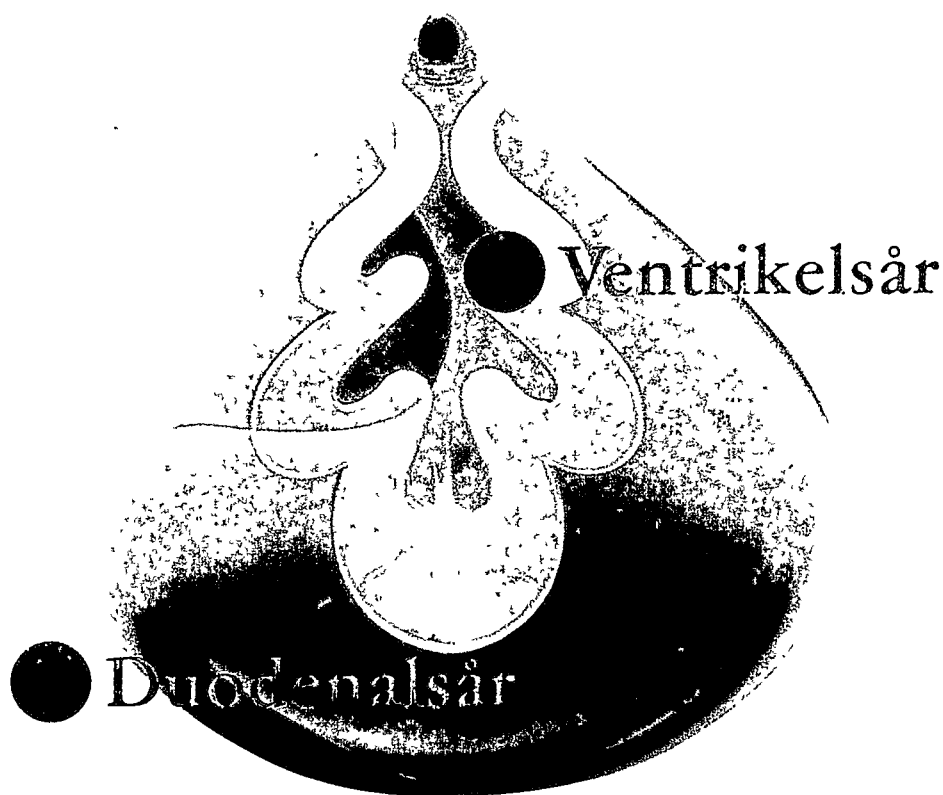
Makt

I gamla tider var kvinnans underordnade ställning en öppen sanning. Maken ägde rätt att aga sin hustru fram till 1864 och kvinnor fick inte rösträtt förrän 1919. Även om situationen förbättrats, kvarstår ojämlika relationer mellan kvinnor och män. Inte förrän 1982 förbjöds äkta makar att misshandla sina hustrur (det vill säga misshandel på enskild plats föll under allmänt åtal). Män besitter flertalet toppositioner i samhället, till exempel 96 procent av professurerna. Kvinnor utför 75 procent av allt arbete på jorden (såväl avlönat som oavlönat), men endast 10 procent av lönen går till kvinnor och ännu mindre - en procent - av världens förmögenhet ägs av kvinnor, allt enligt FNs beräkningar. Kvinnors situation på arbetsmarknaden, jämfört med männens, kännetecknas av högre arbetslöshet, mer deltidsarbete, lågstatusjobb, sämre inkomster, mer monotona arbeten, fler belastningskador, lägre grad av fackligt inflytande m m (25,26). Allt detta har starkt negativa effekter för kvinnors hälsa.

På mellanmännisklig nivå i äktenskapet kvarstår också maktförhållandet mellan makar (27,28). Men i dagens

Bättre syrakontroll!

● Refluxesofagit



Symbolen för LOSEC® föreställer en stiliserad parietalcell. LOSEC® aktiveras i denna cell och påverkar där saltsyraproduktionens slutsteg. Därigenom uppnås - i jämförelse med H₂-receptorblockerare - en bättre kontroll av saltsyran vid behandling av refluxesofagit, ventrikelsår och duodenalsår.

LOSEC® (omeprazol) är en protonpumpshämmare och finns som kapslar (14, 28 och 56 st) samt injektionssubstans (I+II) 40 mg. Indikationer: Korttidsbehandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxesofagit. Zollinger-Ellisons syndrom. För fullständig information se FASS.

omeprazol
LOSEC®
-protonpumpshämmaren

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

samhälle vill kvinnor inte kallas förtryckta och män vill inte kallas förtryckare. Maktstrukturen förblir ofta dold (29) och därmed ännu svårare att förändra. Ibland förväxlas begreppen så att kvinnors ansvar för hem- och omsorgsarbete benämns makt. I äktenskapet framstår maktförhållandet mellan könen tydligast vad gäller sexualiserat våld¹⁾ mot kvinnor. Mörkertalen är stora beträffande detta våld men minimisiffrorna uppskattas till (30):

- * en kvinna misshandlas var 20:e minut
- * en kvinna våldtas var tredje timme
- * en kvinna dödas varje vecka av närstående man.

Betydelsen av sexualiserat våld för kvinnors liv och hälsa har knappast uppmärksamats i medicinsk forskning. Hur många kvinnor söker inte sjukvård för olika hälsoproblem utan att förekomst av sexualiserat våld efterfrågas? Hur många läkare känner till (31):

- att män inte slår av vanmakt, utan för att sätta gränser och upprätthålla sin maktposition
- att mannens våld är kontrollerat så tillvida, att han slår till exempel först sedan gästerna gått hem. Ofta är mannen utåt känd som fredlig. Mannen växlar mellan värme och våld.
- att kvinnor som misshandlas förändras. Ofta lägger de skulden på sig själva och tycker synd om mannen. Allteftersom börjar kvinnorna uppleva våldet som normalt.

Hur vanligt är det att vi inom sjukvården uppfattar denna våldets normaliseringsprocess som att det är personlighetsdefekter hos kvinnan, som medför att hon inte lämnar mannen? Hur ofta låter vi inom sjukvården bli att fråga, därför att vi saknar kunskap om att en upprättelseprocess är lika möjlig som en misshandlingsprocess. Kvinnojourerna har väl utprovade modeller för sådan återupprättelse (32).

¹⁾ Med sexualiserat våld avses dels individuellt våld mot kvinnor (fysiskt, psykiskt), dels strukturellt våld (porno-grafi, prostitution m.m.).

Förklarings- och förändrings-möjligheter till skillnader i sjuklighet och dödlighet mellan könen
Kvinnors högre sjuklighet kan till en del förklaras av att våra behov och normaltillstånd sjukförklaras. Kvinnors cykliska hormonsvängningar blir något onormalt som kan dämpas med olika farmaka. Den manliga behandlingsprincipen blir, att det ideala för människor är att prestera så mycket som möjligt. Låt oss förändra detta synsätt och istället ta till vara på den kraft som utvecklas i starka känslor. Bortförklara inte ilska med hor-

monsavsvängningar. Använd istället vreden som en positiv kraft till förändring (33).

Fysiologiska normalvärden utgår ofta från medelålders män. Bedömningar av blodtryck, blodfetter m.m. görs slentrianmässigt på kvinnor, trots att underlaget baserar sig på forskning om män. Det är hög tid att kritiskt granska undersökningar samt ta fram ny kunskap baserad på forskning om kvinnor.

En förklaring till könsskillnader i sjuklighet och dödlighet kan vara att kvinnor är mer observanta på sina kroppstillstånd, det vill säga kvinnor har bättre kroppsmedvetande. Det kan ha att göra med kvinnors reproduktiva förmåga med menstruationer, graviditeter m.m. Det kan också sammanhånga med att det manliga idealet är att inte känna efter och inte ge vika för svagheter. Männen stupar inte så lätt med joggingskorna på, utan att ha tagit vara på kroppens varningssignaler.

Flertalet jämställdhetssatsningar har hittills varit inriktade på att flickor ska förändra sig. De ska söka manlig utbildning, hävda sig på pojkarnas villkor i skola, idrott med mera. En outtalad orsak till flickförändringssatsningarna är samhällets värderingar och maktstruktur. Kvinnoforskare menar att också pojkar behöver utveckla en relaterande förmåga. En viktig orsak till att pojkar fostras anorlunda är djupt rotade värderingar i samhället. Mannen ska hellre vara duktig och prestera än utveckla närhet i relationer, därför att de manliga prestationerna kan leda till makt och inflytande, vilket kvinnors relationskapande aktiviteter inte gör. Detta behöver förändras! Vår värld behöver styras mer utifrån omsorgen om andra än utifrån prestationsbehov!

Kvinnors kunskap behöver uppvärderas och läras ut till män. Regeringens mansgrupp konstaterar att män måste lära sig att släppa fram spontana känslor (34). En annan viktig kunskap är den som kvinnor lär sig genom att ta ansvar för omsorgsarbete och hemarbete (35). Detta blir en överlevnads-kunskap. Maten ska även under knappa förhållanden mätta många munnar. Risktagande och självmord är inte förenligt med ansvar för närståendes överlevnad. Denna kunskap kan förmedlas i olika sammanhang. Samhället kan förändra det manliga idealet så att män uppmuntras att visa känslor, våga gråta och våga vara svaga. Författare, filmproducenter, serietecknare med flera är viktiga opinionsbildare. I skolan kan arbetet med pojkar bedrivas enligt metoder som utvecklats i bland annat Storbritannien (36) och Norge (37). Förhoppningsvis kommer mansgruppen att initiera en dialog med militära myndigheter om

vilken mansroll som uppmuntras i det militära.

Kvinnoforskning har visat att när kvinnor upplever maktlöshet och inte kan påverka exempelvis sin arbetssituation, så kan kroppsliga symtom bli ett sätt att opponera sig mot dem som har makten (38). Symtom fungerar som ett sätt att kommunicera maktlöshet och andra svårigheter inom olika livsområden till omgivningen. Samma mönster återfinns ofta i hemlivet. Istället för att säga "jag vill inte" skyl-ler vi på huvudvärk.

Som framgår av artikeltexten har just maktförhållandet mellan könen en avgörande betydelse för kvinnors och mäns olika livsvillkor. Kvinnors underordnade position på arbetsmark-naden får också en avgörande betydelse för hälsan. Ett åtgärdsprogram blir nödvändigtvis övergripande och måste integreras i hela samhällslivet. Det går ut på att bryta hierarkiska maktstrukturer i samhället och mellan individer samt att ge alla individer samma rättigheter och skyldigheter oberoende av kön, etnicitet och social bakgrund.

Politiska kvinnoorganisationer har förtjänstfullt drivit frågan om medicinsk kvinnoforskning i Sverige sedan många år. Nu ger arbetet förhoppningsvis utdelning, när regeringen in-rättar professorer i kvinnoforskning (en i medicin och en annan i våld mot kvinnor). Dessutom ska Norrbottens läns landsting stödja uppbyggandet av ett medicinskt kvinnoforskningscentrum i länet.

Det är som Berit Ås säger (39): "Kvinnor kan nå gemensamma mål utan att använda manliga strategier. Kvinnliga strategier är att hålla ihop. Vi är många, vi är hälften, sanningen är nog den att vi är flest." Och så har ju kvinnor sex år extra att leva.

Referenser

1. Silman AJ. Why do women live longer than men and is it worth it? Br Med J 1987;294:1311.
2. Högborg U. Svagårens barn. Stockholm, 1983.
3. Kvinno- och mansvärlden. Fakta om jämställdheten i Sverige 1986. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1986.
4. Folkhälsorapporten. Stockholm: Soci-alstyrelsen redovisar 1987:15.
5. Ohälsa och vårdutnyttjande. Hälsa och sjukvård inför 90-talet. SOU 1981:2. Stockholm: SOU 1981:2.
6. Waldron I. Why do women live longer than men? Journal of human stress 1976;2:13 och 1976;2:19-31.
7. Hammarström A. Könsperspektiv på hälsan. Socialmedicinsk tidskrift (utkommer 1991).
8. Erikson Homburger E. Barnet och samhället. Stockholm: Natur och Kul-tur, 1977.
9. Crafoord K, Grebo U, Stövegård H. Det kvinnliga perspektivet. Sfphs mo-nografiserie nr 26, Stockholm: Sfphs monografiserie, 1988:26.
10. Miller JB. Toward a new psychology of

- women. Boston: Beacon Press, 1976.
11. Carlsson M. Psykiska problem och könsroller. Kvinnovetenskaplig tidskrift 1980(4):15-21.
 12. Willadsen J. Depression, ditt namn är kvinna. Södertälje: Treve, 1984.
 13. Willadsen J. Hysterikan och psykopaten - om könsskillnader i psykiatri. Kvinnovetenskaplig tidskrift 1990;1:5-11.
 14. Larsen EB. Laert hjelpelohet - en forklaring på kvinners sårbarhet for depresjon i Anstorp t. Axelsen E, Ingebretsen R. (red) Kvinne(p)syke. Kvinners levkår og livslop. Oslo: Universitetsforlaget 1984.
 15. Spender D. Learning to lose, sexism and education. The Women's press, 1980.
 16. Wernersson I. Könsdifferentiering i grundskolan. Göteborg: Akademisk avhandling 1977.
 17. Hägg K. Patriarkatets dolda läroplan. Kvinnovetenskaplig tidskrift 1982(2): 6-12.
 18. Flickornas villkor i skolan. Kritisk utbildningstidskrift 1987;48(4):3-53.
 19. Benckert S, Staberg E-M. Riktar sig läroböcker i NO-ämnena mer till pojkar än till flickor? Stockholm: Skolöverstyrelsen, Rapport 88:11, 1988.
 20. Helmadotter A-M. Pedagogik för flickor? Om flickors villkor och könsroller på fritidshem. FoU-rapport nr 113. Stockholm: FoU-byrå 1989.
 21. Hammarström A, Janlert U, Theorell T. Youth unemployment and ill-health: Results from a 2-year follow-up study. Soc sci Med 1988;26:1025-33.
 22. Karasek R, Theorell T. Healthy Work. New York, 1990.
 23. Hammarström A. Ungdomsarbetslöshet och ohälsa. Resultat från en två-årsuppföljning. Sundbyberg: Karolinska Institutet, 1986. Akademisk avhandling.
 24. Ve H. Makt, intresse och socialisation. Kvinnovetenskaplig tidskrift 1982;2: 23-32.
 25. Klass och kön. LO-rapport. Stockholm, 1990.
 26. Arbete och hälsa. Betänkande av Arbetsmiljökommisionen. SOU 1990:49, Stockholm 1990.
 27. Haavind H. Makt och kjaerlighet i ekteskapet. I: Haukaa R, Hoel M, Haavind H (red). Kvinneforskning: Bidrag till samfunns-teori. Festskrift till Harriet Holter. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
 28. Lundström I. Könsmakten under behandling. JÄMFO-rapport 1989(14).
 29. Haavind H. Förändringar i förhållandet mellan kvinnor och män. Kvinnovetenskaplig tidskrift 1985(3):17-26.
 30. Leander K. Misshandlade kvinnors möte med rättsapparaten. JÄMFO-rapport 1989(14).
 31. Lundgren E. Våldets normaliseringsprocess - två parter - två strategier. JÄMFO-rapport 1989(14).
 32. Bolin E. Kvinnojourernas roll och samhällsansvaret. JÄMFO-rapport 1989(14).
 33. Lerner HG. Kvinnors vrede. Stockholm: Forum, 1987.
 34. Mannen i förändring. Idéprogram från arbetsgruppen om mansrollen. Sammanfattning av en svensk rapport från Arbetsgruppen om mansrollen. Arbetsmarknadsdepartementet: Tidens Förlag 1986.
 35. Carlstedt G. Kvinnomakt och hälsa. Stockholm: utkommer 1991.
 36. Askew S, Ross C. Boys don't cry. Philadelphia: Milton Keynes, Open press university, 1988.
 37. Ve H. Children and teaching in exceptional learning situations (under tryckning).
 38. Honkasalo M-L. Kvinnors symptom: lidandets och njutningens språk? Kvinnovetenskaplig tidskrift 1989;1:12-21.
 39. Ås B. Kvinnor tillsammans. Handbok i kvinnofrigörelse. Stockholm: Gidlunds förlag, 1982.

Författarpresentation

Anne Hammarström, med dr, forskningsläkare.

Postadress: Socialmedicinska forskningsenheten, Borgmästarvägen 15, 951 59 Luleå.

Ensamstående mödrar har ökad risk för ohälsa

ANNIKA FORSSÉN · URBAN JANLERT

En grupp ensamstående mödrar har jämförts med gifta/sammanboende kvinnor med barn avseende riskfaktorer för ohälsa.

De ensamstående mammorna är äldre, bor oftast med endast ett barn och arbetar i högre utsträckning än jämförelsegruppen heltid. De röker mer, motionerar mindre och är oftare arbetslösa. De tydligast framträdande tecknen på ogynnsamma förhållanden för denna grupp kvinnor är dock en i djupare mening social isolering.

Författarna menar att en åtgärd för att förbättra situationen för ensamstående mödrar är att ge ekonomiska möjligheter till förkortad arbetstid.

Nyckelord: Ensamstående föräldrar, kvinnor, hälsotillstånd, levnadsförhållanden, intervju/enkätundersökning

ar, forskning, Norrbotten, Västerbotten.

Bakgrund

Att ensamstående mödrar på olika sätt haft en utsatt position i samhället är känt från historien. Det rör sig fram till vår tid oftast om kvinnor som födde barn utom äktenskapet och som ensamma fick bära skammen och den sociala och ekonomiska utsatthet som detta innebar. Många kvinnor som väntade ett så kallat "oäkta" barn gifte sig med barnafadern, men för andra innebar ett eller flera sådana barn att hon miste sitt arbete som till exempel piga i ett hushåll och därefter fick försörja sig med tillfällighetsarbeten eller som inhysehjon. Ensamstående gravida kvinnor skonades heller inte på minsta sätt från fysiskt tungt arbete, vilket resulterade i prematuritet och undernäring hos barnen. De extrema förhållanden som en del av dessa ensamma mödrar levde under utgjorde bakgrunden till många barnamord, det vill säga mamman dödade sitt nyfödda barn. Sådana mord fö-

rekom långt in i vårt århundrade och kvinnan dömdes hårt (1).

Både sociala och ekonomiska svårigheter torde ha präglat de ensamstående mödrarnas liv också under de senaste decennierna. Det har ansetts skamligt att vara ogift mor långt fram i våra dagar. Antalet "ogifta mödrar" har emellertid ökat kraftigt under de senaste decennierna (2). Skälen till ensamheten har delvis förändrats och kvinnans ställning allmänt förbättrats, varför en förändrad attityd tvingats fram. Föräldraförsäkringens (från början kallad moderskapspenning) successiva utbyggnad har bidragit till att förbättra den ensamstående mammas ekonomiska situation.

De ensamstående mödrarna har uppmärksamats främst i forskning kring barns hälsa. Mödrarnas egen hälsosituation har rönt mindre uppmärksamhet i medicinsk forskning och praktik. Däremot har under senare år en viss uppmärksamhet riktats mot deras hälsobeteende, främst då det förhållandet att ensamstående mammor röker mer än icke ensamstående. I den forskning kring de ensamma

LBO 6554

Laktulos endos.



Minsta möjliga motstånd.

Från och med den 1 feb 1991 finns Laktulos bulk i praktisk endosförpackning. Ny smak. Frisk apelsin. Enkel administration.

Ingen extra vätska. Behändiga förpackningar; 32X15 ml och 100x15 ml. Laktulos bulk sätter fart på tröga magar.

LAKTULOS. LAKTULOS APELSIN. KABI. Mixtur 670 mg/ml. Tarmreglerande medel. **Deklaration.** LAKTULOS 1 ml mixtur innehåller: Lactulos, 670 mg, lactos., aq. purif. LAKTULOS APELSIN 1 ml mixtur innehåller: Lactulos, 670 mg, lactos., aroma, aq. purif. **Egenskaper.** Laktulos är en disackarid bestående av fruktos och galaktos. Laktulos innehåller ca 6% laktos. Laktulos förekommer inte i naturen och passerar i oförändrad form tunntarmen. I tjocktarmen bryts laktulos ned av den sackarolytiska bakteriefloran till lågmolekylära svaga organiska syror, främst mjölksyra. Liksom andra disackarider absorberas laktulos i tunntarmen endast till en ringa del (<1%). Absorberad laktulos utsöndras oförändrad, huvudsakligen i urinen. En mindre del utsöndras via gallen.

Den tarmreglerande effekten av laktulos förklaras av att de syror som bildas vid nedbrytningen av substansen ger en bulkeffekt genom att osmotiskt binda vatten och verkar därmed regulariserande på peristaltiken. Laktulos påverkar inte blodsockret och kan därför ges till diabetiker.

Den gynnsamma effekten av laktulos på hepatisk encefalopati anses ha samband med den kraftigt ökade produktionen av sura pro-

dukter i colon, när laktulos tillförs i höga doser. En sänkning av pH i colon medför en ogynnsam miljö för den proteolytiska tarmfloran. Det är ej helt klart om den minskning av ammoniak i blod som observeras vid laktulosbehandling beror på en minskad produktion, minskad absorption eller ökad elimination. Ammoniak anses vara en av viktiga utlösande faktorer för CNS-förändring vid levercoma.

Indikationer. Obstipation av funktionell art. Hepatisk encefalopati (portasystemisk encefalopati - PSE).

Biverkningar. Vid obstipation uppträder övergående flatulens och/eller meteorism hos ca 15% av patienterna. Vid PSE (portasystemisk encefalopati) ökar förekomsten av biverkningar pga en något högre dosering i normalfallet.

Vanliga GI: Flatulens, meteorism, buksmärta, (>1/100) diarré, illamående.

Metabol.: Hypernatremi (PSE).

Sällsynta Hud: Exantem. (PSE). (<1/1000)

Illamående, buksmärta och diarré avklingar normalt. Uppkommer diarré bör dosminskning övervägas.

Dosering. Obstipation: Vuxna: Initialt 30 ml LAKTULOS dagligen givet som en dos.

När tarmfunktionen kommit igång (i regel efter 2-4 dagar) kan man övergå till underhållsdoser av storleksordningen 10-25 ml dagligen. Om patienten stått på laxativum under längre tid, bör detta utsättas gradvis.

Till barn med obstipation ges initialt LAKTULOS i följande dagliga dos: Barn under 1 år: 5 ml, 1-6 år: 10-15 ml, 7-14 år: 15 ml.

Dosen är individuell och bör justeras så att avföring av halvfast typ erhålles. Hela dygnsdosen av LAKTULOS bör lämpligen tas på morgonen. LAKTULOS kan med fördel blandas i mat ex. juice, kakao, filmjölk eller gröt.

Akut PSE (precoma och coma hepaticum): Initialt 50 ml LAKTULOS varannan timma tills patienten fått två avföringar, varefter dosen reduceras till den dos som krävs för att ge patienten 2-3 halvfasta avföringar per dag. Dagsdosen ligger då i allmänhet på 100-150 ml/dag. **Kronisk PSE:** Initialt 30 ml LAKTULOS 3 gånger dagligen varefter dosen justeras till att ge 2-3 halvfasta avföringar per dag. Effekten av LAKTULOS motverkas ej av samtidigt oralt tillfört neomycin.

Övrigt. Doseringspumpar kan erhållas från apotek. Doseringspump är nödvändig för att

dosera LAKTULOS från dunken. En pumpkan användas till flera plastflaskor alt. plastdunkar under en tidsperiod av ca 6 månader. Pumpen till 1000 ml flaskan ger per pumpslag ca 8 ml.

Pumpen till 5000 ml flaskan ger per pumpslag ca 10 ml. Patientbroschyr kan rekvideras från Kabi Pharmacia.

Förpackningar. LAKTULOS: Mixtur 670 mg/ml (neutral smak). 200 ml, 500 ml, 1000 ml i plastflaska. 5000 ml i plastdunk.

LAKTULOS APELSIN: Mixtur 670 mg/ml (apelsin smak). 200 ml, 500 ml, 1000 ml i plastflaska.

Endos 670 mg/ml. 32 x 15 ml, 100 x 15 ml.



Kabi Pharmacia

A Procordia Company

Tel 08-705 40 00

mödrarnas hälsa som dock finns, framgår det att ensamstående mammor inte är någon homogen grupp. Avgörande determinanter för hur dessa kvinnor mår tycks främst vara boendeförhållanden (egna hem/hyreshus), arbetsförhållanden (manuellt/icke manuellt arbete/arbetslöshet) och ålder på yngsta barnet (3). Man kan också ana skillnader beroende på om ensamheten är självvald i någon mån eller påtvingad. Vid vilken ålder modern blir ensamförälder torde också ha stor betydelse.

Population och metod

I den här artikeln analyserar vi de ensamstående mödrarnas situation med hjälp av data från den så kallade MONICA-studien (Multinational Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Diseases) som initierats och samordnas av WHO. Avsikten med detta projekt är dels att ge en bild av utvecklingen av hjärt-kärlsjukdomarna, dels bedöma i vad mån de hänger samman med förändringar i kända riskfaktorer. Man vill också genom den internationella uppläggningsen, som ger stor variation av olika miljöer, förbättra kunskapen om orsakerna till hjärt-kärlsjukdomar. MONICA-studien har tidigare beskrivits i Läkartidningen (4).

Från befolkningen i Norr- och Västergötten i åldrarna 25–64 år drogs ett åldersstratifierat urval om 2000 personer i början av 1986. 1625 personer (81.3 procent) av dessa accepterade att delta i undersökningen, 802 kvinnor och 823 män. Av kvinnorna bodde 438 tillsammans med barn varav 47 kvinnor var ensamstående med barn. Dessa ensamstående mödrar har jämförts med de kvinnor som bodde med både barn och man.

Deltagarna i studien fick fylla i ett par olika frågeformulär. Förutom frågor om aktuella och tidigare hälsoproblem, tobaksbruk, medicinering med mera, fanns frågor om yrke och sociala förhållanden, arbetslöshet, flyttning, socialt stöd och vissa aspekter på arbetsmiljön.

Dessutom gjordes en hälsokontroll där man mätte längd, vikt och blodtryck liksom total kolesterol och HDL-kolesterol i serum.

Vid redovisningen av resultaten har siffrorna korrigerats för ålderskillnader mellan grupperna. För statistisk test av skillnaden mellan grupperna har använts chi-2-test (diskreta data) och t-test (medelvärden).

Resultat

Några av resultaten finns sammanfattade i Tabell 1.

Bakgrundsfaktorer

De ensamstående mödrarna är äldre än de sammanboende, med en medelålder

på 42.6 år jämfört med de sammanboendes 40.0 år ($p=0.05$).

De ensamstående mödrarna bor i större utsträckning med bara ett barn, 68 procent, jämfört med 40 procent av de sammanboende ($p=0.001$). 28 procent av de ensamstående bor med två barn och 4 procent bor med tre barn. Barnens ålder framgår ej av undersökningen.

Ensamstående mödrar arbetar i högre grad än jämförelsegruppen *heltid*, 52.2 respektive 35.6 procent ($p=0.04$). Vidare har en något större andel en fast anställning och fast arbetstid. Denna skillnad uppnår dock inte statistisk signifikans.

Socialgruppsstillhörighet (mätt efter yrke) skiljer sig inte påtagligt mellan de olika grupperna. Ingen större skillnad finns heller i utbildningsnivå.

Hälsoproblem och riskfaktorer

När det gäller blodtryck finns inte någon skillnad mellan de bägge grupperna. Kroppsmasseindex (BMI = kroppsvikten i kilogram dividerat med längden i meter i kvadrat) är också närmast identiskt för båda och ligger i övre normalvärdesområdet (24.6). Kolesterolnivåerna skiljer sig mycket marginellt, där de ensamstående mammorna har ett något högre värde. HDL-kvoten är lika för båda grupperna.

19.1 procent av de ensamstående mammorna motionerar aldrig, bara 9.7 procent av de sammanboende ger detta svar ($p=0.06$).

Cigarettkonsumtionen hos ensamstående mödrarna är avsevärt större än hos jämförelsegruppen – 4.6 dagliga cigaretter respektive 3.0 ($p=0.06$). Totalt fler av de ensamstående mödrarna röker dagligen, 36.2 procent jämfört med 27.6 procent av de sammanboende.

Mycket små skillnader noteras för medicinförbrukning. Den enda statistiskt signifikanta skillnaden är att selen tas i lägre grad av de ensamstående mammorna ($p=0.03$).

Arbetslöshetsindex (innefattande summan av tidigare, aktuell och förväntad arbetslöshet) är generellt sett något högre för de ensamstående mammorna, men skillnaderna är mycket små. Däremot är fler av ensamstående mödrarna arbetslösa vid undersökningstillfället, 10.6 procent jämfört med 4.6 procent i jämförelsegruppen. Fler av de ensamstående mödrarna förväntar sig också bli arbetslösa i framtiden.

När det gäller arbete innefattar frågeformulär och testningsmodeller endast lönearbetet och således ej oavlönat omsorgsarbete eller kombinationen av dessa två arbetsformer. Arbetsituationen ser tämligen likartad ut för de båda grupperna. 27.3 procent av ensamstående mödrarna och 30.8 procent av jämförelsegruppen kvinnor har en arbetssituation karakteriserad av höga krav och litet beslutsutrymme.

Något fler ensamstående mammor har tvingats flytta någon gång jämfört med de sammanboende. Skälet till flyttning har för de ensamstående främst varit familjeskäl (63.2 procent), medan arbetsmarknadsskäl eller andra skäl överväger för de sammanboende (56.9 procent och $p=0.09$). Fler ensamstående än sammanboende mödrar uppger också att vänner flyttat – 47.8 respektive 34.8 procent ($p=0.08$).

Sociala kontakter

Socialt kontaktnät har skattats så, att man försöker skilja på kvantiteten och kvaliteten av sociala kontakter. De ensamstående mammorna har en något sämre social situation, om man ser till

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer och riskindikatorer hos ensamstående respektive icke-ensamstående mödrar. Ålderskorrigerade värden.

Bakgrundsfakt/riskind	Ensamstående procent	Ej ensamstående procent	Test stat. chi-2	p
Lönearbetar heltid	52.2	35.6	4.1	0.043
Bor med endast 1 barn	68.1	40.2	10.2	0.001
Röker dagligen	36.2	27.6	1.7	0.191
Motionerar aldrig	19.1	9.7	3.5	0.060
Arbetslös vid unders	10.6	4.6	1.9	0.168
Tvingats flytta	46.8	38.6	0.9	0.351
Subj gott hälsotillst	80.9	75.4	0.6	0.425
	medelvärde	medelvärde	F	
Ålder*	42.6	40.0	3.8	0.051
BMI	24.1	24.6	0.7	0.395
Systoliskt blodtryck	119.5	121.1	0.5	0.464
Diastoliskt blodtryck	75.2	77.5	2.4	0.125
Antal cigaretter/dag	4.6	3.0	3.5	0.061
Socialt nätverk:				
kvantitet	12.6	12.8	0.7	0.409
kvalitet	10.8	11.7	23.3	<0.001

* Ej ålderskorrigerat.



Lokal påverkan

Renin-angiotensin-aldosteron-systemet (RAAS) ansågs tidigare vara ett cirkulerande system för kontroll av blodtrycket och den elektrolytiska jämvikten.

Det har nu klarlagts i djurfarmakologiska studier att det även finns ett vävnadsbundet RAAS, som vid förhöjd aktivitet visats ha samband med hypertoniorelaterade organförändringar på lång sikt. Närvaron av detta system i olika organ betyder att angiotensin II likaväl kan produceras i vävnader och kärlväggar som i cirkulationen¹. Dessa system finns lokalt i många olika organ, t ex njurarna,

hjärtat, kärlväggarna och det centrala nervsystemet. Endast en liten del av kroppens ACE återfinns i cirkulationen. Det cirkulerande RAAS är därför sannolikt engagerat i den kardiovaskulära kontrollen på kort sikt, medan RAAS i vävnaderna bidrar till denna kontroll på lång sikt¹.

En hög hämning av vävnadsbundet ACE*, kan vara en förklaring till att hypertoniibehandling med Pramace® (ramipril) i låg dos snabbt ger positiva effekter, som regress av vänsterkammарhypertrofi² och minskning av mikroalbuminuri³.

* vilket visats i djurstudier

"ACE-hämmaren med hög vävnadspenetration"

Pramace 

Dos: kapslar med 1,25mg, 2,5mg och 5mg vid hypertoni.

Referenser: 1. Dzau VJ, Drugs 39 (suppl.2) :11-16. 1990. 2. Eichstädt HW et al, Am J Cardiol 1987;59:98D-103D. 3. Hallab M et al, Diabete Metab 1989;15 (Abstract 19).

Hassle Lakemedel AB, 431 83 Molndal. Tel. 031-67 60 00

kvantiteten av det sociala nätet. Skillnaden är dock mycket större i kvalitet. Vi ska här se på några av frågorna.

En av frågorna som visar en påtaglig skillnad är "Hur många människor känner du och har kontakt med, som har samma intressen som du?" Här anger de ensamma mammorna i högre grad än jämförelsegruppen att de har kontakt med få personer (0-2 personer, $p=0.04$). Signifikant blir skillnaden också på frågan "Hur många finns det i din familj och bland dina vänner, som du kan tala öppet med utan att behöva tänka sig för?" Här har de ensamma mödrarna påtagligt färre personer som de känner detta förtroende för ($p=0.01$).

Ännu tydligare blir skillnaderna i följande frågor: "Finns det någon särskild person (vuxen) som känner sig stå väldigt nära dig?" Här svarar hela 21.8 procent av ensamödrarna "nej" eller att de åtminstone inte känner sig säkra på att någon sådan finns. Motsvarande siffra för sambomödrarna är 4.4 procent ($p<0.001$). På frågan "Har du någon särskild person som du kan dela dina känslor med när du känner dig lycklig? Någon som själv skulle känna sig lycklig bara för att du är det?" svarade 10.9 procent av ensamödrarna "nej" jämfört med 1.0 procent av sambogruppen ($p<0.001$). Nästan lika höggradigt signifikant blir skillnaden på frågan om man har någon att dela sina känslor med/anförtro sig åt, där 11.1 procent jämfört med 1.5 procent svara nej ($p=0.0001$). 13.3 procent av de ensamma mammorna har ingen som håller om dem till stöd eller tröst, 3.4 procent av de sammanboende kvinnorna uppger samma brist på emotionellt stöd ($p=0.002$).

På frågan om hur man själv har upplevt sitt hälsotillstånd under det senaste året, svarar 80.8 procent av de ensamstående mödrarna ganska gott eller gott. Motsvarande siffra för de smmanboende är 76.4. De ensamstående mammorna upplever sig alltså som minst lika friska eller till och med friskare än jämförelsegruppen.

Diskussion

Den här redovisade undersökningen har sin utgångspunkt i ett sjukdomspanorama som i högre grad har betydelse för män än för kvinnor. Sjukligheten i hjärt-kärlsjukdomar är stor hos båda könen, men som dödsorsak i undersökta åldrar drabbar dessa sjukdomar främst män. Norr- och Västerbottens kvinnor har dock en högre dödlighet i hjärt-kärlsjukdom än kvinnor i övriga landet (4). Många frågor i enkätformuläret inriktar sig också på mäns verklighet och tar inte hänsyn till kvinnors specifika situation. Så ingår till exempel inga frågor i frågeformuläret om det hemarbete och omsorgs-

arbete som framför allt kvinnor utför efter den betalda arbetsdagens slut. Kvinnors arbetsdag, särskilt för de kvinnor som lever med barn, består av både betalt och obetalt arbete i olika former och kombinationer beroende på barnets ålder, barntillsyn osv. Vilka förhållanden som råder i det obetalda arbetets sfär torde ha minst lika stor betydelse för hälsan, i både positiv och negativ riktning, som det betalda arbetets villkor, vilket finns belyst i aktuell forskning (5,6).

De ensamstående mödrarna i vår studie är utsatta för fler riskfaktorer för sjuklighet än de samboende, samtidigt som de upplever sitt hälsotillstånd som minst lika gott. Detta förhållande är olik de resultat som finns i andra studier (7) och kan tolkas som att positiva och negativa faktorer som har större betydelse för den här undersökta gruppens hälsa inte framträder i undersökningen.

Skillnader i hälsa har bland annat samband med boendeförhållanden, arbetsförhållanden och övriga socioekonomiska förhållanden. Mycket talar för att de sämst lottade i de flesta avseenden är de yngre mammorna. De har ofta inte hunnit få en fast förankring på arbetsmarknaden. I tider av stor arbetslöshet blir moderskapet dessutom ibland en ersättning för lönearbetet (8). Då den nedre åldersgränsen i ovan redovisade undersökning är 25 år finns dessa unga mödrar inte med i statistiken.

Sammanfattningsvis är MONICA-studien inte särskilt ägnad att belysa kvinnors riskfaktorer för hjärt-kärlsjuklighet. Det är möjligt att de ogynnsamma förhållanden som utmärker gruppen ensamstående mödrar skulle framträda tydligare, om frågorna inriktats på kvinnors specifika situation.

Ett av de mest påtagliga resultaten i undersökningen är, att ensamma mammor arbetar heltid i betydligt högre grad än de sammanboende. Skälen till detta kan antas vara ekonomiska. Den rätt till nedsatt arbetstid som småbarnsföräldrar har gäller endast om man kan försörja sig och familjen med den reducerade lönen, vilket många ensamstående, lågavlönade mammor inte klarar.

Ett annat tydligt resultat är den i djupare mening sociala bristsituation som ensamstående mammor lever under. De flesta tycks ha ett ytligt konakttnät, som inte i alltför hög grad skiljer sig från de kvinnor som lever med både man och barn. På djupet är de dock inte säkra på att ha någon verklig betydelse för någon annan än sina barn, ingen som delar vare sig lycka eller olycka med dem. Denna ensamhet, tillsammans med och delvis orsakad av den stress och tidsbrist som skapas av att de oftast arbetar heltid,

torde vara dessa kvinnors största hälsorisk. Att de sedan också röker mer än andra kvinnor blir mot denna bakgrund lättare att förstå – rökpausen kanske är den enda "tillåtna" pausen.

Samhället är främst byggt för så kallade "hela" familjer. Mannen i familjen har oftast den högre inkomsten. Det är också känt, att kvinnors hälsa i högre grad sammanhänger med mannens socialgrupp (utifrån yrke) än med kvinnans egen (9). För de flesta separerade mödrar medför skilsmässan en påtaglig ekonomisk försämring, kanske byte av bostad, social miljö etc. För de kvinnor som levt ensamma med sina barn redan från början, sker inga drastiska förändringar av detta slag, men ekonomin torde ofta vara ansträngd på grund av att kvinnor i allmänhet har förhållandevis låga inkomster. Dessa förhållanden och deras konsekvenser för de ensamstående mödrarna finns belyst i internationell vetenskaplig litteratur (10-13).

Skälen till att vara ensam mor är idag på många sätt annorlunda än bara för några decennier sedan. Man kan också anta att ensamheten, även i föräldraskapet i vissa fall är mer hälso-befrämjande än tvåsamheten. Detta gäller till exempel de många kvinnor som lever i misshandelsförhållanden, i äktenskap där mannen är missbrukare etc. Att orka bryta sig ur ett förhållande som är otillfredsställande eller förtryckande, eller att redan från början välja att leva ensam med ett väntat barn, kan också i sig antyda en stor hälsopotential.

Vi har i vår studie funnit, att ensamstående mödrar löper större risk att drabbas av ohälsa än gifta/sammanboende. Främst behöver det sociala nätverket och stödet för dessa mödrar förbättras. För att förändra sin totala hälsosituation i positiv riktning bör ensamstående mammor, med både små och stora barn, få ekonomiska möjligheter att ge både sig själva och barnen mer tid och kraft.

Referenser

1. Sandström B, Sjöberg MT. ensamma med skammen. Barnamörderskor i Västernorrlands län 1861-1890. I: Norman H (red). Den utsatta familjen. Liv, arbete och samlevnad i olika nordiska miljöer under de senaste tvåhundra åren. Stockholm: LTs förlag, 1983.
2. Folkmängd 31 dec 1984. SOS. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1985.
3. Beatson-Hird P, Yuen P, Balarayan R. Single mothers: their health and health service use. J Epidemiol Commun Health 189;43:385-90.
4. Asplund K, Huhtasaari F, Wester PO. Resultatet ur WHO's Monica-studie: Norra Sverige har största andelen döda i hjärt-kärlsjukdomar. Läkartidningen 1988;85:3182-7.

5. Hall EM. Womens work: An inquiry into the health effects of invisible and visible labor. Stockholm: Institutionen för psykosocial miljömedicin, Karolinska Institutet, 1990. (Akad av-handl)
6. Waldron I, Jacobs J. Effects of multiple roles on women's health – evidence from a national longitudinal study. *Women & Health* 1989;15:3–19.
7. Welin L et al. Prospective study of social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923. *The Lancet* 1985;April 20:915–8.
8. Wright CH. Teenage pregnancy, a national disaster: A significant factor in black teenage unemployment. *J Nat Med Ass* 1978;70:685–7.
9. Arbete och hälsa. Betänkande av arbetsmiljökommissionen. Arbetsmarknadsdepartementet. SOU:1990:49. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1990.
10. Caputo RK. Mothers alone: Strategies for a time of change. By Kameron SH, Kahn AJ (Litt rev). *Families in Society* 1990;71:124–6.
11. Daniels A. Mothers and divorce: Legal, economic and social dilemmas. By Arendell T (Litt rev). *Symbolic Interaction* 1989;12:367–73.
12. Semchuk KM, Eakin JM. Children's health and illness behavior: The single working mother's perspective. *Canadian J Publ Health* 1989;80:346–50.
13. Duffy ME. When a woman heads the household. She is an enigma in society and the health care delivery system. *Nursing Outlook* 1982;30:468–73.

Författarpresentation

Annika Forssén, specialist i allmänmedicin, forskningsläkare vid samhällsmedicinska enheten i Luleå.

Urban Janlert, distriktsläkare i socialmedicin, överläkare vid samhällsmedicinska enheten i Luleå.

Postadress: Samhällsmedicinska enheten, Köpmangatan 36 B, 951 32 Luleå.

Att arbeta och må bra – en kulturfråga?

MONICA LÖFVANDER

Invandrarna i Sverige har generellt mycket höga sjuk- och ohälsotal, mest uttalat i storstadsområdena. Orsakerna till detta är många. Ett försök till analys görs i denna artikel, som ursprungligen presenterades som föredrag vid SFAMs höstmöte i Västerås i november 1990.

Nyckelord: Invandrare, hälsoproblem, etniska grupper, kultur, översiktsartiklar, Rinkeby.

Invandrarna i Rinkeby

Rinkeby i västra Stockholm är norra Europas invandrantätaste bostadsområde. Bara en tredjedel av befolkningen är svensk. Resten kommer från cirka 70 olika länder. 114 olika språk talas, vilket betyder att det finns lika många etniska grupper i området. Det är nu inte bara en mångnationell och mångspråkig stadsdel, utan även i hög grad ett mångkulturellt bostadsområde. Här bor många akademiker, men också många analfabeter. Där finns många bönder från de fattiga landsbygdsområdena i mindre Asien och Sydeuropa liksom många rika basarägare från Mellersta Östern och Iran. Här lever också många berömda exilpolitiker, författare, konstnärer, poeter – och i sanningens namn också en del kriminella, varav för all del några också är berömda som till exempel de personer som planerade kidnappningen av förra statsrådet Anna-Greta Leijon. Som helhet betraktat är det ett av Sveriges svagaste områden socioekonomiskt sett.

Höga sjuktal

Rinkeby är inte enbart unikt genom sin befolkningssammansättning. Tyvärr intar stadsdelen även toppnote-

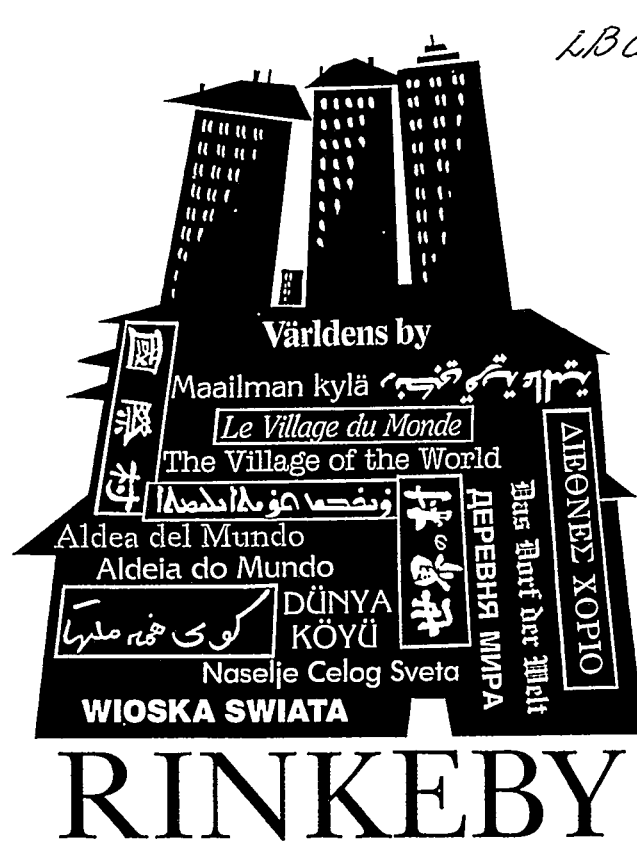
ringen i Riksförsäkringsverkets statistik över ohälsotalen (de samlade ersättningsdagarna för sjukskrivningar, förtidspensioner, sjukbidrag och arbetsskadeersättningar per inskriven i försäkringskassan), som är högst i Sverige – 84 dagar. Jämförbar siffra för Sverige är 49. Sjuktalet (antalet sjukpenningensatta dagar per inskriven) är 40 dagar jämfört med riksgenomsnittets 24 (1). Att betänka är att medianåldern i området är låg – bara 27 år – och att sjukskrivningsfrekvensen dessutom är högst i åldersklassen 30–39 år. Invandrarna i Stockholms län har mångdubbelt högre ohälsotal än svenskarna. Så till exempel är 4/5 av de grekiska kvinnorna förtidspen-

sionerade före 50 års ålder och av den resterande femtedelen är en stor del långtidssjukskrivna (2).

Kvinnor är alltid sjukskrivna mer än män, men medan skillnaderna är ganska små för de flesta etniska grupper, är den märkbart stor för den sydeuropeiska gruppen, som för övrigt intar en särställning genom sitt höga sjuktal (Tabell 1).

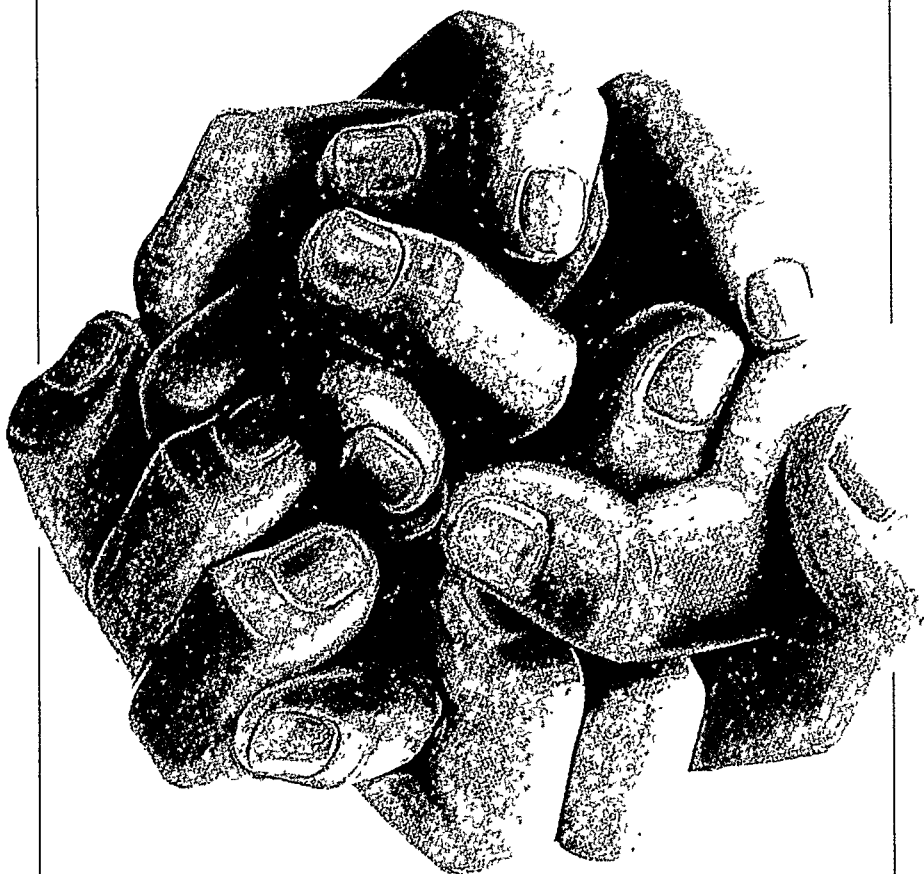
Nästan all översjuklighet som den avspeglas i sjuktalet berör rörelseorganens sjukdomar och under de diagnoserna kan döljas alltifrån svåra funktionshinder till sociala missförhållanden.

Siffrorna för sjuk- och ohälsotalen ter sig minst sagt oroande. Att analy-



När ångest slår knut på livet.

Ängslan, ångest och rastlöshet är ett nedbrytande ekorrhjul som många människor hamnar i. När spänningen stiger och själen brister, utlöses ibland psykosomatiska sjukdomstillstånd och många drabbas av sömnsvårigheter.



Vid medicinsk behandling av ångest är Sobril (oxazepam) ett väldokumenterat förstahandspreparat med ångestdämpande och muskelrelaxerande egenskaper. Oxazepam har en enkel metabolism, saknar aktiva metaboliter och elimineras lika snabbt hos gamla som hos unga.

Läkemedelsbehandling av ångest och sömnlöshet bör alltid vara ett adjuvans. Innan ordination sker, är det viktigt med en anamnes angående tidigare missbruk och alkoholvanor. Oxazepam förstärker effekten av alkohol och en kombination bör undvikas. Behandling med Sobril bör vara tillfällig eller intermittent. Efter längre tids behandling minskas dosen gradvis för att undvika utsättningsproblem.

Sobril®

Oxazepam, tabletter 5, 10, 15 och 25 mg.

Dämpar ångest, dag som natt.



sera orsakerna är inte helt lätt. Den vanligaste förklaringen som ges är att invandrarna har så tunga och slitsamma arbeten, att de med naturlighet måste slås ut tidigt. Det är emellertid en förenklad förklaringsmodell av en verklighet som är betydligt mer mångfacetterad.

"Det är viktigare att veta vilken människa som lider av en viss sjukdom än att veta vilken sjukdom en människa lider av"
 Grekisk läkare cirka 300 år f Kr

Mänskliga beteenden
 Som läkare skall vi nu inte lägga våra patienter i *Prokrustes säng* (i den grekiska mytologin hade värdshusvärderna Prokrustes en enda säng, där han lade sina gäster. För att rätta gästernas längd efter sängens, högg han av benen på dem som var för långa alternativt sträckte ut benen på dem som var för korta). Människor speglas ju gentemot varandra genom många ytor likt facetterna på ett prisma. Våra olika attityder, värderingar och beteenden formas av en mångfald variabler, varav en del är konstanta och andra förändras genom livsrytmen (Figur 1).

Visst är vi människor olika, men framför allt har vi mycket gemensamt. Vi blir till exempel alla lika lyckliga när vi blir förälskade, vare sig vi är ett år eller nittio, man eller kvinna, kines eller eskimå. Hur vi beter oss vid dessa tillfällen är dock olika och när vårt nätverk bryter samman, blir vi alla sorgsna, men uttryckssättet varierar.

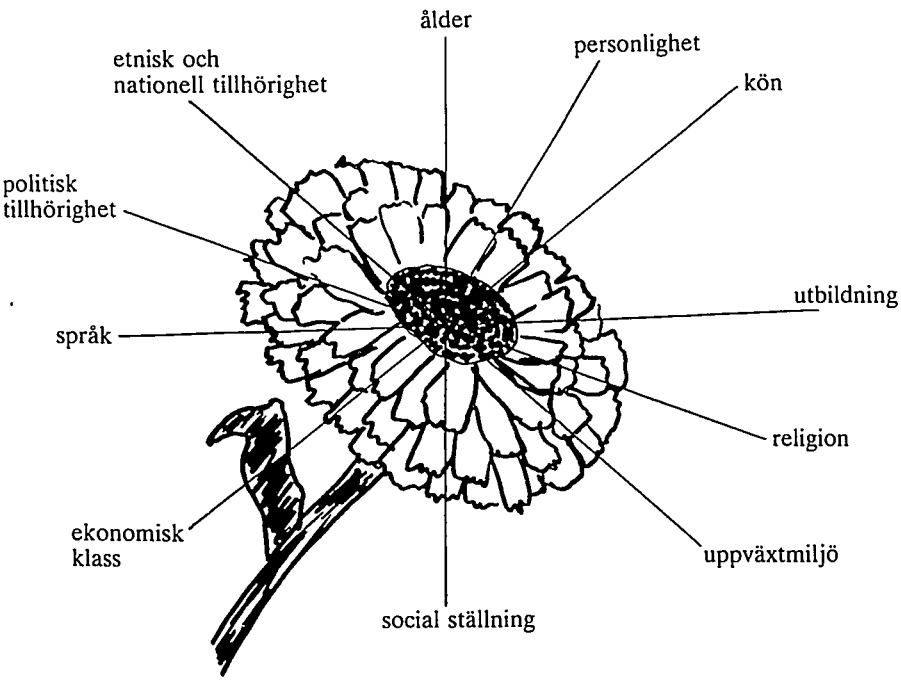
Könsskillnader ses överallt. Oavsett kulturbakgrund förefaller män inte vara särskilt lyhörda för symtom. I alla fall söker alltid män – oavsett kulturbakgrund, överallt i världen – vård mer sällan än vad kvinnor gör (3).

Reaktioner på symtom

För många individer är alla kroppsliga och psykiska symtom lika med sjukdom, vilket i sin tur medför att personen betraktar sig som oförmögen att arbeta. Inte minst smärta i sin icke akuta form kan leda till inaktivitet och ett regressivt beteende, vilket underlättas av sekundärvinster – inte minst sociala sådana, där andra familjemedlemmar övertar den "sjukes" sysslor

Tabell 1. Sjuktal i Stockholms län efter grov indelning av etniskt ursprung. (Källa: Riksförsäkringsverkets statistik för 1989)

Ursprung	Män	Kvinnor
Sverige	21	28
Norden	39	42
Västeuropa	18	22
Östeuropa	36	47
Sydeuropa	56	82
Övriga	40	47



Figur 1. Exempel på variabler som påverkar mänskliga beteenden, värderingar och attityder.

och ansvar. Lagg märke till att läkare underlättar denna process genom sjukintyg (läkarintyg är visserligen den korrekta benämningen, men jag har här valt att använda det folkliga begreppet sjukintyg). Intyget framstår ju som en skriftlig bekräftelse på sjukdom. Observera också att motiven till operativa ingrepp på dessa individer måste vara starka, då man annars kan starta en process som kan leda till livslångt handikapp. Denna symptomintegration är mycket vanlig bland zigenare och sydeuropeer – främst kvinnor (4,5).

Motsatsen gäller till exempel den nordiska, kaukasiska och kinesiska förhållningen till symtom som kan vara sjukdomsrelaterade. De omtolkas, förtrycks eller förvrängs. Smärta tillåts inte heller så lätt att integreras i personligheten och föranleder oftast inte nämnvärd reduktion av kroppslig aktivitet.

Det finns även ett tydligt ruralt och urbant mönster. Ett mönster i Sverige och ett annat i till exempel tredje världen, där det är glest med läkare på landsbygden. Man måste där verkligen visa påtagligt att man känner sig sjuk, vilket kan göra att uttryckssätten blir rätt dramatiska vid den medicinska konsultationen.

Sjukdom – medicinering – sjukintyg

Det är inte bara det att sjukintyg är lika med sjukdom. Det är också så att sjukdom är lika med sjukintyg, åtminstone för många analfabeter. Det står ju i broschyrerna från försäkringskassan att man har rätt att få sjukintyg vid sjukdom och detta är något socialassistenter och flyktingmottagare brukar betona. På liknande sätt be-

traktas också medicinering som lika med sjukdom. Om någon ur denna patientkategori blir ordinerad en antibiotikakur, framställs inte sällan krav på att den skall kombineras med sjukskrivning. Analogt blir resonemanget vid till exempel blodtrycks- och hjärtmedicinering. Utöver detta kan vissa av dessa patienter inte gå till sjukgymnasten, därför att de äter smärtstillande medicin och till sjukgymnasten händer det inte sällan att de ringer återbud, därför att de har så ont i ryggen. Till sjukgymnasten går man nämligen inte för att bli frisk, man går dit när man är frisk och då för uppförskande behandling.

Synen på arbete

Att olika kulturgrupper har olika matvanor, olika inställning till livsskeenden, till könsroller, familjefrågor m m, accepteras och kan till och med betraktas som exotiskt och spännande. Däremot är det mer tabubelagt att beröra, att det även finns en kulturell inverkan på olika gruppers inställning till försörjning och arbete.

I nordeuropa härskar arvet från Luther. Skuld och pliktinställningen dominerar. Arbetet är en plikt som måste utföras. Gör vi inte det, skäms vi både inför oss själva och andra. Under det senaste decenniet förefaller dock Luthers makt ha minskat högst påtagligt lokalt över Sverige.

Inställningen till arbetet är emellertid också en klassfråga. Akademikern ser utbildning och arbete som en investering, ett sätt att förverkliga sig. Den lågutbildade arbetaren betraktar arbetet som ett sätt att försörja sig. Arbetsgemenskapen och arbetet är dock i båda fallen en viktig och central faktor

livet. I de konfucianskt präglade länderna i borte Asien – Kina och Japan – har man i stort samma inställning.

I Sydeuropa och ställvis i Mellersta Östern är familjen och släkten det väsentligaste för individen och arbetet och arbetsgemenskapen är mindre betydande. Familjen kan betraktas som en symbiotisk enhet, dit familjens samlade inkomster går.

På den indiska subkontinenten anger kastsamhället ramar för vilket arbete som får utföras. Kroppsarbeten är förbehållna de lägre kasterna, medan de högre endast skall ägna sig åt vissa akademiska yrken, handel eller politik. Som exempel kan nämnas Bangladesherna i Sverige, vilka som regel kommer från goda förhållanden. Det är köer av Bangladeshare till jobben som spärrvakter i Stockholms tunnelbana. Där är man ju på arbetet, men det syns inte att man arbetar.

Synen på ålderdom

De olika levnadsbetingelserna i världens länder utgör också grund till olika inställningar till arbete, pensionering och ålderdom. Pensionsåldern är ofta låg utanför Västeuropa. Exempelvis går man i Bangladesh, Turkiet och Grekland i pension efter 20 år i yrket, alltså oftast i 40-årsåldern. Där efter drar man sig tillbaka och försörjningen av familjen övertas av andra manliga familjemedlemmar, samtidigt som den pensionerade mannen kan ägna sig åt lindrigare sysselsättningar. Dessa pensionsregler gäller visserligen endast dem med offentliga anställningar, men det uttrycker ändå den allmänna föreställningen om ålderdomens inträdande. En man kan helt enkelt betraktas som för gammal för att arbeta redan i 40-45-årsåldern. För kvinnans del gäller att menopausen utgör gränsen för aktivt liv och inträde i ålderdomen. Då övertar yngre kvinnliga familjemedlemmar, en dotter eller svärdotter, de tyngre hushållssysslor.

Kvinnosynen

Andra faktorer som påverkar inställningen till arbetet är synen på kvinnan och hennes roll i familjen. I muslimska samhällen skall i princip kvinnan vara osynlig, det vill säga hon skall hålla sig inom familjen och inte visa sig i samhället. Mans- och kvinnolivet är åtskilda. En betydelsefull, stark och traditionell roll som centralgestalt i familjen har den sydeuropeiska kvinnan. Som del i familjeenheten blir hennes bidrag till familjeförsörjningen också viktig (7). I delar av Afrika och Västindien är mannen i familjen närmast en bifigur och kvinnan den huvudsakliga familjeförsörjaren. Mönstret ses tydligt i England, där man har en stor invandrargrupp från Karibien, där

mer eller mindre regelmässigt endast kvinnorna har löneanställningar.

Folkliga föreställningar om sjukdomars uppkomst

"Bakterier eller onda ögat" var titeln på Lisbeth Sachs doktorsavhandling om de turkiska invandrarkvinnorna i Tensta (8). Titeln antyder att turkiska kvinnor och det svenska majoritetssamhället har olika sätt att förklara sjukdomars uppkomst. Folkliga föreställningar om vad som orsakar sjukdom och ohälsa varierar från person till person och i tid och rum högst påtagligt. Här finns allt ifrån Guds straff över den syndfulla människan till Allahs vilja som styr allt och alla på jorden, övernaturliga krafter i form av trolltyg och vättar, avundsjuka från andra människor (onda ögat) till de i Nordeuropa vanliga föreställningarna om att väta, kyla och drag orsakar förkylningar, lunginflammation och reumatism. "Sätt nu på dig ordentligt, så att du inte förkylar dig" säger ju den aktsamma modern till barnet.

Miljöproblemen är en modern, folklig variant av skuldbelagda ohälsosframkallande omgivningsfaktorer. Luftföroreningar, amalgam, formalin, strålning med mera, antas ju idag framkalla allsköns kroppsliga och själsliga symtom.

Vad sägs då om vår nutida dogm om livsstilens betydelse för sjukdomars uppkomst? Livsstilen har väl ersatt Gud. Nu blir vi verkligen skuldmedvetna om vi drabbas av sjukdom. För visst är det vårt dåliga leverne som gjort att vi ådragit oss cancer, hjärtinfarkten, hypertoni – eller hur?

Arbete som sjukdomsframkallande faktor är en annan modern paradigm, vare sig detta har reell bakgrund eller ej. "Jag förstörde ryggen av för tungt arbete" är ett vanligt folkligt begrepp – ett uttryckssätt som de senaste åren allt som oftast förlorat sitt adjektiv.

Förhållningssätt till sjukdom

Förklaringsmodellerna ger således olika möjligheter för den sjuke att förhålla sig till sin sjukdom. Om yttre faktorer ges skulden till sjukdomen, kan man själv inget göra för att bli bättre. I andra fall kan man bli fylld av skuld, men ges också möjlighet att själv gripa in i tillfriskningsprocessen.

I kulturer som den muslimska, där det mesta sker i enlighet med Allahs vilja alternativt det "onda ögat", är sjukdom således något man inte kan göra något åt. Det medför klara svårigheter att behandla till exempel diabetespatienter, men också dem med sjukdomar i rörelseorganen, samtidigt som prevention av sjukdom/ohälsa blir svår genomförbart.

Migrationsprocessen

Det finns naturligtvis en hel del andra faktorer bakom ökad sjuklighet hos

invandrare som det avspeglas i sjukta-
len. Trångboddhet, sociala spänningar, kulturkrockar i fråga om värderingar, anpassningssvårigheter, svårplacerbarhet på arbetsmarknaden m.m. Visst kan migration vara en stimulerande process, men den är alltid psykiskt pressande (8). Efter en kort period av eufori strax efter invandringstillfället kommer en lång period som är förenad med sänkt stämningsläge. Först efter ett antal år inträder ett jämviktsläge, som bryts mer eller mindre regelmässigt efter cirka 17 år i det nya landet, när man går i funderingar om att återvända till ursprungslandet (9). Bland utlandssvenskarna går denna företeelse under benämningen 17-årskrisen. I Australien (men inte i Sverige) ligger invandrarernas självmordsfrekvens långt över hemlandets – utom för grekerna som i Grekland och överallt i världen generellt har mycket låga självmordssiffror (10).

Mår man bra av att arbeta?

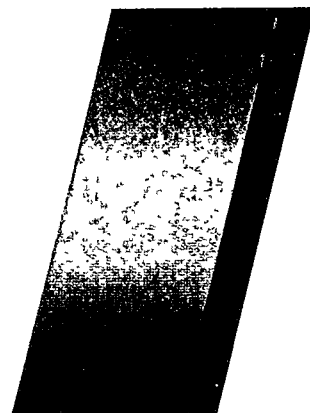
Svaret bör väl bli ja, i alla fall om arbetet upplevs som lustfyllt eller ger tillräcklig pekuniär kompensation. Men många arbeten som invandrarna i Sverige har är i regel av lägre status, där kraven på yrkes- och språkkunskap inte är så stora och lönerna inte överdrivet höga.

Arbetsmiljön är inte alltid den bästa på de stora serviceinrättningarna i Stockholm, som till exempel landstingets tvätterier eller löpande bandet på Pripps. Många gånger är det ändå betydligt bättre än vad vi utomstående föreställer oss. Kontorsstädning är ett ryggvänligt, lätt och fritt arbete. Trapp- och byggstädning hör till de tyngre arbetena och är vanliga bland finska invandrare. Kontorsstädmaknaden har hittills dominerats av grekiska invandrare. Städyrket är dock nästan alltid ett ensamarbete, med vad det innebär av isolering från arbetsgemenskap.

En stor grupp invandrare får inte arbeten som motsvarar deras utbildning i hemlandet. De är helt enkelt överkvalificerade och det kan gå bra en tid, men i längden blir det klart otillfredsställande. En liknande social degradering kan upplevas av manliga invandrare från hög samhällsklass. De känner sig förolämpade av att ta arbeten under sin värdighet.

Ur hälsosynpunkt finns en faktor som är klart otillfredsställande: många av våra invandrare, främst i storstadsområdena, har dubbla eller till och med tredubbla arbeten. Detta är möjligt i och med att många städarbeten sker på beting. Man kan på papperet ha 16 timmars tjänstgöring per dag, medan man i själva verket klarar av städningarna på 8–10 timmar. Det krävs inte mycket fantasi för att förstå

Tarivid®
ofloxacin



tar i vid...

- klamydiainfektioner
- urinvägsinfektioner
- nedre luftvägsinfektioner

Tarivid är ett peroralt antibiotikum av kinolontyp med hög aktivitet mot kliniskt betydelsefulla patogener.

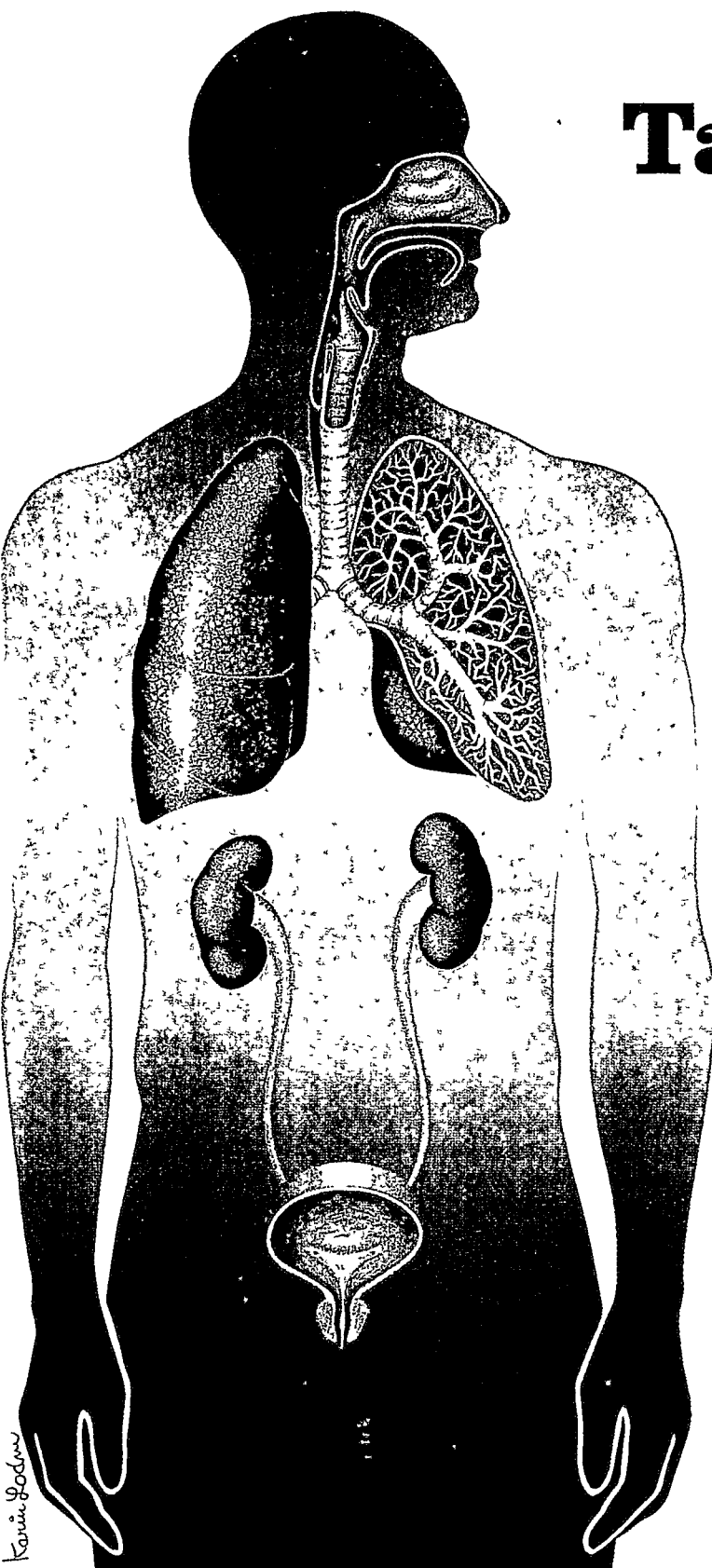
- + nästan 100% absorption
- + höga vävnadskoncentrationer
- + bred antibakteriell aktivitet
- + interagerar ej med teofyllin eller koffein

Tarivid finns som tabletter 200 mg; 10, 14 och 20 st.
För ytterligare information se FASS-text.

Hoechst



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



Karin Godwin

med vilken intensitet man då arbetar. Är man kvinna och har hemarbete utöver detta, blir arbetsbördan förstås orimlig. Vad det betyder för sjukskrivning och rehabilitering, när familjen har fyra löner (mannens och kvinnans) behöver nog inte nämnas.

Läkarattityder

Det finns en utbredd uppfattning bland kliniskt verksamma läkare, att invandrapatienter är mycket svåra och besvärliga ("och så kommer de ju med hela familjen!") och framför allt att de bara kommer för att få sjukintyg – och får det också märkligt nog många gånger, åtminstone för en tid, så att man blir av med dem.

Kommunikationssvårigheterna gör också, att många invandrapatienter för säkerhets skull utreds lite mer än vad som kan betraktas som medicinskt befogat. Inte bara utreds utan även behandlas, till exempel hos sjukgymnast. I väntan på utredning och behandling så blir det också lätt sjukskrivning. Ovanpå detta har det bildats ett märkligt paradigms åtminstone bland Stockholms gynekologer, att för invandrar kvinnor är graviditet lika med sjukdom! Sjukskrivning sker nämligen mycket ofta under hela graviditeten och gärna en tid efter förlossningen. Men det kanske är välbetänkt – graviditets- och förlossningskomplikationerna är lägre hos till exempel turkiska och grekiska kvinnor än hos svenska mödrar, för att inte tala om jämförelsen med kvinnliga läkare (12)!

Att sjukskriva sig – en rättighet?

Bland både invandrare och svenskar finns en utbredd föreställning om att det tillhör rättigheterna i Sverige att sjukskriva sig. "Jag gick till doktorn för att sjukskriva mig" säger mina hellyllesvenska väninnor. De turkiska invandrar kvinnorna har myntat det svensk-turkiska ordet att "sjukkassa sig". Jag vet inte vad det heter på arabisk-svenska, men begreppet finns även där. Sjukskrivningarna ses alltså som en buffert i livet – en möjlighet att andas ut eller arbeta med annat.

Arbete – en ohälsotvångsfaktor?

Hur mår svenskar av att arbeta? Jag har gått igenom en del rapporter, varav några nämns här.

Hans Åberg fann i sin undersökning av den medicinska och psykosociala situationen hos arbetsmarknadspensionerade vid Domnarvet en lägre prevalens av ohälsorelaterade symtom hos de förtida avgångarna vid 60 års ålder än hos äldre anställda (13).

Urban Janlert, Anne Hammarström, Göran Dahlgren med flera har studerat arbetslöshet och ohälsa, var-

vid inte oväntat yngre arbetslösa personer mår psykiskt sämre än jämförbara grupper som hade arbete, medan det hos de äldre inte fanns någon märkbar skillnad i ohälsa (14–16). Bente Furunes och Calle Bengtsson fann lägre prevalens av symtom hos kvinnor som förvärvsarbetar och gruppen ensamstående svenska kvinnor hade fler hälsoproblem (17). Jämför det med de grekiska kvinnorna i Ann Beis och Karin Antonopoulos stora kartläggning av långtidssjukligheten för grekiska kvinnor, där den var 4–5 gånger högre för gifta grekiska kvinnor än för svenska kvinnor – men märkligt nog obetydligt högre om de grekiska kvinnorna var ensamstående (18).

Att må bra – en fråga om arbete?

Naturligtvis mår åtminstone unga människor – oavsett kulturgrupp – bra av att arbeta. De arbetar också ofta och mycket – ofta för mycket och inte alltid officiellt. Även i etniska grupper där lönearbete föraktas, arbetar man utanför samhällets ramar. Arbetslöshet hos unga män och långtidssjukskrivning på bristfälligt underlag förefaller ha en negativ effekt på hälsan. Invandarmännen med sin dåliga förankring i samhället utgör här en särskild riskgrupp för social utslagning och psykisk ohälsa (5).

Och kvinnorna?

Efter att ha mött så många kvinnor från så olika kulturer under så många år, är jag övertygad om en sak: kvinnor omplanterade i svensk jord klarar sig alltid på ett eller annat sätt, om de lämnas ifred av männen!

Till sist sjuktalen – ja, vad man än kan säga om dem, så inte förefaller de vara ett vidare bra mått på sjuklighet.

Referenser

1. Riksförsäkringsverkets preliminära statistik för 1989. Stockholm, 1990.
2. Underlagsrapport från storstadsutredningen. Ur: Invandrare i storstad. Stockholm: SOU 1989;111:134–5.
3. Heltman C. Culture, Health and Illness. Bristol: Wright, 1986.
4. Stenbysektionen – ett projekt bland zigenare. Rapport. Stockholm: Social servicecentral 18, 1990.
5. Löfvander M, Papastavrou D. Clinical factors, psycho-social stressors and sick-leave patterns in a group of Greek and Swedish patients. Scand J Soc Med 1990;2:133–8.
6. Banchevski R. Uprooting and settling: The transplanted family. Ur: Eitinger L, Schwarz D. Strangers in the world. Bern: Hans Huber Publishers 1981:107–32.
7. Sachs L. Bakterier eller onda ögat? Stockholm: Liber, 1983.
8. Krystal-Andersen B. Mot förståelse av flyktingens inre värld. Ur: Att ta emot flyktingar. Norrköping: Invandrarverket 1984:101–23.

9. Sluzki C. Migration and Family Conflict. Family Process 1979;4:379–90.
10. Burwill PW, Armström BK, Carlson DJ. Attempted suicide in Perth, Western Australia. Acta Psychiatr Scand 1983;2:401–5.
11. Tomson Y. Invandrare söker vid vårdcentral oftare än svenskar. Läkartidningen 1988;7:532–7.
12. Holmberg G, Rådestad A. Obstetriska komplikationer hos invandrare och svenskar i Tensta. Socialmedicinsk tidskrift 1981;6:351–56.
13. Åberg H. Den psykosociala och medicinska situationen hos arbetsmarknadspensionerade vid SSAB Domnarvet. Socialmedicinsk tidskrift 1987;1:47–54.
14. Janlert U. Hälsorisker. Stockholm: SOU 1981:1.
15. Hammarström A. Arbetslöshet och ohälsa. Avhandling. Sundbyberg: Karolinska institutet, 1986.
16. Dahlgren G. HS 90: Unemployment and Health. Stockholm: Socialstyrelsen 1982.
17. Furunes B, Bengtsson C. Subjectively experienced symptoms in Relation to Socio-economic Factors in Women. Manuskript.
18. Beis A, Antonopoulos C, Larsson S. Chaos – grekiska kvinnors möte med svensk sjukvård. Stockholm: Spridningsbanken 1983;2846:1–91.

Författarpresentation

Monica Löfvander, distriktsläkare sedan 12 år vid Rinkeby vårdcentral i västra Stockholm.

Postadress: Skårbygränd 3, 163 72 Spånga.

Nytt om SFAMs lokalkontaktpersoner

Nytt ombud:
SÖDERMANLAND
Britt Arrelöv
VC Skiftinge, Box 10007
630 10 Eskilstuna
016–10 30 00

Adressändring:
MALMÖHUS
Mogens Hey
VC, Storgatan 2
639 40 Höör
0413–639 40

Min utveckling till ortopedmedicinare

– från NLV-kurs via hobby till yrke

ULLACARIN WREJE

Allmänmedicinare har ett stort behov av kunskap i ortopedisk medicin. Enligt många borde det integreras i specialistutbildningen. Hur ett intresse för ämnet kan väckas och vidareutvecklas beskrivs här av en allmänmedicinare.

Nyckelord: Allmänläkare, ortopedisk medicin, privatpraktik, arbetstillfredsställelse, debatt.

NLV-kurser

Min första glimt av ortopedmedicinen fick jag 1980, då jag under de sista månaderna av mitt FV-block i allmänmedicin gick två NLV-kurser i ortopedmedicinsk undersökningsteknik på Röda Korsets sjukhus i Stockholm för bland andra Harald Brodin.

De nyförvärvade kunskaperna öppnade fönstret mot en ny värld av klinisk diagnostik. Men då jag efter dessa kurser försökte sätta kunskaperna i praktisk användning, nådde jag relativt snart fram till en otålig insikt om att jag också ville behandla patienten. Kurserna hade varit inriktade på den fokala diagnostiken. Men vad göra med patienten och dennes besvär? Där räckte inte kunskaperna så långt.

Självstudier

Några fler NLV-kurser fanns inte att tillgå. Visserligen fanns en kurs för Franz Mildenberger i Provinsialläkarfondens regi, men för att komma med på den måste man både inneha tjänst och ha åtskilliga tjänsteår på nacken, visade det sig. En viss resignation uppstod.

Den avlöstes dock relativt snart av självstudier i ämnet. Känslan när man första gången använt en ny behandlingsmetod, efter att försiktigt ha prövat sig fram, och plötsligt har en patient som säger sig vara mycket bättre – och de tidigare undersökningsfynden dessutom ändrat sig – är jublande. Den är jämförbar med glädjen över den utläkta tonsilliten eller pneumonin, den opererade appendiciten eller ett normaliserat blodtryck – men den stora skillnaden ligger i den hastighet med vilken man oftast får kvitto på den lyckade behandlingen. Skillnaden kan för patienten vara momentan!

Givetvis är det inte alltid så. Men några sådana erfarenheter ledde ändå till ett fortsatt intresse genom åren. Jag arbetade först på i den skala, som jag tror många allmänmedicinarkolleger gör, efter att ha gått en eller några



kurser i ortopedmedicin. Man lär sig känna igen och klara av ett begränsat antal tillstånd.

Själv var jag verksam som distriktsläkare i en Stockholmsförort. Jag var generellt intresserad av allmänmedicinen och dess utveckling och relativt plikttrogen mitt befolkningsansvar. Jag var också verksam som handledare för underläkare på vårdcentralen och i det lokala FV-rådet, samt fackligt aktiv på det lokala planet. Jag hade hunnit få två barn.

Auskultationer

Under de här åren lärde jag mig en hel del praktisk ortopedmedicin av olika sjukgymnaster utanför all kursverksamhet. Framför allt lärde jag mycket av min distriktsgymnast Karin Myrin och hennes far Sven Otto Myrin (privatpraktiserande ortopedkirurg med manuell inriktning), som vänligt tog emot mig för auskultationer.

Vidareutbildning

1986 började lavinen rulla. Tillsammans med min distriktsgymnast lyckades jag få beviljat en kurs i Alfta för Jern Hamberg. Jag började också fundera på en klinisk studie i ortopedisk medicin. Efter stora initialsvårigheter kom studien så småningom igång. Ett visst stöd till detta forskningsprojekt fick jag genom ett par stipendier från SFAM respektive SFOM (Svensk Förening för Ortopedisk Medicin).

Allt gick nu fortare och fortare. Efter första kursen hos Jern Hamberg ville jag gå fler. Vårdcentralens lilla anslag för vidareutbildning räckte givetvis inte till att betala fler kurser för mig. Ni vet, något fåtal tusenlappar per år att dela på för all personal, i detta fall cirka 150 personer. Men vid det här laget struntade jag i det och betalade kursavgifterna själv och kom på så vis iväg på en hel rad ortopedmedicinska kurser. Ibland med lön under tjänstledigheten, ibland inte.

Givetvis träffade jag under dessa aktiviteter många kollegor, som var lika hängivna ämnet som jag. Några var privatpraktiker och erbjöd mig vikariat, för att få pröva på deras verksamhet. En av dem, Stefan Blomberg, visade sig behöva en vikarie på i det närmaste heltid, för att själv kunna klara av ett forskningsprojekt på annan ort.

Privatpraktiker och egenföretagare

På någon timme hade jag fattat mitt beslut och var 1988 plötsligt ortopedmedicinare på heltid. En dag i veckan var jag kvar på min vårdcentral, men uteslutande sysselsatt med att undersöka patienter med akuta ryggbesvär. Övriga tiden var jag alltså verksam som vikarie på privatmottagning med ortopedmedicinsk inriktning. Tillgången till sjukgymnast förbättrades dramatiskt. På vårdcentralen hade jag "delat" en distriktsgymnast med två kollegor. På privatmottagningen hade jag plötsligt två-tre "egna" gymnaster i omedelbar närhet.

Planer på fortsatt samarbete ledde snart till etablering av en grupp-mottagning i större och modernare lokaler på Lidingö. Samtliga som arbetat i den gamla villan följde med till den nya mottagningen. Senare har ett flertal sjukgymnaster tillkommit. Vi är nu två läkare och åtta gymnaster, som arbetar tillsammans. Givetvis finns dessutom sköterske- och sekreterarhjälp.

Från 1989 är jag alltså privatpraktiker och egenföretagare på heltid. Detta har medfört många nya kunskapsområden och insikter.

Den stora skillnaden jämfört med tiden på vårdcentral är en betydligt mer personlig relation till patienterna. Friheten att vara sig själv i sin yrkesroll upplever jag också som större jämfört med tiden som landstingsanställd läkare.

Upptagningsområdet har vidgats betydligt jämfört med vad jag hade som distriktsläkare. Numera ingår större delen av Mälardalen, Södermanland och Östergötland. Det händer att patienter kommer ännu längre bort ifrån.

Fortfarande husläkare

Trots mottagningens specialinriktning tycker jag att det är viktigt att bibehålla den individinriktning och helhetssyn som allmänmedicinen har. Jag ser det som väsentligt att beakta och vid behov även ta hand om övriga krämpor, såväl kroppsliga som själsliga, som patienten kommer med. Jag

FLUANXOL[®]

(flupentixol)

Neuroleptikum som i låga doser (1-2 mg/dag)
vid psykiska insufficienstillstånd
har effekt på depression och ångest

- ★ Snabbt insättande effekt
- ★ **Inget beroendeframkallande**
- ★ Låg biverkningsfrekvens

Tabletter 0,25, 0,5, 1 mg

Se även FASS

PRIMPERAN[®]

(metoklopramid)

Antiemetisk effekt **plus** motilitetsfrämjande effekt
inom ventrikel-, duodenum- och tunntarmsområdet

Suppositorierna är ett bra alternativ då patientens kräkningar
försvårar antiemetikabehandlingen.

Suppositorier, tabletter, mixtur,
injektionsvätska, infusionskoncentrat

Se även FASS

The logo for Lundbeck, featuring the company name in a stylized, handwritten-style font.

H. Lundbeck AB, Box 23, 250 53 HELSINGBORG. Tel 042-20 13 60

växlar alltså dagligen och stundligen mellan en sorts expert- eller konsultfunktion och den gamla vanliga husläkarrollen.

Läkekonst

Det jag ser som en utmaning i ortopedmedicinen är den möjlighet den ger till återupplivande av läkarens gamla tro på sin kliniska diagnostik och förmåga att åstadkomma något

med ögon och händer. Att inte bara lita till laboratoriet, röntgenutlåtandena och övrig teknologi, utan i första hand till sina egna sinnen – det är gammal och tyvärr, tror jag, delvis glömd läkekonst.

Författarpresentation

Ullacarin Wreje, privatpraktiserande, specialist i allmänmedicin

Postadress: Larsbergstorg 6, 2 tr, 181 39 Lidingö.

**Bli medlem
i SFAM 1991
300 kronor
Pg 65 59 74-4**

LB06557

Kvinnoanamnes – en möjlighet att synliggöra kvinnors totala arbetssituation?

INGALILL MORÉN-HYBBINETTE

Artikeln beskriver utvecklandet av en metodik för att bättre kunna beskriva kvinnors egentliga arbetssituation. Kvinnors totala arbetsbelastning motsvaras mycket sällan av enbart hennes yrkesarbete. Kompletterande anamnestiska uppgifter om livssituationen behövs, för att få en uppfattning om den reella arbetssituationen.

Nyckelord: Kvinnor, anamnes, metoder, arbetsbelastning, sociala/psykosociala faktorer, intervjuer, forskning.

Bakgrund

I ett traditionellt naturvetenskapligt orienterat behandlingsarbete och anamnesupptagande utnyttjas sällan patientens egen kunskap om sin livssituation. Detta gäller speciellt kvinnliga patienter, vars liv ofta består dels av dubbelarbete och dels av emotionellt omsorgsarbete.

Syftet med detta arbete har varit att utveckla och testa en metod för att synliggöra och förstå kvinnors totala arbetssituation.

I arbetet har klinisk erfarenhet och kvinnors kunskap om sin livssituation integrerats. Information om samlevnadssituation, boendeform, barn, arbete i hemmet, omsorgsarbete i övrigt, utbildning, yrkesarbete, livsstil, socialt nätverk, uppväxt, relation till make/sambo, livstillfredsställelse, symtom och sjukdomar har inkluderats.

Kvinnoanamnesen bör kunna användas i kliniskt arbete för att synliggöra och också förstå kvinnors totala arbetssituation. Om kvinnoanamnesen skall användas i strikt vetenskapligt sammanhang, krävs ytterligare metodutveckling.

Utveckling av undersökningsmetod

Utifrån erfarenhet av kliniskt arbete med kvinnliga patienter utformades initialt påståenden, vilka belyser kvinnors hela arbetssituation. Dessa påståenden avsåg att skaffa information om samlevnadssituation, boendeform, barn, arbete i hemmet, omsorgsarbete i övrigt, utbildning, yrkesarbete, livsstil, socialt nätverk, uppväxt, relation till make/sambo, livstillfredsställelse, symtom och sjukdomar. Dessa första påståenden om kvinnors arbetssituation fördes samman till ett preliminärt formulär.

Detta formulär samt en projektplan skickades ut på remiss till kollegor med intresse för helhetssyn och kvinnofrågor. Deras synpunkter inarbetades i nästa version av kvinnoanamnesen, som också omarbetades till ett lätt ifyllbart frågeformulär. Detta frågeformulär har använts som testformulär vid intervjuer. För att ytterligare utveckla kvinnoanamnesen har kvinnor i olika åldrar och med yrkesarbete av varierande slag intervjuats. Dessa testintervjuer har tillfört nya frågor, vilka kunnat ge ytterligare information om den totala arbetssituationen (4).

Material

Kvinnor, yrkesverksamma vid myndigheter anslutna till en statlig företagshälsovårdscentral, inbjöds att bli intervjuade om sin totala arbetssituation. Bland intervjupersonerna eftersträvades att få kvinnor i olika livssituation, till exempel födda olika decennier, boende i stad respektive på landet och med olika yrkesmässig bakgrund.

Fem kvinnor intervjuades. Av dessa var en född på trettioalet, två på fyrtioalet och två på femtioalet. Följande yrken var representerade:

- en postkassörska,
- en arbetsvägledare,
- två kontorister från olika myndigheter,
- en läkare.

Den kvinnliga läkaren intervjuades för att intervjuaren skulle få "feed back" på metoden av en kollega.

Genomförande

Intervjuerna genomfördes i lugn och ostörd miljö. Under intervjun eftersträvades att kvinnan själv spontant skulle redogöra för sin livs- och arbetssituation. Då den intervjuade berättat färdigt inom respektive område, ställde intervjuaren kompletterande frågor för att få en så fullständig bild av kvinnans situation som möjligt. Varje intervju tog 1.5 till 2 timmar.

Efter intervjun gavs tillfälle för den intervjuade kvinnan att komplettera anamnesen, om hon upplevde sin livs- och arbetssituation otillräckligt belyst.

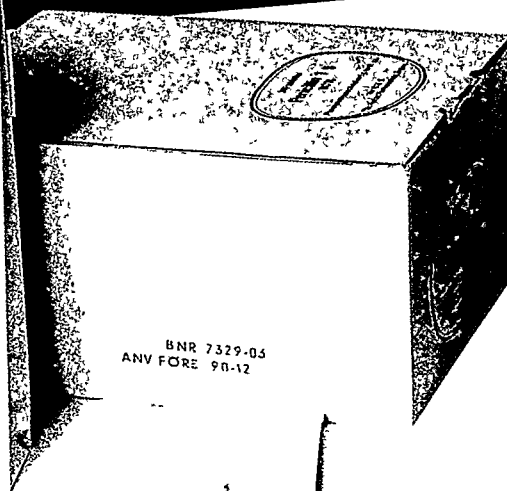
Resultat

I alla intervjuer noteras, hur kvinnans berättelse om sitt yrkesliv löper parallellt med omsorgen om de egna barnen. Om kvinnan har andra omsorgsplikter mot till exempel föräldrar eller svärföräldrar, tar kvinnan också hänsyn till dessa i relation till sitt yrkesarbete. Detta förhållande – att kvinnor samtidigt tar hänsyn till lönearbete, arbete med hem, barn och övrigt omsorgsarbete – gör, att en kvinnoanamnes inte låter sig genomföras inom ramen för ett strikt frågeformulär. Det preliminära frågeformuläret har därför efter genomförda intervjuer ånyo omarbetats till ett formulär bestående av ett antal påståenden, vilka bör belysas vid anamnestagandet. I denna senaste versionen av kvinnoanamnes har också nya påståenden, som intervjuerna givit upphov till, införlivats.

Avt fler sköterskor upptäcker
hur lätt man kan spara
stora pengar åt både
patienter och
skattebetalare!



Förskräskottning för barn
Skeppsbron 24, 111 30 Stockholm
Skeppsbron 24, 111 30 Stockholm



BNR 7329-03
ANV FÖRE 90-12

Vill du veta mer om våra produkter
och vår affärsidé?

BOTA LÄKEMEDEL

Skeppsbron 24, 111 30 Stockholm. 08-24 12 12

Sänd oss talongen!

Ja tack! Vi vill veta mer om BOTA
☐ Sänd oss information ☐ Kontakta oss

Namn

Adress

Postnr. Ort

Tel

Försök att värdera kvinnoanamnesens validitet och reliabilitet har ej gjorts. Som ett första steg har enbart utarbetandet av lämpliga frågor ägt rum.

Diskussion

I en så kallad kvinnoanamnes kan alla aspekter av arbete belysas. Kvinnoanamnesen bygger på två typer av kunskap, dels klinisk erfarenhet och dels kvinnors kunskap om sin situation. Inom medicinen värderas framför allt objektiv påståendekunskap som verklig kunskap. Den kunskap som förvärfvas genom klinisk erfarenhet om till exempel kvinnors totala arbetssituation bör tecknas som förtroghetskunskap (5).

Den kunskap som patienter besitter om sig själva och sin egen situation värderas sällan som giltig kunskap inom medicinen (6). Vad som är relevant kunskap i en vårdssituation definieras framför allt av vårdgivaren. I utvecklandet av kvinnoanamnesen har både klinisk förtroghetskunskap och kvinnors egen kunskap om sin situation använts (7).

Att kvinnors erfarenhet av osynligt och reproduktivt arbete inte värderas som kunskap, kan bidra till den bristande förståelse som kvinnliga patienter möter i vården. Om enbart lönearbetet efterfrågas i anamnesupptagandet, upplever läkaren lätt en diskrepans mellan lönearbetets krav och patientens uppfattning av sin situation. Om anamnesupptagandet omfattar kvinnors alla ansvarsområden, är det troligt att förståelsen för den kvinnliga patientens hela livssituation ökar. Risken för ett onödigt sjukliggörande av patienten torde minska.

Under intervjuerna, som gjordes för att testa kvinnoanamnesformuläret, visade det sig omöjligt att strikt hålla isär kvinnors lönearbete, hemarbete och omsorgsplikter. De intervjuade kvinnorna vävde ständigt ihop sina ansvarsområden. De intervjuade gav flera gånger i varje intervju exempel på hur yrkesarbetssituationen ständigt måste anpassas till faktorer i hemsituationen som makes yrkesarbete, barnpassning eller andra faktorer inom den reproduktiva sfären.

Denna anpassningsstrategi benämns inom kvinnoforskningen omsorgsrationalitet eller ansvarsrationalitet (3,8). Detta sätt att organisera tillvarons alla delar gör, att en kvinnoanamnes svårigen kan innefattas i ett strikt frågeformulär. För att bättre kunna illustrera en kvinnoanamnes, omarbetades det ursprungliga frågeformuläret till ett formulär med frågor om den totala arbetssituationen. Trots denna omarbetning krävs stor flexibilitet hos intervjuaren, för att kunna följa kvinnors sätt att organisera sin tillvaro.

Arbete har framför allt definierats som lönearbete (3,9). Först i samband med kvinnoforskningens framväxt har oavlönat arbete i hemmet börjat synliggöras (3,9,10). I medicinsk forskning tillmätts fortfarande inte hemarbete någon större betydelse. I Arbetsmiljöinstitutets informationsblad om belastningsskador 1988 beskrivs predisponerande faktorer för att utveckla belastningsskada (11). Kvinnligt kön är en sådan predisponerande faktor. Då mäns och kvinnors benägenhet att få belastningsskador beskrivs, antar man att en orsak till skillnaden mellan könen kan vara "skillnader i fritidsaktiviteter" (11). Kvinnors arbete inom den reproduktiva sfären beskrivs som fritidsaktivitet och inte i termer av arbete.

I det pågående projektet MUSIC (12), som är ämnad att brett belysa belastningsproblematik i yrkes- och hemliv, har ett par frågor om hemarbete lagts in. Huvudfrågan lyder "Hur kroppsligt ansträngande upplever du vanligtvis ditt dagliga hemarbete?" Frågan avses besvaras med ansträngningsgrad enligt Borgs skala. Detta sätt att gradera hemarbete och omsorgsarbete är ofullständigt.

I klinisk praxis och med egen kvinnoerfarenhet är det lätt att förstå att kvinnliga patienters arbete inte enbart kan bedömas utifrån lönearbete. Förutom lönearbete måste arbete i hemmet värderas som arbete.

Dessutom bär kvinnor ofta också ansvar för omsorgsarbete, både praktiskt och emotionellt, gentemot barn, föräldrar, ibland även svärföräldrar eller andra äldre släktingar (13-16). Enligt andra (17), men även av egen klinisk erfarenhet, är det framför allt då som detta omsorgsarbete "kört fast" som den omsorgsgivande kvinnan inte orkar längre utan får olika symtom och själv blir patient (15).

Utbyggd föräldraförsäkring, förbättrad arbetsmiljö och fler arbetstagar anslutna till företagshälsovård har inte kunnat minska kvinnors sjuklighet mätt som sjuktal, förtidspensioner och arbetsskador. I kliniskt arbete med kvinnliga patienter upplevs ofta en diskrepans mellan upplevelsen av arbetssituationen och lönearbetet. Behovet att synliggöra och förstå hela arbetssituationen avseende yrkesarbete, hemarbete och övrigt omsorgsarbete kan anses utgå både från ett samhälls- och individperspektiv.

Kvinnoanamnesen bör kunna vara användbar i kliniskt arbete för att synliggöra, men också förstå, kvinnors totala arbetssituation. Om kvinnoanamnesen skall användas i strikt vetenskapligt arbete, krävs dock ytterligare metodutveckling.

Referenser

1. Statistik från Riksförsäkringsverket, 1988.
2. Winkel J. Fysisk prestationsförmåga och jämställdhet. I: Kvinnor och monotont arbete. Stockholm: Jämfo rapport 12, 1988.
3. Baude A. Kvinnoarbetsliv. Visioner och forskning för ett bättre arbetsliv. Stockholm: Arbetslivscentrum, 1987.
4. Foged B, Markussen R. Intervjun som kunskapsproduktion. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1984;4:43-53.
5. Josefsson I. Från lärling till mästare. FoU rapport 25. Lund: Studentlitteratur, 1988.
6. Malterud K. Allmänläkarens möte med kvinnliga patienter. Bergen: Akademisk avhandling, 1990.
7. Davies K, Esseveld J. Kvalitativ kvinnoforskning. Stockholm: Arbetslivscentrum, 1989.
8. Ve H. Makt, intresse och socialisation. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1982;3: 23-32.
9. Nyberg A. Vad är förvärvsarbete? *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1987;8: 54-65.
10. Westlander G. Rapport om kvinnor i fabriksarbete-förvärvsarbete, familj och fritid till innehåll och samspel. Meddelande 69. Stockholm: PA rådet, 1977.
11. Arbetsmiljöinstitutets informationsblad om belastningsskador. Stockholm: Arbetsmiljöinstitutet, 1988.
12. Frågeformulär ingående i MUSIC studien. Stockholm: Arbetsmiljöinstitutet, 1989.
13. Waerness K. Omsorgen som lönearbete - en begreppsdiskussion. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1980;1:6-17.
14. Bexell A. Stort ansvar - liten makt. *Socialmedicinsk tidskrift* 1985;62:353-58.
15. Bexell A. Kvinnors arbete för andras hälsa - en hälsorisk för dem själva. *MOTPOL* 1987;4:6-8.
16. Carlstedt G. Strategier för kvinnohälsa - historisk återblick och framtids-tankar. *Socialmedicinsk tidskrift* 1985;62:419-25.
17. Kvarnström S. Psykosociala faktorer: konsekvenser för diagnostik och behandling. I: Rörelseorganens belastningssjukdomar. Sv Läkarsällskapets handlingar 1985;94:269-73.

Fullständigt formulär "Kvinnoanamnes" och användarinstruktion kan rekvideras från författaren.

Författarpresentation

Ingalill Morén-Hybbinette, företagsläkare

Postadress: Statshälsan Malmen, Nygatan 30, 392 34 Kalmar.

Medicinens öga

KARIN JOHANNISSON

Stockholm: Norstedt, 1990.
Pris: 245 kronor. 221 sidor.
ISBN 91 1 893442 0

"Sjukdom är lika mycket namn, bild, upplevelse och känsla, lika mycket institutionalisering, status och publik slagkraftighet som de processer som kan mätas i laboratoriernas och klinikernas slutna rum".

"Bilderna av sjukdom bestäms av vilket öga som betraktar den".

Jag har valt dessa båda citat, därför att de sammanfattar en grundläggande hållning i denna oerhört spännande medicinhistoria, som definitivt avviker från de traditionella texterna i ämnet. Jag avser då de medicinhistorier som knåpats ihop av duktiga kollegor efter en lyckad yrkeskarriär. Vi har väl alla tagit del av dessa triumfens krönikor, dessa lovsånger till det medicinska framsteget med namn som Hippokrates, Harvey, Jenner, Virchow, Pasteur för att bara nämna några. Alla tål de att nämnas både en och två gånger, men den historieskrivning som bygger på de stora namnen och de stora genombrotten blir ofta mycket begränsad och positivistisk. "Från mörker stiga vi mot ljuset" vore ingen dum rubrik som sammanfattning på denna slags historieskrivning.

Karin Johansson är idéhistoriker. Hennes perspektiv är annorlunda, de vetenskapliga verktyg hon använder mera lämpade att analysera medicinens teori och praktik i ett samhälls- och kulturellt sammanhang. Verktögen ger henne såväl nödvändig distans till den medicinska verksamheten som tillräcklig närhet till det historiska skeendet, för att hon ska våga försöka att fånga svåra fenomen som sjukdomsupplevelse och sjukdomsbeteende ur individ- och klassperspektiv. Hon lyckas inte helt, men ofta nog förbluffande bra och det tror jag i första hand beror på den metodiska säkerheten. Hon känner sina verktyg, deras svaghet och styrka. Hon stannar upp, reflekterar och ser på sin text tillsammans med läsaren. Det ger intryck av vederhäftighet och ödmjukhet.

Boken består av sju tämligen fristående kapitel eller varför inte medicinhistoriska essäer. Det första är en genomgång av den egna traditionen det vill säga medicinhistoriens historia. Här berörs också områden som sjukdomstolkning och läkarrollens utveckling.

"En frisk och stark arbetarstam" är rubriken på ett kapitel, som handlar

om olika motiveringar för sjukvård. Författaren visar övertygande hur politiska och ekonomiska motiv styrt sjukvården genom tiderna, men i slutet av kapitlet stannar hon upp och frågar sig: "Vad är det egentligen jag vill visa? Att samhället har vårdat individen enbart för vinningens och aldrig för kärlekens och omsorgens skull? Naturligtvis inte. Sanningen är aldrig entydig. Bilder, motiv och handlingar måste läggas i skikt kring varandra, där inget skikt utesluter det andra: kärlek och förnuft, omsorg och kalkyler, önskningar och realiteter. Kanske är det så att varje medicinsk handling uttrycker de humanitära motiven i självklarhetens tysta språk." Kan det sägas klokare och vackrare?

I samma kapitel ges också en belysning av folkhälsotänkens historia från 1700-talet fram till våra dagars hälso- och sjukvårdslag. Författaren menar, att tanken anknyter till positiva värden som rättvisa, jämlikhet och omsorg, men att den ändå är tveeggad, eftersom det ju inte är individen själv, utan någon annan som vill att hon – betraktad som kollektiv – ska hålla sig frisk. Till grund för folkhälsotänkandet ligger en utopisk bild av människan, en dröm om det rationella samhället och den rationella individen. Den bygger till exempel på uppfattningen att så kallade hälsofarliga livsstilar beror på dålig kunskap, men medicinens stora utmaning idag är snarare att ökad kunskap *inte* har inneburit en minskning av den relativa sjukligheten. Självklart beror detta på att många faktorer av betydelse för hälsan ligger utanför den enskildes kontroll, men också på att våra beteenden styrs av myter, attityder, föreställningar som ligger djupare än det rent förnuftiga handlandet.

"Att läka de förtryckta" är ett kapitel som lyfter fram den radikala förebyggande medicin, som lanserades under franska revolutionen, men som paradoxalt nog utmynnade i en starkare institutionalisering och professionalisering av sjukvården än i något annat europeiskt land.

Ett kapitel som känns mycket nära handlar om kultursjukdomar kring selskapslivet. Det har fått den träffande titeln "När sjukdom behövs". Som belysande exempel utgår Johansson från den mystiska "yuppiesjukan" eller "Chronic fatigue syndrom", som härjade i vissa kretsar under 1980-talet. Hon kunde lika väl ha valt fibromyalgi eller kvicksilverförgiftning av amalgam. Den som önskar en djupare förståelse av dessa åkommor i ett vidare kulturellt sammanhang, kan med stor behållning följa analysen av

neurastenin, hysterin, bleksoten och deras plats i sin samtid. Trots att man inte kunde finna vare sig anatomisk, fysiologisk eller neurologisk grund för dess åkommor florerade de våldsamt, eftersom de behövdes: De sjuka behövde dem (som sjukdomslegitimitet), läkarna behövde dem (för att ha något att benämna och behandla). För läkemedelsindustrin var de guldgruvet fressen och för vetenskapen ett skäl till ökad forskning. Här visar alltså författaren på ett utomordentligt sätt hur sjukdomsbegrepp och sjukdomsbilder uppstår i slingrande samspel mellan individ, vetenskap, värdering och samhälle.

Bokens sista tre kapitel handlar om "den farliga sexualiteten", om kons-ten att förlänga livet och slutligen om myter och fördomar kring epidemier från kolera och syfilis till AIDS.

Utan tvekan gör *Medicinens öga* dagens situation inom medicinen tydligare och kanske hjälper den till att skapa viss klarhet i den så kallade "förtroendekrisen". Det är en bok att läsa – om och om igen.

Christer Petersson, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen, 360 30 Lammhult.

Women's problems in general practice

ANN McPHERSON (ed)

Oxford general practice series 12.
Oxford: Oxford University Press,
1988

Pris: ca 200 kronor. 490 sidor.

Kvinnor har fler symtom, söker sjukvård i större omfattning och använder mera läkemedel. Få medicinska läroböcker finns dock, som specifikt tar upp dessa förhållanden, som gäller i de flesta västländer. Denna engelska lärobok behandlar kvinnors speciella sjukdomsproblem på ett genomgripande, kritiskt och praktiskt sätt, som väl lämpar sig för den allmänmedicinska vardagen, samt diskuterar kvinnors sätt att söka vård, val av läkare och inställning till olika behandlingsalternativ.

Det är en omfattande och informativ bok om kvinnors speciella hälso- och sjukdomsproblem, skriven av specialister och GPs, både män och kvinnor, valda på grund av sin speciella kompetens och intresse. Stor förståelse, empati och intresse för ämnet gör boken till en mycket bra lärobok och underhållande läsning inom sitt område. Boken är en praktisk handledning med utmärkt

En sammanfattning av gedigen medicinsk kunskap och med adekvata behandlingsanvisningar. Även om den av naturliga skäl är präglad av det engelska förhållandet, är den väl användbar även för det svenska och ger för svensk allmänmedicin ett fint tillskott då det gäller kunskap och förhållningssätt om kvinnors symtombild och specifika sjukdomstillstånd. Boken är väl skriven och ger läsaren en mycket nyanserad bild av ämnesområdet.

Ämnen som behandlas är problem som handhas inom allmänmedicinen. Gynekologiska och närliggande problem dominerar och kapitel finns om premenstruell spänning, menstruation, menopaus, sexuella problem, fertilitet och preventivmedel, önskad graviditet och abort, vardagsgynekologi samt bröstcancer. Övriga ämnesområden – viktiga för kvinnors hälsa – som behandlas är migrän, depression, övervikt, anorexia, alkoholproblem och rökning. Författarna har lagt sig vinn om att vara uttömmande, praktiska och ha verklighetsanknytning. Samtliga kapitel är väl avvägda och känns adekvata.

Boken lämpar sig mycket väl för biblioteket på vårdcentralen och är utmärkt att ha som hjälp vid handledning av blivande specialister och vid fortbildning.

Christina Nerbrand, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Gripen, Box 547, 651 12 Karlstad.

Idrætsmedicin for almen praksis

*Arkiv for praktisk lægegering
København: 1989*

*Pris: ca 150 kronor. 385 sidor.
ISSN 09 01 0483*

"Månedsskrift for praktisk lægegering" är en tidning som i flera generationer bidragit till att höja kunskapsnivån bland nordiska allmänläkare. "Arkiv for praktisk lægegering" är en årligt utkommande särtryckssamling ur denna tidning, vanligen i form av en lärobok inom ett avgränsat område.

Den senaste utgåvan avhandlar det stora, aktuella ämnesområdet "idrottsmedicin" i ett fyrtiotal artiklar. Naturligtvis kan man anlägga synpunkter på ämnesval i en sådan bok – det måste naturligtvis bli en kompromiss. Några kapitel rör specifikt danska förhållanden, till exempel idrottsskadeepidemiologi (förhållanden inom skola och handikappidrott respektive idrottsföreningars roll i förhållande till "egenidrott") men blir därför inte ointressanta, då ju mycket överensstämmer med svenska erfaren-

heter. Stor uppmärksamhet ägnas åt de viktiga ämnesområdena fysiologi, metabolism och endokrinologi med väl skrivna sammanfattningar kompletterade med högklassiga kurvor och figurer. Detsamma gäller översikterna om idrott för kvinnor, barn och äldre förutom astmasjuka, njursjuka och leversjuka patienter. Ämnesområdena diabetes, idrottsneurologi och idrottspsykologi finns också kortfattat belysta, liksom idrottsimmunologin.

Boken har ett färgillustrerat hudkapitel, där bland annat de nya diagnoserna Alopecia Walkmania respektive Alopecia Breakdancia introduceras (den första uppstår vid jogging på grund av Walkman-anläggningens hörlurar och den andra på grund av speciella huvudrörelser vid breakdance).

Den ortopedmedicinska delen är också bra avvägd, bortsett från att några kapitel (och speciellt det om ankelskador) blivit väl kompendieartade. Här får man tillgripa en fackbok för att få en fylligare framställning. Kapitlet om ryggproblem är elegant illustrerat och innehåller bland annat uppgiften att arkolys är att betrakta som en stressfraktur och ej en missbildning, något som ej finns med i senaste upplagan av till exempel Horst Cottas lärobok "Ortopädie".

Till bokens mest didaktiska partier hör kanske artiklarna om radiologi och scintigrafi. Man får en adekvat beskrivning av dessa undersökningars begränsningar och svårigheter, samtidigt som en god översikt av bland annat belastningsskador och stressfrakturer ges. De sammanfattande kapitlen om uppvärmning, sjukgymnastik, primär skadebehandling och återuppträning är systematiska och pedagogiska och beskriver kortfattat gällande uppfattningar.

Som helhet är detta en ypperlig lärobok, som man gärna bläddrar i sedan man läst den några gånger från pärm till pärm.

Bengt Nordling, distriktsläkare

Postadress: Svartbäckens vårdcentral, Box 16024, 750 16 Uppsala.

Urologi

LARS G COLLSTE

Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1990.

*Pris: 640 kronor. 341 sidor.
ISBN 91 20 09022 6*

Som allmänläkare måste man förhålla sig professionellt till många olika specialiteter, utan att för den skull bli organspecialist eller förlora sin egen särart. Balansakten är inte alltid lätt, men hur man än vänder sig är det nöd-

vändigt att upprätthålla ett avsevärt diagnostiskt och terapeutiskt kunnande över stora områden. Goda böcker är kanske den bästa hjälpen. För urologins del tycker jag att Lars G Collste med denna bok har hamnat på lagom nivå.

I bokens första, allmänna del går han igenom urologin organ för organ: njurens sjukdomar, urinblåsans sjukdomar etc. I den andra, speciella delen tar han ett mera samlat grepp över större sjukdomsgrupper, undersöknings- och behandlingsmetoder. Urinvägsinfektionerna ägnas helt rättvist stor uppmärksamhet och får det längsta kapitlet. Blod i urinen, inkontinens och njursten avhandlas i andra kapitel, som innehåller många matnyttigheter för primärvårdsläkaren. Ett kapitel om katetrar inom urologin hålls jag själv med stor tillfredsställelse. Här finns svaren på många av de enkla frågor jag aldrig fått besvarade under utbildning och yrkesliv. Områden som urinavledning och blädersättning, endoskopi och urodynamisk undersökning upplever jag däremot som på sin höjd god allmänbildning.

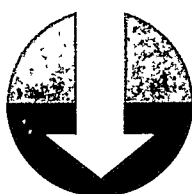
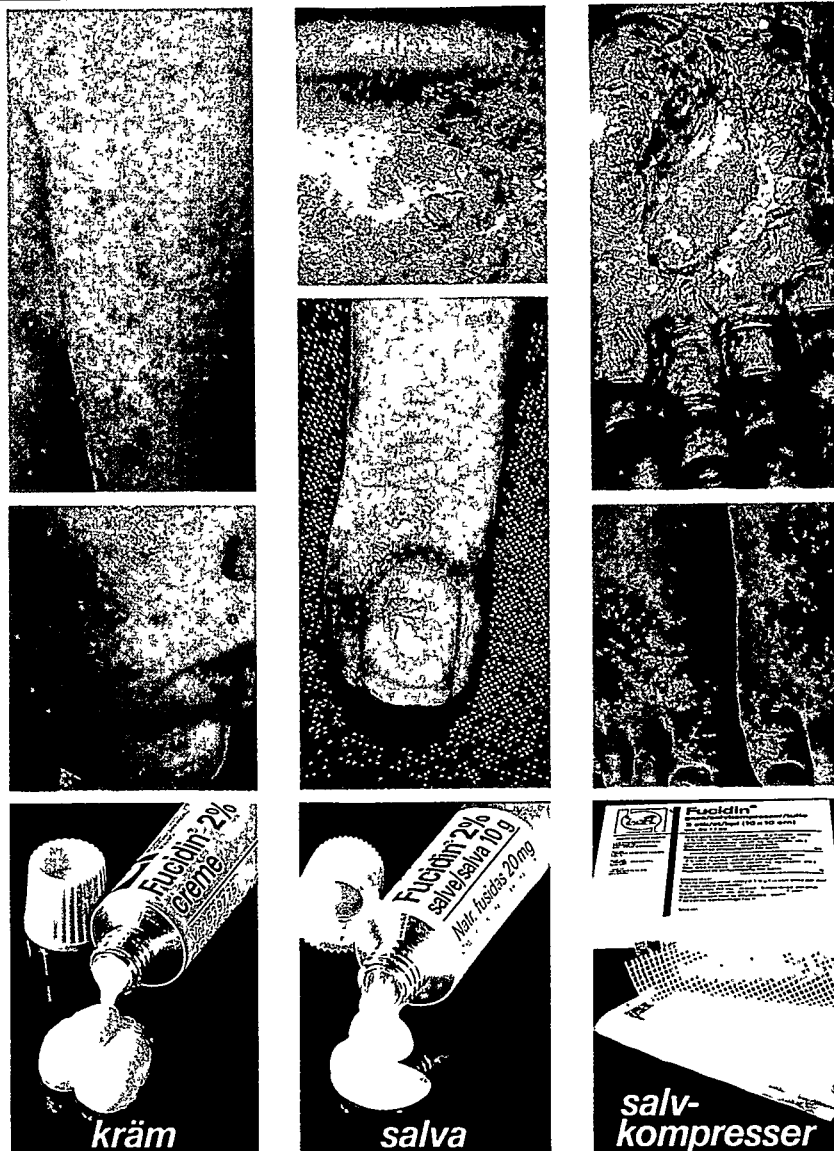
För att i någon mån testa bokens praktiska värde, tog jag mitt recensionsexemplar till mottagningen, lät den ligga en månad och konsulterade flitigt. Några ovanliga fall dök upp: en adoptivpojke från Indien med hypospadi, en medelålders man med meatusstenos. I båda fallen kunde jag lätt få fram uppgifter, som ökade mitt eget kunnande och bidrog till en adekvat handläggning. En äldre, kärlsjuk man med svårförklarlig inkontinens, blev plötsligt begriplig i ljust av några textrader.

Den icke-bakteriella (kroniska) prostatiten jämförs i boken med åkommor som gastrit och colit, där yttre faktorer som stress, oro, ångslan betyder mycket. På mottagningen har jag flera patienter som lider av magtarmbesvär samtidigt eller omväxlande med prostatitbesvär. Collste har visst öga även för den typen av samband.

Vid vanliga tillstånd som urinvägsinfektioner finns mera profilerad primärvårdslitteratur att rådfråga (till exempel Mårdh P-A (red): *Infektioner i primärvård*), men även inom dessa områden är boken mycket läsbar och förslagen till handläggning överensstämmer väl med den gängse inom primärvården idag.

Christer Petersson, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen, 360 30 Lammhult.



Lokal behandling med FUCIDIN®

fusid

Indikationer: Hudinfektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för fusidinsyra.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot fusidinsyra.

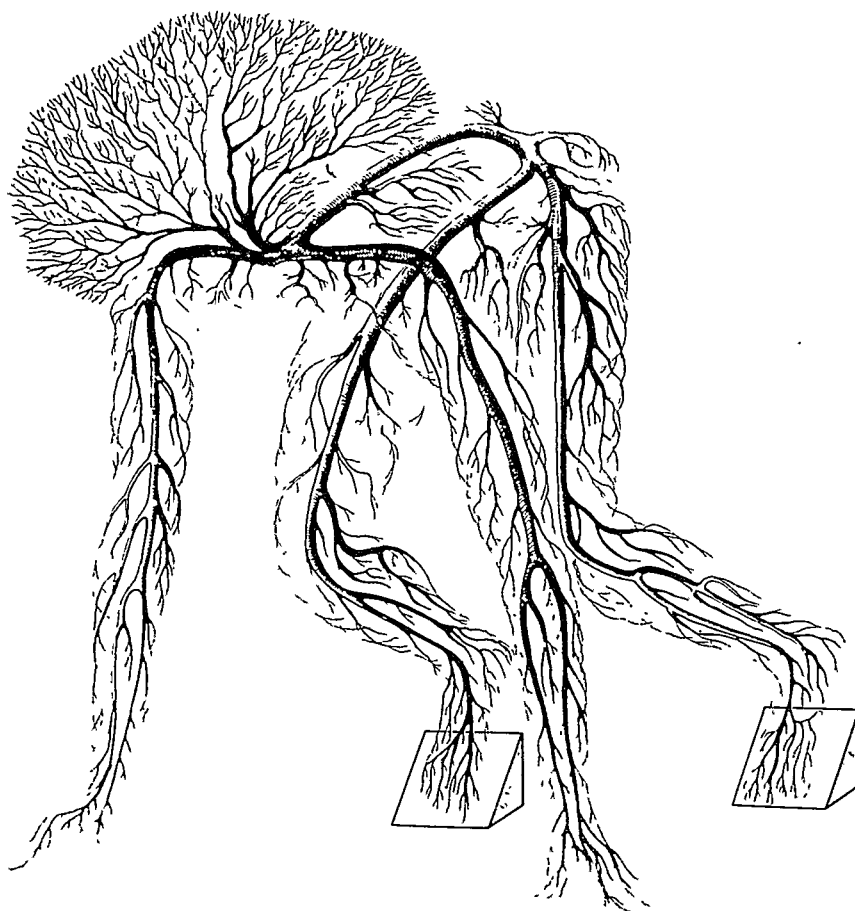
Biverkningar: I enstaka fall har i början av behandlingen lätt irritation av huden förekommit hos patienter med fissurer och sår. Allergiska hudreaktioner i form av exantem och rash kan förekomma men är mycket sällsynta.

Användning: Fucidin kram och salva appliceras 2–3 gånger dagligen på det infekterade hudområdet. Om ett skyddande förband anlägges är en applicering dagligen tillräcklig. Fucidin salvkompresser lägges på såret och täckes med lämpligt förband. På starkt vätskande särytor bör kompressen bytas varje dag. Fucidin salva bör ej användas i ögonregionen pga viss lokalirriterande effekt av natriumsaltet.



LÖVENS LÄKEMEDEL
Tel 040-756 30 • Box 404 • 201 24 Malmö

24-timmar



Ett dygn är som ett 24-timmarslopp.

Det gäller att vara så väl rustad som möjligt inför dagens påfrestningar, inte minst om man har för högt blodtryck. Då måste man ha extra bra kontroll på sitt inre lopp — blodomloppet.

För många hypertoni-patienter är Plendil® den rätta starten.

Den kärlelektiva Ca-antagonisten Plendil är en säker och bekväm väg att sänka blodtrycket. Doseringen är alltid en tablett om dagen — alltså bara en tablett att komma ihåg — och effekten varar i 24 timmar.

Att Plendil har 24-timmarseffekt är mycket väl dokumenterat:

Plendil ger en dosrelaterad sänkning av blodtrycket 24 timmar efter dosintag.⁽¹⁾

Det är ingen skillnad i blodtryck-

sänkande effekt mellan en- och tvådosering av samma dygnsdos Plendil.⁽²⁾

Plendil är ett effektivt förstahandspreparat, men lämpar sig väl både i kombination med β -blockerare och ACE-hämmare. Det är ingen risk för smygande bieffekter, eftersom biverkningarna är direkt relaterade till den kärldilaterande verkningsmekanismen (se FASS).

Starta alltid behandlingen med 5 mg.⁽³⁾

Referenser. 1. Faison Lanahan EP et al. *Am J Hypertens* 1990;3:113A (Abstract 1317). 2. Blychert E et al. *J Cardiovasc Pharmacol* 1990;15 (suppl 4):S58. 3. Campbell LM et al. *J Cardiovasc Pharmacol* 1990;15: S69-73.

Teckningen är inspirerad av den klassiska bilden av blodomloppet i Diderots franska encyklopedi från 1700-talet.

Plendil®

Felodipin. Depottabletter 5 mg och 10 mg.

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