

ALLMÄN MEDICIN

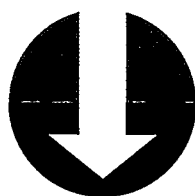
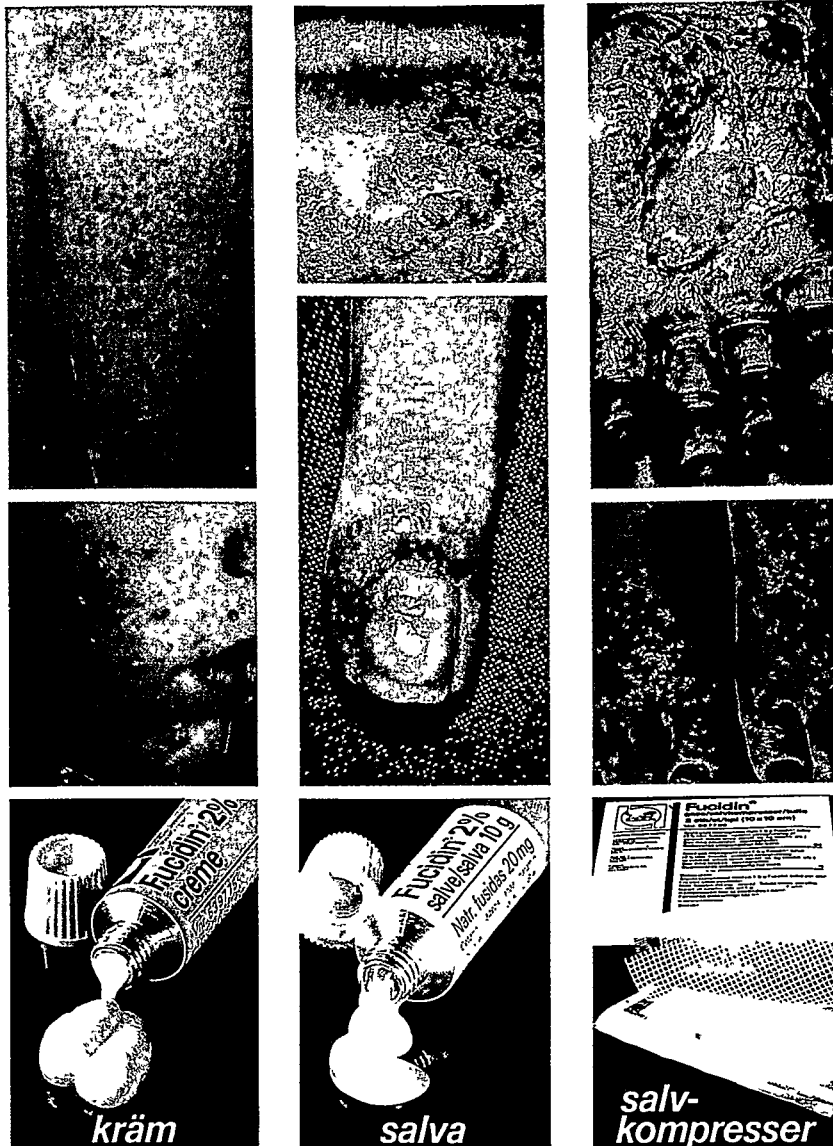
Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Utvärdering av
prevention

3
1991

Supplement nr 14
Konsultationen
i Umeå



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 kräm och salva appliceras 2–3 gånger dagligen på det infekterade hudområdet. Om ett skyddande förband anläggs är en applicering dagligen tillräcklig. Fucidin salvkompresser lägges på såret och täckes med lämpligt förband. På starkt vätskande sårytor 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

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
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

Kalendarium

91

Ledare

Med sordin och kanon

Anders Håkansson

92

SFAMs lokala kontaktpersoner – tillägg och rättelser

92

Konsultationen – ett angeläget medicinskt möte mellan två experter

Göran Westman

93

Nytt från SFAM

SFAMs datagrupp reaktiverad

Debatt

Junfru skär och postcoital miktion

Wiveka Elmér

94

"Dalamodellen. Människor i samspel. Struktur för sjukvården i Dalarna under 90-talet"

Peter Olsson

96

Kvartersakuten – bra för vem?

Kjell Lindström

96

Nytt från institutionerna

Allmänmedicin i Stockholm: Gärdsmysen i KIs trädgård – liten, vacker och ihärdig

Anna-Karin Furhoff, Hans Åberg

97

Kurser & konferenser:

Rapport från seminarium för FoU-enheter i Sundsvall

Markus Kallioinen

102

Doktorsavhandlingar från primärvården

Bertil Marklund: Medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek – omfattning, innehåll och utvärdering med särskild tonvikt på vårdcentralernas telefonrådgivning

Helén von Sydow

103

Rättelse angående artikeln om ensamstående mödrars hälsa och hälsorisker, AllmänMedicin 2/1991

Annika Forsén, Urban Janlert

105

Handledarutbildning i Norrland – erfarenheter av en fördjupningskurs

Bengt Mattsson, Sven-Olof Andersson

106

Ultraljudsundersökning av sinus – ett exempel från en liten vårdcentral

Carl Magnus Mölstedt

109

Förste allmänmedicinprofessorn tillsatt på Island

Calle Bengtsson

110



Apoteksbolaget

111–114

Hörselscreening vid 4-årsundersökningen på BVC

Hans K:son Blomquist, Petra Sehlin, Gun Holmberg, Ulla Landgård

115

Mottagningsssköterskornas sjukvårdsupplysning – en jämförelse mellan en vårdcentral med och en utan öppen mottagning

Per Andrén, Anders Håkansson

117

Familjemedicin i Munkedal

Hans Thörn

119

Om hematuri

Einar Björkelund

121

Prevention – går det att utvärdera?

Sven-Olof Isacson

122

... och doktorn kom – Del 3

En kvinnlig provinsialläkare bläddar i minnenas bok

Märta Palmberg

129

Vem får farmakologisk behandling av hyperlipidemi i Alvesta primärvårdsområde? – En journalstudie omfattande 30 patienter

Birger Ossiansson

132

Recensioner

Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter

Eva Johansson

136

Gaviscon® var först med skumsläckningsmetoden mot bröst/halsbränna.

Redan 1964 lanserade Ferring det första specifika antirefluxmedlet under namnet Gaviscon®.

Det innehåller ett alginat som reagerar med syran i ventrikeln. Där bildas en skummande viskös gel, vilken hejdar magsyran från att stötas upp i matstrupen.

Gaviscon® är sockerfritt, ger inga systemeffekter utan fungerar enbart lokalt som antirefluxmedel.

Vi på Hässle Läkemedel är stolta över att ha fått förtroendet att marknadsföra Gaviscon® i Sverige. På så vis har vi ytterligare kunnat bredda vårt anseende inom området mage/tarm.

gaviscon®
alginat
Det första antirefluxmedlet.



1991

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 organtransplantation.

Information: Överläkare Ingvar Karlberg. Tel 031-602021 eller Nordiska Hälsovårdshögskolan. Tel 031-693972.

□ **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 45-31-299711, Fax 45-39-270107.

□ **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 45-31-299711, Fax 45-39-270107.

□ **21-22 augusti + 19-20 september.** Kurs i statistik. En kurs i två avsnitt som behandlar deskriptiv statistik, sannolikhetlära, statistisk inferens, regression och korrelation samt bedömning av den statistiska behandlingen i några medicinska studier. Anmälan för 3 juni 1991.

Information: Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm, tel 08-24 50 85.

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

Information: Ann-Katrin Björner, UNIKUM, Umeå universitet, 90187 Umeå. Tel 090-165130. Fax 090-166685.

SEPTEMBER

□ **9-10 september** i Sigtuna och **2-3 december** i Hindås utanför Göteborg. Orienterande kurs i klinisk läkemedelsprövning. En 2-dagars kurs för läkare, sjuksköterskor, farmaceuter och andra som deltar i eller planerar att delta i arbetet med kliniska läkemedelsprövningar. Anmälan före 7 juni resp 4 oktober.

Information: Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm, tel 08-24 50 85.

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

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

□ **23-25 september** och **2-4 december.** Äldre och läkemedel. Högskolekurs, 3 poäng. Apotekarsocieteten i samarbete med Hälsohögskolan och Institutet för Gerontologi. Anmälan helst före 10 juni 1991.

Information: Annette Lindberg eller Monica Östberg Rosell, tel 08-24 50 85.

□ **23-27 september** och **18-22 november.** Grundkurs i Klinisk Läkemedelsprövning. En kurs för personer som inom läkemedelsföretag, sjukvård eller myndighet planerar, administrerar eller genomför kliniska läkemedelsprövningar. Anmälan före den 7 juni resp 20 september.

Information: Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm, tel 08-24 50 85.

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

Information: K-utveckling AB, Box 406, 12604 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, 40242 Göteborg. Tel 031-69 39 00, Fax 031-69 17 77.

NOVEMBER

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

Information: Nordiska Hälsovårdshögskolan (NHV), Nya varvet, Box 12133, 40242 Göteborg. Tel 031-69 39 00, Fax 031-69 17 77.

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

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

ALLMÄNLÄKARENS UTBILDNING

KIRUNA 11-14 september 1991

SFAM:s årsmöte, tillika

Norrländska Allmänläkardagar

Mötesprogram

TORSDAG 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

Anmälan om föredrag/posters till Riksstämman

Anmälan om föredrag eller poster till de allmänmedicinska sessionerna vid Läkaresällskapets Riksstämma skall sändas in före den 23 augusti 1991. Blanketter för anmälan av föredrag eller poster, tillika abstractformulär, kommer att sändas ut i mars/april och kan vid behov rekvideras från undertecknad. Vi hoppas inom SFAMs styrelse att få in många anmälningar. Riksstämman blir nästa gång 27-29 nov 1991.

Abstractformulären insändes till undertecknad - starta i god tid! Det är stor risk att tiden blir knapp annars dagarna före den 24 augusti.

Calle Bengtsson

Professor vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg, vetenskaplig sekreterare i SFAM

Adress:

Allmänmedicinska institutionen,

Redbergsvägen 6

416 65 GÖTEBORG

Med sordin och kanon

ANDERS HÅKANSSON

"Med sordin og kanon" är en tunn men mycket läsvärd bok, som i högsta grad angår också den svenska allmänmedicinen. Författare är Per Fugelli, norsk allmänmedicinsk profet med klar tanke och vass penna.

Enligt min uppslagsbok är **sordin** en anordning som dämpar ljudstyrkan hos ett musikinstrument, medan **kanon** är en artilleripjäs med långt eldrör och stor skottvidd. Naturligtvis är bullret från kanonen ganska högljutt.

Med viskningar och rop har allmänmedicinen vuxit sig stark i Norge. "Fra å bli sett på som, beklageligvis nödvändige, medisinske stuntmenn ute i den folkelige jungel, står allmennpraktikerne idag fram som höjt verdsatte skuespillere på den medisinske hverdagsscenen." Allmänpraktikern har därvid att spela ett flertal roller: Den personliga läkaren, generalisten, pragmatikern, resursförvaltaren, koordinatoren, primärklinikern och hälsofrämjaren.

Huvudbudskapet i boken är att vi bör specialisera oss, eller med andra ord koncentrera oss, såväl inom praktiken som inom forskningen. Vi bör gå från "allt-möjligt-medicin" till klinisk primärmedicin. Den nuvarande primärvården bör uppdelas i fyra olika specialiteter: Kommunal hälsoadministration (i Norge är primärvården en primärkommunal angelägenhet), förebyggande medicin, företagshälsovård och klinisk allmänmedicin. Det är inom den kliniska allmänmedicinen som flertalet allmänpraktiker bör verka – och där agera i alla de nyss nämnda rollerna. Slagordet framför andra heter kontinuitet. Allmänpraktikern blir specialist på de vanliga sjukdomarna, dess tidiga yttringar och

dess pragmatiska behandling. Vårt förebyggande arbete fullgör vi i de många dagliga konsultationerna.

De allmänmedicinska institutionerna måste i Norge, liksom i Sverige, växa sig större – och de måste bli mer kliniskt inriktade. Allmänmedicinen är den största av specialiteterna och med hänsyn till institutionernas alla uppgifter inom forskning och undervisning är de försvinnande små. Institutionerna bör koncentrera sig inom det kliniskt allmänmedicinska fältet och forskarna bör kombinera vetenskaplig teori med vardaglig praktik. Genom denna närhet mellan forskning och praktik förbättras studentundervisningen liksom forskningen och avståndet mellan de allmänmedicinska institutionerna och de fältarbetande kollegorna minskas.

I sina resonemang har Fugelli hämtat inspiration från såväl Pendleton (vars bok "The Consultation" recenserades i AllmänMedicin 5/88) som McWhinney (vars lärobok "Family Medicine" recenserades i AllmänMedicin 1/91). Mötet mellan patient och läkare är något av allmänmedicinens kärna och den patientcenterade kliniska metoden är väl användbar i detta möte.

Vilka blir då de praktiska konsekvenserna för den svenska allmänmedicinen? Mycket av det som är tillämpligt i Norge är naturligtvis användbart också i Sverige. Flertalet allmänmedicinare bör koncentrera sig på det kontinuerliga omhändertagandet av de vanliga krämporna hos sina välkända patienter (kanske bör de arbeta enligt listsystem). I dessa många patientmöten finns en stor potential för framgångsrikt förebyggande arbete.

Specialister i miljö- och samhällsmedicin kan då på heltid syssla med det mera allmänt förebyggande arbetet i lokalsamhället. Enstaka allmänmedicinare får på heltid arbeta med hälsoadministration. På de växande institutionerna (kanske är institutioner för klinisk samhällsmedicin en bra beteckning) kan man ha sektioner med motsvarande inriktning. Den största sektionen blir naturligtvis den för klinisk allmänmedicin och de anställda där kombinerar praktiskt läkararbete (kanske 50 procent) med forskning och undervisning. Den totala kunskapsmängden bör på dessa storinstitutioner få en omfattande bredd och ett betydande djup.

Avslutningsvis vill jag ge ett av den norska bokens många goda citat signerade sir William Osler: "And from the standpoint of medicine as an art for the prevention and care of disease, the man who translates the hieroglyphics of science into the plain language of healing is certainly the more useful".

Referenser

1. Fugelli P. Med sordin og kanon. Allmennmedisinske artikler og foredrag. Oslo: Tano, 1990.
2. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
3. McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1989.

Författarpresentation

Anders Håkansson, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö.

SFAMs lokala kontaktpersoner tillägg och rättelser

Gotland	Claes Jonsson Korpens VC Brömsebrovägen 8 621 23 Visby 0498-680 00	Malmö	Elisabeth Jaenson Sorgenfrimott Nobelv 56 214 33 Malmö 040-33 54 85 33 54 32	Södermanland	Britt Arrelöv VC Skiftinge Box 10007 630 10 Eskilstuna 016-10 30 00
Göteborg	Olle Lyngstam Allmänmed centrum Redbergsv 6 416 65 Göteborg 031-84 01 70	Malmöhus	Mogens Hey VC Storgatan 2 243 30 Höör 0413-639 40	Örebro	Inger Olsson Varberga VC Varbergagatan 75 703 51 Örebro 019-15 29 79
Kronoberg	Anders Håkansson VC Teleborg Box 5044 350 05 Växjö 0470-888 00	Stockholm Nordöstra	Anna Källkvist VC Kronan 172 83 Sundbyberg 08-98 91 57	SPLF	Mats Troedsson Södra Kyrkog 16 262 32 Ängelholm 0431-193 99

Konsultationen – ett angeläget medicinskt möte mellan två experter

GÖRAN WESTMAN

SFAMs höstmöte i Umeå hade tre teman: **familjemedicin, prevention och konsultation**. De två förstnämnda har avrapporterats som supplement till denna tidskrift, nummer 12 och 13. Turen är nu kommen till det tredje temat och med detta nummer av tidskriften följer supplement 14, **Konsultationen**. Det är ett sammandrag av en uppföljande seminariedag avhållen i Umeå den 7 juni 1990.

Intresset för konsultationen har ökat såväl i undervisningssammanhang som forskning och inte bara hos oss, utan också i andra länder. I England har man utvecklat metoder för att kartlägga och studera innehållet i läkares möten med patienter och även

funnit tillämpningar i utbildning och examination. Den sjunde nordiska kongressen i allmänmedicin i Oslo, juni 1991 väljer också konsultationen som sitt huvudtema.

SFAMs programskrift "Allmänmedicin inför år 2000", som i sin första upplaga presenterades vid junimötet i Umeå, visar på konsultationens centrala funktion när det gäller att få en avgränsning och integration till stånd av allmänmedicinens tre verksamhetsformer – den kliniska, den individuella och den samhällsinriktade.

Att klargöra och synliggöra vår kompetens måste ses som en angelägen uppgift för framtiden. En alldeles utmärkt utgångspunkt utgörs av **kon-**

sultationen. Utifrån den kan allmänläkare – enskilt och i grupp – reflektera över vilka kvaliteter som kan utvecklas.

I konsultationen blir allmänläkarens funktion som generalist tydlig. Allmänläkarnas kunskapsområde är utan tvekan en specialitet, men någon specialist i ordets rätta mening kan allmänläkaren aldrig bli. I supplementets olika kapitel ges flera exempel på betydelsen av breda och generella kunskaper i mötet med människor.

Författarpresentation

Göran Westman, docent

Postadress: Institutionen för allmänmedicin, Universitetet, 901 85 Umeå.

Nytt från SFAM

LBO 71407

SFAMs datagrupp reaktiverad

SFAMs datagrupp initierades av Göran Sjönell år 1985 på uppdrag av SFAMs styrelse. Den består av Britt-Gerd Malmberg (ordf), Lars Berg (sekr), Bengt Dahlin, Birger Gran, Markus Kallioinen och Tommy Jäverfalk.

Bland annat har gruppen informerat sig och andra om datorutvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet och deltagit vid remissbehandling inom området. En kartläggning av datorstödet i primärvården genomfördes 1987. Flera kurser i praktisk datorlära har genomförts. Med en konferens år 1984 i Sundsvall som förebild har vid tre tillfällen – Lerum 1985, Stockholm 1987 och Luleå 1988 – stora seminarier angående datorstöd i primärvården genomförts. Av olika anledningar har arbetet under senare år varit sporadiskt.

Intresset för datorstöd i olika former i primärvården har ökat markant den senaste tiden, varför en reaktivering av gruppen initierades av SFAMs styrelse. En inbjudan utgick därför till de datorintresserade allmänläkarna i SFAM och gruppen träffades vid ett möte i Stockholm den 7 februari 1991. Totalt hade 17 allmänläkare möjlighet att komma.

Syftet med mötet var att dels informera varandra om vad som var på gång, dels att besluta om SFAMs datagrups fortsatta arbete.

Vid mötet informerades om AGDA (läkarförbundets arbetsgrupp för datapolitiska frågor), INFHOS (utred-

ning om informationsstrukturen för hälso- och sjukvården), åtgärdsklassifikationen (remissutgåva kommer under 1991), pågående standardiseringsarbeten i olika grupper inom EG och Sverige samt diskuterades utvecklingen på datajournalsidan.

Det fortsatta arbetet

Konkret kom mötet överens om att följande punkter (obs! ej i prioriteringsordning) skulle gälla SFAMs reaktiverade datagrupp och dess uppgifter och organisation:

- användargrupp för att utöva tryck på dataföretag
- fortlöpande värdering av och information om kommersiella datasystem för primärvården
- lathund för krav på datasystem
- utbildningsaktiviteter
- datakonferenser eller -seminarier
- kommunikation via dator (ex Norrköping)
- föra register över kontaktnät (personer) och sprida kännedom om vilka som arbetar med olika datasystem
- anordna särskilda program i anslutning till SFAMs möten
- bygga nätverk för utvecklingsprojekt och utvecklingsenheter
- ad hoc kurser om aktuella företeelser och program (EpiInfo nämndes som ett aktuellt ämne)
- remissgrupp för SFAMs styrelse

Organisation

- En driftgrupp eller lednings/samordningsgrupp (liten grupp)

- en intressegrupp (alla i SFAM som är intresserade av informationsutbyte anmäler sig till denna)
- flera åtagandegrupper inom olika områden (medlemmar ur intressegruppen som åtar sig olika uppdrag)

Interimsgrupp

En interimsgrupp (samordning/ledning/drift) utsågs vid mötet, och skall konfirmeras av SFAMs styrelse.

Den fick följande sammansättning:

Bengt Dahlin (ordf; Lerums primärvårdsområde, Lerum)

Lars Berg (press-sekr; Vårdcentralen, Tibro)

Birger Gran (kommunikation och kursverksamhet; Bergnäsets vårdcentral, Luleå)

Britt-Gerd Malmberg (kurser och konferenser; vårdcentralen Kronan, Sundbyberg)

Stefan Henningsson (Vårdcentralen Granen, Malmö)

Bengt Lindqvist (Ekensbergs vårdcentral, Nyköping)

Jan Stålhammar (Eriksbergs vårdcentral, Uppsala)

För vidare information kan kontakt tas med: **Bengt Dahlin**, Primärvårdskansliet, Box 238, 443 25 Lerum, tel 0302-55281, fax 0302-16435 eller

Lars Berg, vårdcentralen i Tibro, Box 275, 543 81 Tibro, tel 0504-185 00, fax 0504-18504.

Jungfru skär och postcoital miktion

WIVEKA ELMÉR

Vid flertalet symposier, utbildningar och föreläsningar om urinvägsinfektioner, vid referat från konferenser i urologi, gynekologi och infektionssjukdomar, bland annat i denna tidning och nu senast i Apoteksbolagets tidning, uttrycks som en sanning, att blåstömning omedelbart efter samlag hos premenopausala kvinnor minskar eller förhindrar recidiv av urinvägsinfektion.

Nyckelord: Urinsystemet, infektioner, debatt, urinvägsinfektion, profylax

Vid en sökning i Medlars informationssystem på samtliga artiklar sedan 10 år med en samkörning av rubrikerna urinary tract infection, vagina, postcoital och post and coitum påträffades bara tre artiklar som skulle kunna ligga till grund för ordinationen om blåstömning efter samlag.

En artikel hävdar att samlag är en "major factor" för inducering av upprepade UVI hos sexuellt aktiva, premenopausala kvinnor genom transferrering av den preexisterande introitusfloran in i blåsan. Vare sig mannens preputiala bakterieflora eller kvinnans flora hade typats eller märkts bakteriologiskt! Total avhållsamhet från samlag minskar antalet recidiv och anses därför bevisa författarens teori (1).

Två artiklar (1,2) tar upp postcoitalt administrerat antibiotikum som profylax. Cefalexin, trimetoprim, nalidixin, sulfametoxazol och nitrofurantoin sägs vara effektiva. Men går det inte lika bra med precoitalt antibiotikumprofylax? Allra säkrast är väl kontinuerlig behandling beroende på samlagsfrekvensen!

Endast en artikel från 1983 (1) behandlar postcoital blåstömning som profylax men då med samtidig administrering av ett urinvägsantibiotikum! Stone et al 1986 har däremot visat att orala antibiotika inte kan rekommenderas som profylax och att postcoitalt tvättande, sköljande eller kissande inte har någon skyddande effekt mot urinvägsinfektion (3).

Den vetenskapliga dokumentationen saknas alltså för att ge oss läkare rätt att utdela ordinationen om urinvägsgenomspolning mot infektion efter samlag.

Historik

Den moderna kvinnoforskningen visar varför och när kvinnan i olika kulturer stämplades som oren (4). Blodet som från början ansetts vara den livgivande kraften, symbol för liv och som tillbetts i riter (t ex blotet) blev i detta paradigmskifte symbol för orenhet (5). Kvinnan sades härefter genomlida sin "månatliga rening" och efter förlösning och barnafödande skulle hon kyrktas (6).

Kvinnan kom i de flesta västerländska kulturer att representera det jordiska och ostyrbara kaos. Mannen förbands med det höga, rena och ordnade kosmos. Mannen i vit rock representerade den allra högsta renhet och sanning medan kvinnan i vitt var ett hot också för sina medsystrar som en till madonna förklädd hora.

Jungfru skär i visan om karusellen handlar om den orörda, rena kvinnan utan UVI får vi enligt befintlig vetenskaplig dokumentation förmoda (1). Verbet skära betyder rena. Det är känt att förtryckta, utslagna och erövrade folkslag (de som har och skall fortsätta att ha låg rang på statusskalan) av den tongivande makteliten sägs vara obegåvade och smutsiga behaftade med sjukdomar som loppor, löss, svinkoppor och STD.

Diskussion

Förutom att ordinationen miktion efter samlag vid recidiverande UVI således är medicinskt överdräktig är tanken på att störta upp och tömma blåsan kanske inte heller den första som faller kvinnan in i den situationen. De allra flesta kvinnor i Sverige är numera så jagstarka att de tillåter sig betvivla, pröva och förkasta råden om än givna av den mest auktoritära läkare. Men de svaga, rädda och redan förtryckta åsamkas bördan av skuld och mindervärdeskänslor förutom ett spolierat samliv. Ordinationen är därför även psykologiskt felaktig.

Varför utdelas aldrig ordinationen att mannen skall gå ut och skölja av den erigerade penisen före immissio för att minska den preputiala floran om partnern har recidiverande UVI? Eller att alltid använda barriärmedel som bevisligen har minskande effekt på alla sexuellt överförbara infektioner (3)?

Befolkningen har lyckligtvis mycket stor resistens mot "goda råd" som totalt och destruktivt ingriper i deras

livsvillkor. Läkaren invaggas i tron att hans ordination varit riktig eftersom patienten inte återkommer. Hon går givetvis till någon annan läkare som inte försämrar hennes livskvalitet!

För är det inte så att det är mycket grumliga och gamla föreställningar som ligger till grund för antagandet att kissande omedelbart efter samlag skulle göra någon som helst nytta?

Låt oss i fortsättningen slippa repressiva, överdräktiga och beskäftiga råd från läkare. De skadar förtroendet för läkarkåren. För flertalet patienter är de lika överksamma som att be barnen att alltid komma ihåg att sätta på mössa för att undvika framtida öroninflammationer!

Referenser

1. Pfau A, Sacks TG, Engelstein D. Recurrent urinary tract infections in premenopausal women: Prophylaxis based on an understanding of the pathogenesis. *J Urol* 1983;129:1153-7.
2. Pfau A, Sacks TG. Effektive prophylaxis of recurrent urinary tract infections in premenopausal women by postcoital administration of cephalexin. *J Urol* 1989;142:1276-8.
3. Stone KM, Grimes DA, Magder LS. Primary prevention of sexually transmitted diseases. A primer for clinicians. *JAMA* 1986;255:1763-6.
4. Utrio K. Evas döttrar. Stockholm: Prisma 1987.
5. Nilsson R, Thorsell L. Kvinnoroller genom tiderna. Stockholm: Esselte Studium 1978.
6. Frykman J. Horan i bondesamhället. Lund: Liber 1977.

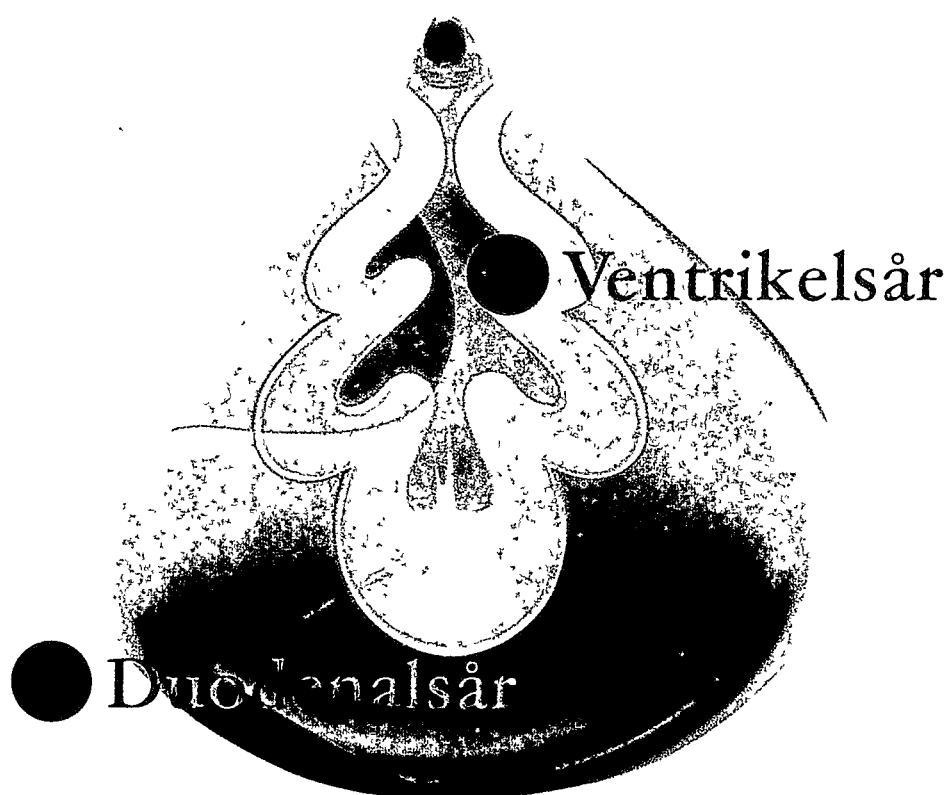
Författarpresentation

Wiveka Elmér, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen S:t Lars. 22009 Lund.

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

"Dalamodellen. Människor i samspel. Struktur för sjukvården i Dalarna under 90-talet"

PETER OLSSON

Dalamodellen har blivit ett allmänt känt begrepp i omprövningens tid. Det är socialdemokratins svar på sjukvårdens finansiella kris. Man har till och med försökt få med en före detta finansminister i reformarbetet.

Studentlitteratur ger nu påpassligt ut ett dokument "Dalamodellen. Människor i samspel. Struktur för sjukvården i Dalarna under 90-talet", författat av konsulterna från SIAR-Bossard, Eric Rhenman, Per-Axel Svalander, Göran Stenberg och Peter Wiederman (ISBN 91-44-32981-4).

En hel del är oprecist och upprepningsarna många. På ett par sidor borde man kunnat sammanfatta de centrala tankarna. Jag ska här beröra några. Dagens styrmekanismer är oklara och vi har ingen kontroll över kostnadsutvecklingen. I Dalamodellen blir de kommunala områdesstyrelserna viktigast – de upprättar årligen befolkningskontrakt med vårdcentralerna och vårdavtal med sjukhusen. Den geografiska indelningen överensstämmer alltså med äldrelegationens förslag ADEL.

Även om det inte sägs rent ut, så kommer nog landstinget att avskaffa sig självt på ett par år, kvar kommer

endast att finnas en servicebyrå för områdena. Betalningsansvaret för regionvårdspatienterna måste också lösas i samverkan.

Vem vinner på förslaget? Leder det till ett effektivare utnyttjande av allmänna medel? Non-profit är ett honnörsord och bonus till enheter som lyckas bra med de produktivitetsmått som kommer att gälla är endast antytt.

I ett sådant system är ju kvalitetskontrollen avgörande. Ska den komma inifrån eller utifrån?

Dagens rekommendationer från Socialstyrelsen och utslagen från HSN för ibland med sig en del kostsamma utredningar. Hur gör man när pengarna tar slut? Man har redan diskuterat en prioriteringslista över olika patientkategorier. Det är ju ett påtagligt exempel på försök till kostnadskontroll.

Vem förlorar? Pensionärerna har varit oroliga. Kanske med rätta – förslaget är kombinerat med en vårdplatsreduktion av över 200 sängplatser.

Det fattas ungefär en tredjedel av distriktsläkarna i Dalarna. Tar man konsekvenserna av det nymornade marknadsintresset? För visst skulle det gå att rekrytera om man verkligen

ville? Vad innebär bristen för genomförandet av modellen? Kraven på kompetens blir hög i områdesstyrelserna. De läkare som blir engagerade kommer kanske än mer än dagens chefer att fjärmars från det direkta vårdarbetet.

De icke-chefande distriktsläkarna får en än större börda. Även om man har en bra målsättning (2000 invånare/distriktsläkare) som går att kombinera även med listsystem eller som anges i boken med kvartersakuter.

Kommer motsättningarna mellan slutenvård och primärvård att överbryggas eller skärpas med Dalamodeln? Avsikten är ett bättre samspel men visst föreligger det intressekonflikter! Är vi distriktsläkare mogna det ekonomiska ansvaret för våra patienter?

Slutligen finns det de som säger att vi har för mycket "luft" i systemet. Men för att människor ska kunna andas behövs just luft!

Författarpresentation

Peter Olsson, distriktsläkare i allmänmedicin.

Postadress: Tullgårdens vårdcentral, 371 00 Karlskrona.

Kvartersakuten – bra för vem?

KJELL LINDSTRÖM

Över landet sprids ryktet om den nya revolutionerande organisationsformen "kvartersakuten" där alla patienter varje dag kan få ringa till sin egen doktor eller bara kan komma till mottagningen för att träffa honom. Vill man får man förstås hembesök.

Alla patienter är helnöjda, tillgängligheten hundra procentig och väntetiderna saknas helt. Doktorerna strömmar till för att få arbeta under nya och angenämare former. Man får själv styra sin arbetsdag, man slipper att rutats in av barska sjuksköterskor som driver på och vill att man ska utföra arbetsuppgifter man helst vill slippa. I det nya systemet får man egna patienter som bara man själv tar hand om, alltifrån telefonkonsultationer och tidbokning till att ta emot betalning och hjälpa till med påklädning. Doktorerna trivs med att själva få bestämma hur arbetsdagen ska se ut och patienterna jublar över att få träffa sin dok-

tor så enkelt och så ofta de vill.

Upphovsmannen till den nya organisationsmodellen håller hov både vid kurser arrangerade i egen regi, vid konferenser och i massmedia. Reklamen för modellen är säljande och köparna tycks vara många. Administratörer, politiker och även vissa distriktsläkare tror sig äntligen ha funnit lösningen på alla problem. Framför allt i städer med god tillgång till läkare börjar man redan planera enligt den nya modellen.

Efter att ha arbetat några år i svensk primärvård, tvivlar jag på att den nya modellen löser de verkliga problemen. Det är något som inte stämmer. Ekvationen går inte ihop.

Min uppfattning är att kvartersakuten är en katastrof om den får stå modell för svensk primärvård. Den kan möjligen fungera i en läkartät storstad där invånarna har gott om andra alternativ och där man kan rekrytera

många entusiastiska och duktiga distriktsläkare.

Det stora felet med den nya modellen är, att alltför mycket blir beroende av distriktsläkaren och att den därigenom kräver betydligt fler distriktsläkare. Det är ju just distriktsläkare vi har brist på i Sverige. Hade vi varit dubbelt så många och med hotande arbetslöshet hade jag bättre förstått utvecklingen. Visserligen finns det ju gott om läkare som vill stanna kvar i storstäderna, men det leder knappast till bättre primärvård i vårt land om ännu fler doktorer fastnar på universitetsorterna. Primärvården behöver läkare, framför allt på orter där det inte finns sjukhus eller privata sjukvårdsalternativ. Det gäller att hitta en organisationsmodell som leder till en god läkarrekrytering och en bra sjukvård också och kanske framför allt några mil utanför sjukhusstäderna. Utomlands finns intressanta system, till ex-

LBO 6563

empel där lönen stiger med avståndet från sjukhus.

Jag tror att inträttandet av kvartersakuter kanske kan göra sjukvården något bättre i Stockholm, även om det sannolikt leder till att varje distriktsläkare i den nya modellen "gör mindre nytta" än tidigare. Men jag tror inte att alla distriktsläkare passar in i det nya arbetssättet och jag tror inte heller att kvartersakutmodellen är så attraktiv att den leder till en stor tillströmning från andra specialiteter till distriktsläkaryrket, vilket är nödvändigt.

Om primärvården i Sverige ska utvecklas och kunna spela den viktiga

roll som är nödvändig i en bra hälso- och sjukvård, krävs att vi tar tillvara på **alla goda krafter** och utnyttjar olika personalkategoriers starka sidor. Många arbetsuppgifter utförs helt säkert bättre av distriktsköterskor och mottagningsköterskor än av distriktsläkare. Och det måste också finnas utrymme och sätt att utnyttja ett stort antal sjukhusspecialisters kompetens inom primärvården. Ty sammantaget borde omkring hälften av de totala resurserna för hälso- och sjukvård organiseras inom primärvården om hälso- och sjukvården skall fungera optimalt. En sådan utveckling är också nödvändig om Dalamodellen eller liknande

modeller av ekonomistyrning, som många landsting idag funderar över, skall kunna förverkligas. Kanhända är just dessa modeller början till lösningen på problemen att prioritera och få pengarna att räcka till.

Nej, kvartersakuten är inte bra för svensk hälso- och sjukvård, kanske för ett mindre antal invånare och läkare i Stockholm, men troligen allra bäst för upphovsmännen.

Författarpresentation

Kjell Lindström, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen, Box 204, 566 00 Habo.

Nytt från institutionerna

LBO 6564

Allmänmedicin i Stockholm

Gärdsmygen i KIs trädgård – liten, vacker och ihärdig

ANNA-KARIN FURHOFF · HANS ÅBERG

I augusti 1990 flyttade Karolinska institutets institution för allmänmedicin från sina lokaler i Huddinge centrum till nya lokaler i Flemingsberg, i samma hus som Flemingsbergs vårdcentral. Detta, tillsammans med ändringar i Karolinska institutets studieplan, gör att vi som arbetar på institutionen tycker att vi gått in i en ny era, vilket får motivera att det kan vara lämpligt att presentera institutionen för en större krets allmänläkare just nu.

Nyckelord: Allmänmedicin, medicinsk utbildning, forskning, Huddinge, Karolinska institutet.

Studentundervisningen

Allmänmedicin har stått på Karolinska institutets schema sedan 1987. Det första året var Britt-Gerd Malmberg, Kronans vårdcentral och Ingvar Krakau, Sollentuna vårdcentral, ansvariga för kurserna. Kurserna fick gott anseende bland studenterna och det byggdes upp ett finmaskigt nät av utbildningsintresserade distriktsläkare, som var handledare åt studenterna. I samband med att institutionen inrättades och professuren besattes 1988 kom kurserna att ligga i Sollentuna respektive Huddinge. I Sollentuna var Lena Karlberg tf klinisk lärare och lokalt ansvarig. Under institutionens uppbyggnadsfas gjorde hon en mycket uppskattad och värdefull insats.

Under den första perioden låg kursen i sjunde terminen av läkarutbildningen och omfattade två veckor. En



Institutionens personal ryms utan svårighet på en bild. Sittande från vänster: Anna-Karin Furhoff, Hans Åberg, Ylva Tomson och Anita Nyberg. Stående från vänster: Birgitta Danielsson, Helene Hägglund och Kerstin Åberg.

vecka utgjordes av teoretisk undervisning och en vecka tjänstgjorde studenterna på vårdcentral med distriktsläkare som handledare.

Distriktsläkare har också deltagit i Karolinska institutets undervisning genom att vara handledare åt studenterna när de auskulterat sammanlagt fem dagar under de tre första terminerna inom ramen för introduktionskursen. Det har varit ett uppskattat tillfälle för studenterna att få se en läkare i arbete. Syftet har varit att introducera dem i läkarrollen och motivera dem i studierna.

Under våren 1990 har en omfattande utredning (KI-90) genomförts vid Karolinska institutet. Den har innefattat en total översyn av studierna på

läkarlinjen, av forskningen och inte minst av det framtida investeringsbehovet både avseende lokaler och annat. Man har redan fattat principiellt beslut om en omfattande ändring av studieplanen för läkarlinjen. Det nya består bland annat i att 18 veckor av läkarutbildningens 120 veckor skall bestå av fördjupningskurser och/eller valfria kurser. För att bereda plats för dessa 18 veckor måste praktiskt taget samtliga ämnen minska i omfattning. Trots detta ser det ut som om allmänmedicinkursen kommer att förlängas och för närvarande lutar det åt att vi får en sammanhållen kurs på tre eller fyra veckor. Det är också sannolikt att allmänmedicinska kursen kommer att ligga på termin 11. Det är ett tungt

arbete som ligger på linjenämnden och studieplanekommittén som har att genomföra dessa förändringar. Allmänmedicinen är väl representerat i båda dessa grupper. I linjenämnden sitter Hans Åberg och Ingvar Krakau som ordinarie representanter och i studieplanekommittén Hans Åberg.

En annan intressant studerandenyhet är att upp till en tredjedel av dem som börjar läsa vid Karolinska institutet skall få tillträde efter en lokal antagning. Denna skall utformas av en grupp, där bland andra Hans Åberg ingår.

I väntan på en mera definitiv omläggning av studieplanen har allmänmedicinen temporärt flyttats från sjunde till tionde terminen. Längden är oförändrat två veckor. Den sista sjundeterminskursen gick hösten 1989 och den första kursen på tionde terminen kommer att ges höstterminen 1991.

Handledarutbildningen

Vi är alltså just nu mitt i en treterminsperiod utan de sedvanliga plikterna i studentundervisningen. För att kunna ge något tillbaka till de distriktsläkare, som deltagit i undervisningen som handledare under alla år, har vi fått behålla kursanslaget för att använda det till utbildning av handledarna.

Denna utbildning har bestått i eftermiddagsmöten som hållits på Svenska läkaresällskapet. Varje möte har dubblats för att så många distriktsläkare som möjligt skulle kunna delta.

Den första utbildningsträffen ägde rum i september 1990. Den behandlade Karolinska institutet och allmänmedicinen och pedagogik. Föreläsare var Ewa Stålldahl, chef för KIs avdelning för medicinsk utbildning och forskning respektive Kerstin Hagenfeldt, linjenämndens ordförande. I pedagogikavsnittet gjorde Mats Foldevi och Margareta Koch från Hälsouniversitetet i Linköping en mycket uppskattad insats. Höstens andra utbildningsträff handlade om symtom: studenternas egna symtom, distriktsläkarens syn på symptomets betydelse och studenternas upplevelse av symptomen. Föreläsare var Hans Åberg, Sven Kullman/Margareta Troein och Göran Sjönell. I januari 1991 presenterade Melcher Falkenberg Kisamodellen för diabetesomhändertagande, en modell, vars pedagogiska inslag är särskilt intressant för handledande distriktsläkare. Den fjärde och sista träffen blir under våren 1991 och kommer att handla om att dokumentera sin verksamhet.

Forskarutbildningen

En mycket viktig del av institutionens verksamhet är att utbilda nya forskare i allmänmedicin. Trots att institutionen funnits så kort tid, finns redan en doktorand och fem andra forskare

knutna till institutionen. Går allt efter ritningarna, kanske den första disputationen kan bli redan år 1992.

Egentligen har den första disputationen vid institutionen redan ägt rum. Detta inträffade när Eva Österberg disputerade på urinvägsinfektioner i februari 1990. Hon påbörjade sitt avhandlingsarbete under Hans Åbergs ledning redan under hans tid i Uppsala och var först inskriven som doktorand vid Uppsala universitet.

När det gäller att rekrytera och utbilda forskare, visar det sig som i så många andra sammanhang, att primärvårdens decentraliserade arbetsätt ställer särskilda krav. Även om många forsknings- och utvecklingsintresserade distriktsläkare får mycken hjälp och stöd av PV-chefer och andra kolleger, ställs stora krav på institutionen, inte bara vad gäller utbildning, utan också vad gäller att agera som diskussionspartner och att ge stimulans.

Under våren 1991 kommer vi igång med en seminarieriserie, där forskningsintresserade allmänläkare förhoppningsvis ska få ett forum för interkollegial diskussion och ömsesidig kritik.

I oktober 1990 ordnade institutionen sin första forskarutbildningskurs "Basic research in primary care with a concentration on epidemiology". I den deltog 20 personer varav 17 var allmänläkare. Kursen har tidigare presenterats i denna tidskrift (1/1991). Det är obligatoriskt för doktorander att genomgå fyra till sex kurser av den här typen under utbildningen fram till doktorsexamen. Doktorander har företräde till kurserna, men även andra intresserade kan söka till dem. De kan vara av intresse särskilt för läkare som driver egna utvecklingsarbeten och som vill lära sig att göra dessa bättre.

Institutionens forskning

Institutionens lärare handleder andra forskare och bedriver också egna forskningsprojekt. Det befrämjar den egna utvecklingen och ger den stimulans som är nödvändig för att driva övriga delar av verksamheten.

För Hans Åberg innebär uppgiften att vara institutionschef i en uppbyggnadsfas av verksamheten att den egna forskningen får allt mindre plats. I stället går all möjlig tid till att hjälpa andra. Det är naturligtvis också en institutionschefs huvudsakliga uppgift. Det finns fortfarande en del att göra med den stora studien "Icke farmakologisk behandling av högt blodtryck", som han och Gösta Tibblin startade i Uppsala för nu rätt många år sedan. Bland annat finns ett samarbete med professor Bengt Jönsson vid Tema H i Linköping och hans institution med att försöka kostnadsberäkna icke farmakologisk intervention och jämföra den med kostnader för sedvanlig medika-

mentell hypertonibehandling. Tillsammans med medarbetare vid institutionen har Hans Åberg också arbetat med att värdera olika blodtrycksmätare för hemmabruk. Dessa studier är delvis avrapporterade.

Ett intensivt arbete pågår tillsammans med Ragnar Asplund, distriktsöverläkare i Strömsund och institutionens doktorand, för att ytterligare komma åt problemet med inkontinens, stor nattlig diures och eventuell terapi för detta. Delar av detta arbete är nästan ren grundforskning där olika dygnsrytmer av för diuresen viktiga hormoner och peptider studeras. På nuvarande stadium i forskningen har intressanta fynd gjorts där möjligheterna till viss effektiv terapi ter sig ganska goda.

Anna-Karin Furhoff, som är högskolelektor (ny benämning på klinisk lärare) vid institutionen och distriktsläkare på Flemingsbergs vårdcentral, har tagit med sig två intressen från sitt tidigare arbete på socialstyrelsen. Tillsammans med Mall Kriisa, distriktsläkare på Ekerö och föredragande läkare på socialstyrelsen, håller hon på att sammanställa en genomgång av de ärenden som avgjorts i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd 1987 och 1988 och som på något sätt berört primärvårdens personal.

Det andra intresset gäller patienter som misstänker att deras symtom beror på kvicksilver i amalgam. Under senare år har det forskats mycket i detta ämne och diskuterats ännu mer. Det mesta har kretsat kring kvicksilvret och dess eventuella förmåga att i små mängder skada människan och förvånansvärt lite uppmärksamhet har ägnats de drabbade själva och deras omhändertagande. Anna-Karin Furhoff deltar nu i ett projekt tillsammans med Ylva Tomson (se nedan), läkare från Huddinge sjukhus' psykiatriska klinik och forskare från Tandläkarhögskolan (som också har lokaler i anslutning till Huddinge sjukhus), som har sin utgångspunkt just i patientens egen situation.

Birgitta Danielsson, som är klinisk amanuens och distriktsläkare vid Gröndals vårdcentral i södra Stockholm, arbetar med ett projekt med syftet att förbättra omhändertagandet av patienter med höga blodfetter. Grundvalen är ett vårdprogram som tagits fram av distriktsläkare i Huddinge och Södertälje sjukvårdsområdet i samarbete med institutionen för allmänmedicin. Personalutbildning har genomförts i samarbete med primärvårdsdietisterna - all vårdpersonal i primärvården skall kunna ge basal kostrådgivning. Uppföljning och utvärdering ingår i projektet.

Även om Lena Karlberg nu slutat vid institutionen, vill vi ändå nämna hennes intressanta projekt, som syftar till att få fram ett instrument att enkelt

identifiera män med typ A-beteende, vilka löper högre risk än andra att få hjärtinfarkt tidigt. Typ A-beteende kännetecknas av tidspress, otålighet, irritation och ilska. Som ett hjälpmedel att enkelt identifiera personer i riskgruppen skall ett specialkonstruerat frågeformulär jämföras med videospelad strukturerad intervju. Personer med typ A-beteende kommer sedan att erbjudas behandling i grupper om 6-8 patienter.

Om det testade frågeformuläret håller måttet, skall det erbjudas alla under 60 år, som är bosatta inom ett begränsat geografiskt område och som besöker Sollentuna vårdcentral. Vid positivt utfall kommer de att erbjudas behandling med syfte att modifiera beteendet.

Mai-Lis Hellénus, distriktsläkare vid Sollentuna vårdcentral, deltar i ett stort projekt, som drivs i samarbete mellan primärvården i Sollentuna och medicinkliniken på Karolinska sjukhuset. Tanken bakom projektet är att det behövs både ett väl fungerande omhändertagande av individer med hög risk och en befolkningsstrategi för att påverka incidensen av hjärt-kärlsjukdom.

Besökare och patienter på vårdcentralerna i Sollentuna erbjuds ett frågeformulär och en enkel undersökning för att bestämma riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Hittills har cirka 4000 personer deltagit i undersökningen. Personer med hög risk erbjuds bland annat individuella råd, skriftlig information och en fortlöpande föreläsningsserie. Informationskvällar för nyckelpersoner i kommunen är en annan del av projektet.

Våren 1990 startade en studie av 160 män i åldern 35-60 år med medelhöga riskfaktornivåer. Här skall man studera icke-farmakologisk behandling med kost och motion. Hälsoekonomiska aspekter och livskvalitetsaspekter är viktiga i projektet.

Rune Lindqvist, distriktsläkare på Tumba vårdcentral, undersöker mödravårdscentralernas roll för rökstopp i samband med graviditet. Målsättningen med undersökningen är att finna enkla metoder att minska rökningen under graviditet. Gravida kvinnor och deras partners vid tre mödravårdscentraler har tillfrågats om rök/snusvanor och attityder till tobaksbruk. Vid en av mödravårdscentralerna har därefter under ett år särskild information givits kring tobaksfrågan. I samband med detta har rök/snusvanor åter registrerats bland de kvinnor som gått på de tre mödravårdscentralerna och deras partners för att värdera den särskilda informationens betydelse jämfört med andra faktorer som påverkar parets tobaksvanor under kvinnans graviditet.

Kjell Nyman, som är distriktsläkare

på Lisebergs vårdcentral i Huddinge, arbetar med 24-timmars-blodtrycksmätning på speciella patientgrupper. Även om aktiviteterna inom detta område är stora, sedda i ett världsperspektiv, återstår det att erövra mycken basal kunskap.

Vid institutionen finns också sedan 1 oktober 1990 en forskarassistent-tjänst på halvtid. Den bekostas av Huddinge sjukvårdsområde och **Ylva Tomson**, distriktsläkare i Vårby, tillträdde tjänsten i januari 1991. Hennes projekt behandlar information och är en viktig del av interventionen vid till exempel alkoholmissbruk, hyperkolesterolemi och irrationell läkemedelsanvändning. Vårdcentralerna har goda förutsättningar att ge effektiv information till befolkningen.

I en hälsoundersökning vid Vårby vårdcentral identifierades dels en grupp storkonsumenter av alkohol, dels en grupp individer med hyperkolesterolemi. Dessa personer har randomiserats till interventions- respektive kontrollgrupper. I interventionsgrupperna spelar information av sjuksköterska respektive dietist en stor roll.

Inom två av Stockholms sjukvårdsområden pågår sedan 1988 årliga mätningar av läkemedelsförskrivningen. Resultaten redovisas och diskuteras på återkommande distriktsläkarutbildningar inom ramen för projektet, vilket bland annat lett till att man enats om en basläkemedelslista.

En vakant tjänst som högskolelektor kommer att kunna utlysas andra halvåret 1991, när studentundervisningen återupptas.

Landstingen

Karolinska institutet är vår huvudarbetsgivare och våra viktigaste arbetsuppgifter ligger inom områdena forskning och undervisning. Ungefär en tredjedel av lärarnas löner betalas dock av landstinget. Både Anna-Karin Furhoff och Birgitta Danielsson tjänstgör en dag i veckan på sina vårdcentraler (Flemingsberg respektive Gröndal). Hans Åberg deltar regelbundet i Huddinge sjukvårdsområdes så kallade primärvårdskollegier, där cheferna i förvaltningen och primärvårdscheferna träffas. Det är ett viktigt forum för information och polycyskapande.

Alla tre lärarna är engagerade i specialistutbildningen i allmänmedicin i Stockholms läns landsting och deltar också i arbetet i Stockholms läns centrala FV-råd. Birgitta Danielsson har dessutom egna viktiga uppgifter inom Huddinge sjukvårdsområde.

Institutionen är också en resurs som FV-läkarna kan vända sig till när det gäller det projektarbete, som så småningom kommer att bli obligatoriskt i specialistutbildningen.

Våra administrativa talanger börjar nu upptäckas av landstinget. Hans Åberg sitter med i ledningsgruppen för den samhällsmedicinska utvecklingen (ett område som Huddinge sjukvårdsområden prioriterar) och i landstingets centrala läkemedelsnämnd. Anna-Karin Furhoff är ordförande i landstingets samrådsgrupp för amalgamfrågor och Birgitta Danielsson medlem av läkemedelskommittén i Huddinge sjukvårdsområde.

Landstingsarbetet är viktigt för oss, eftersom det ger oss kontakter och möjligheter att praktiskt påverka hälso- och sjukvården som både vår forskning och utbildning syftar till. Skall den verksamheten bli meningsfull krävs kunskaper om vårdens aktuella problem. Att arbeta med undervisning, forskning och sjukvård ger stimulans och spänning, även om proportionerna mellan de olika delarna måste variera en hel del. Man önskar att fler allmänläkare kunde få möjligheten att uppleva den arbetssituationen.

Författarpresentation

Anna-Karin Furhoff, högskolelektor i allmänmedicin, distriktsläkare

Hans Åberg, professor i allmänmedicin, distriktsöverläkare

Postadress: Institutionen för allmänmedicin, Diagnosvägen 8 nb, 141 54 Huddinge.

SFAMs Stiftelse för Allmänmedicinsk Forskning utlyser 1991 års stiftelsepris

Styrelsen för stiftelsen har valt, att inriktningen för 1991 års pris skall vara utvecklingen av handledarfunktionen. Vi söker personer som har bedrivit utvecklingsarbete av handledarfunktionen. Ansökningar till pris eller förslag på pristagare med motivering skall lämnas senast den 15 december 1991 till

Professor Calle Bengtsson
Allmänmedicinska Institutionen
Redbergsvägen 6
416 65 Göteborg

Inkomna ansökningar till stiftelsen bedöms av stiftelsens styrelse som beslutar om utdelning av fondmedel. Priset utdelas på SFAMs vårmöte 1992.

Ju mer vi är tillsammans...



(Tobaksrök och starka dofter kan utlösa svåra astmasymtom.)

Många av Sveriges drygt 300.000 astmatiker känner oro inför umgänge med andra människor på grund av risken att utsättas för tobaksrök och starka dofter från t ex parfymer.

Tobaksrök och starka dofter är exempel på s k triggerfaktorer som kan utlösa astmaattacker. Andra exempel är torr luft, kyla, kemikalier och kroppsanssträngning.

Men med en välskött astma ska patienten kunna leva ett normalt liv. Utan rädsla och oro.

Varför har vi då varje år närmare 50.000 fall av akut astma som måste behandlas av läkare?¹

Sköter patienten sin astma?

Många astmatiker missköter sin astmabehandling. En av anledningarna kan vara att de inte litar på sin behandling. De känner sig inte trygga och säkra på att läkemedlen fungerar och följer därför inte sin läkares rekommendationer.

Våra preparat kan ge patienten den trygghet och säkerhet som behövs för en god följsamhet, en välkontrollerad behandling och därmed en välskött astma.

En pålitlig behandlingsmetod.

Becotide (beclometason dipropionat) och Ventoline (salbutamol) är säkra och etablerade astmapreparat som inhaleras med Diskhaler®.

Med Diskhaler® har patienten möjlighet att kontrollera sin läkemedelsförbrukning. Vid varje tillfälle kan patienten inhalera sitt läkemedel, som ligger skyddat mot fukt, och vara säker på att få i sig sin dos.

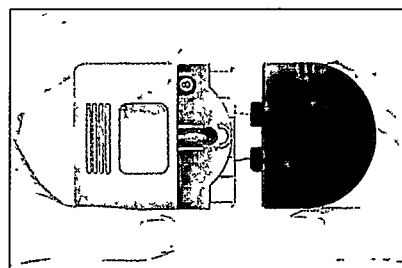
Preparaten har en mild söt smak av laktos som bekräftar för patienten att dosen inhalerats. Bekräftelsen är särskilt viktig vid inhalation av Becotide, där full effekt nås först efter några dagar.

Dessa egenskaper kan vara skillnaden mellan oro och trygghet. De kan påverka patienten att ta ansvar för sin astmabehandling.

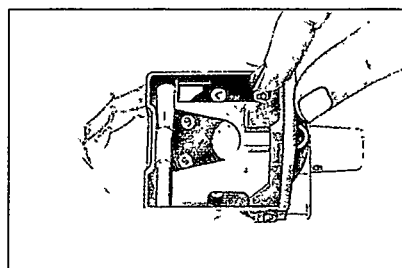
Tar patienten detta ansvar blir risken för akuta besvär mindre. Och möjligheterna till ett utåtriktat liv, med gemenskap men utan oro, blir större.

¹ Poster på Riksstämman 1989. Docent Olle Löwhagen m fl, Astma och Allergisektionen och Kardiologsektionen, Med Klin I, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg. Data från Göteborgsområdet extrapolerade till hela landets befolkning.

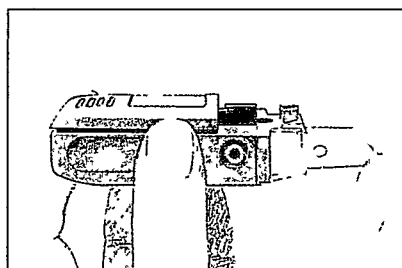
Diskhaler® finns med Becotide och Ventoline i följande styrkor: Becotide: 0.1, 0.2 och 0.4 mg/dos. Ventoline: 0.2 och 0.4 mg/dos. Varje förpackning innehåller 15 dosskivor med 8 individuellt förpackade doser, dvs totalt 120 doser.



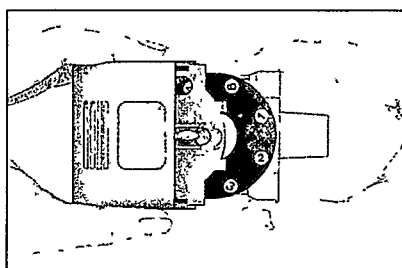
Dra av



Aktivera



Andas in



Mata fram



Sektionen för Astma/Allergi
Glaxo Läkemedel AB, Box 263, 431 23 Mölndal.
Telefon 031-67 09 00.

Rapport från seminarium för FoU-enheter i Sundsvall

MARKUS KALLIOINEN

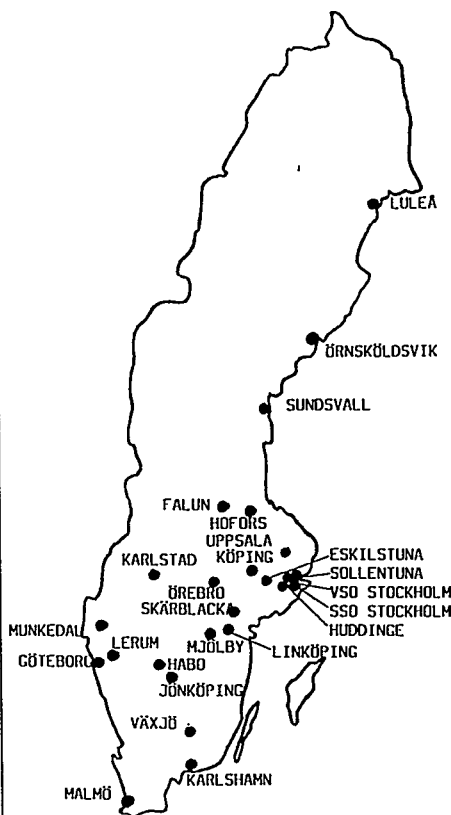
FoU-enheter är inrättade för att nära verksamheten skapa kreativa miljöer för forskning och utvecklingsarbete. Enheterna skall verka för att höja kvaliteten på de FoU-projekt som drivs inom primärvården, att stimulera enskilda i vården till FoU-verksamhet och att stödja de enskilda projekten samt att vara delar i ett större nätverk i vilket bland andra universitet och högskolor ingår. Detta är en definition av begreppet FoU-enhet som deltagarna vid seminariet i Sundsvall antog. FoU-enheterna träffades här för sjätte året. Idag finns 25 i 19 landsting (se karta).

Programmet vid seminariet hade som första punkt att diskutera möjligheterna till utbildning och projektledning i samband med ST-utbildningen och kraven på projektarbete i allmänläkarexamen. Som andra punkt diskuterades lokala forskningscentra, centralisering tillsammans med vårdhögskolor kontra perifera FoU-enheter utspridda i primärvården.

Hösten 1991 kommer för andra gången en examen i allmänmedicin att genomföras. Examen ansluter till den nya målbeskrivningen för ST-utbildningen och innehåller ett flertal moment. I den nya målsättningen för allmänmedicin ingår som en av fyra punkter kunskaper om vetenskapligt arbetssätt och där framförs krav på att ett eget projektarbete skall genomföras. Ylva Johansson, distriktsläkare och studierektor i Sundsvall, informerade om ST-utbildningen och examen 1991. Hon påpekade att FV-läkarna hyser en speciell oro för att kunna genomföra projektarbetet. Det är här viktigt att FoU-enheterna antar utmaningen och planerar och genomför kurser som stöd för projektarbetena under 1991 om det skall finnas någon möjlighet att genomföra denna del med god kvalitet.

Vid mötet framkom att inom Linköpingsregionen och västra regionen genomförs redan kurser av detta slag samt att det planeras att genomföra en liknande kurs i Sundsvall under 1991.

Om forskningsresurserna centraliseras, finns då risken att landstingens forskningsresurser går till vårdhögskolorna? Ola Arvidsson, rektor vid vårdhögskolan i Sundsvall, tidigare sekreterare inom forskningsrådsnämnden, berättade om det arbete som vårdhögskolornas rektorskonvent arbetar med



Enheter för forskning och utveckling inom primärvården 1990

i frågan. En livlig diskussion uppstod om det hot om centralisering av resurserna som detta kunde uppfattas som. Detta skulle kunna medföra, att primärvårdens specifika verksamhetsområde inte får den plats i forskningen vi önskar och idag har kämpat oss till. Vi var eniga om att ett av huvudproblemen är att landstingen satsar alldeles för lite pengar på forskning som helhet. I ljuset av denna resursbrist är det viktigt att tillräckligt stora FoU-centra bildas för att kunna ge den kreativa

miljö som är en av grundförutsättningarna. Det betonades också att primärvårdens personal har olika utbildnings- och forskningsbakgrund, vilket bidrar till den skilda syn man har om var forskningsresurserna behövs. Det poängteras också från alla, att forskningen gäller hela personalen och inte någon speciell kategori.

Ett problem, men också en utmaning, är att det inte finns någon självklar metod för forskningen i primärvård. Primärvårdens identitet bygger mycket på konsultationen och här finns de viktiga forskningsfälten. Primärvårdens forskning befinner sig i gränslandet mellan olika paradigmer såsom biomedicinsk forskning, samhällsvetenskaplig forskning med flera. Det sades bland annat att "biomedicinsk forskning ju är metodologiskt så mycket enklare än samhällsmedicinsk forskning". Denna svårighet bidrar säkert till den trevande utvecklingen inom den allmänmedicinska forskningen.

En viss consensus nåddes om att det inte är fråga om att centralisera resurserna organisatoriskt till någon enhet, utan mer att dra nytta av gemensamma forskningsbibliotek, seminarieverksamhet och kursverksamhet för att bidra till det kreativa klimatet.

Som krydda på denna intellektuella spis fick deltagarna bese kulturmagasinet i Sundsvall samt i gemytlig villamiljö förtära landskapets "nationalrätt" – skvader.

Författarpresentation

Markus Kallioinen

Postadress: Utvecklingsenheten, Vårdcentralen Centrum, Norrmalmsgatan 2, 852 30 Sundsvall.





Medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek

– omfattning, innehåll och utvärdering med särskild tonvikt på vårdcentralernas telefonrådgivning

HELEN VON SYDOW

Bertil Marklund disputerade den 14 december 1990 vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg. Ämnet för hans avhandling var medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek. Opponent vid disputationen var professor Christian F Borchgrevink från Institutt for Almenmedisin i Oslo. Som ordförande fungerade professor Calle Bengtsson, dessutom respondentens handledare.

Nyckelord: Rådgivning, telefonrådgivning, utvärdering, forskning, doktorsavhandlingar.

Professor Calle Bengtsson fick, för andra dagen i följd, hälsa betygsnämnd, opponent, respondent och en fullsatt sal välkomna till disputationen. Bertil Marklund, distriktsläkare från vårdcentralen Torpa i Vänersborg, var samlad och väl förberedd för dagen.

Telefonrådgivningen på vårdcentralerna i Sverige har vuxit fram sedan mitten av 1970-talet. Ursprungligen togs modellen med mottagningsköterskor som telefonrådgivare fram vid vårdcentralen i Lerum 1974 och har därifrån spritts över landet. Uppskattningsvis tas 20 miljoner samtal emot per år av telefonrådgivare på våra svenska vårdcentraler. Bertil Marklund har i sin forskning arbetat med att kartlägga, utvärdera och förbättra denna rådgivning. Då denna form av patientmottagande i huvudsak är en svensk företeelse, är avhandlingens ramberättelse skriven på svenska. Den består i övrigt av sju delarbeten på engelska, varav tre är publicerade och två under tryckning.

Omfattningen av telefonrådgivning

För att få en uppskattning av telefonrådgivningens storlek och innehåll, gjorde Bertil Marklund en studie med hjälp av sex vårdcentraler i Västsverige med olika patientunderlag. Under en vecka registrerades samtliga in-



Bertil Marklund (respondent), Christian Borchgrevink (opponent) och Calle Bengtsson (handledare).

kommande samtal till telefonrådgivarna. Ungefär 30 procent av alla samtal ägde rum under måndagen, de flesta på morgonen. Ansamlingen av samtal till måndagar är ett välkänt fenomen, som sannolikt beror dels på ett uppdämt sjukvårdsbehov under helgen och dels på vanan att sjukskriva patienter till och med söndagen. Vanligast var att patienten själv ringde upp (70 procent), annars oftast en kvinnlig anhörig eller vän. Den vanligaste orsaken till samtalet var smärta av något slag och näst vanligast förkylning. I 60 procent av samtalen fick den som ringde en tid till distriktsläkaren. I 40 procent tog telefonrådgivaren själv hand om problemen, varav en fjärdedel utgjordes av råd om egenvård.

Även distriktsköterskor ger telefonrådgivning. Denna verksamhet beräknades efter registrering under tre veckor i mars 1990 till cirka tre miljoner samtal per år för hela Sverige.

I avhandlingen skattades den aktiva egenvårdsrådgivningen vid svenska apotek till att omfatta fyra miljoner kundbesök årligen. Apotekspersonalen står således för en väl utbredd spridning av professionell medicinsk kunskap. För att belysa apotekens rådgivning gjordes, under hösten 1989, en studie på fyra vårdcentraler med samverkande apotek. Sammanlagt registrerades över 11000 kontakter gällande egenvård eller läkemedel vid fyra apotek i Västsverige. Av kundkontaktarna gällde 42 procent recept medan resten rörde sig om egen-

vård. Apotekspersonalen hjälpte 10 procent av egenvårdsfallen med aktiv rådgivning, varav en del hänvisades till sjukvården. Orsakerna till besöket bedömdes vara likartade vid apotek och vårdcentral. Ett gott samarbete mellan apotek och primärvård är viktigt för att ge enhetliga råd och adekvat hänvisning när sådan är aktuell.

Jämförelse mellan olika konsultationsformer

För att bedöma värdet av telefonrådgivning jämfört med rådgivning vid besök på vårdcentralen, fick Bertil Marklund hjälp av Torpa vårdcentral i Vänersborg med erfarna sjuksköterskor som telefonrådgivare. Under fyra veckor våren 1990 utvaldes 200 "telefonfall" av olika kategorier (akuta, halvakuta, hänvisade och egenvårdsfall). Dessa patienter erbjöds att samma dag få komma till vårdcentralen för en ny bedömning av dels samma sjuksköterska som per telefon och dels en distriktsläkare. Av de 200 patienterna kom 193. I 91 procent av fallen ledde konsultationen, vid personligt besök hos sjuksköterskan, till samma åtgärd som per telefon. I samtliga fall överensstämde den sjukhistoria som gavs till sjuksköterskan med den som lämnades vid läkarkonsultationen.

Gemensamma riktlinjer och utbildning

En förutsättning för optimalt fungerande telefonrådgivning är att det skapas enhetliga riktlinjer för bedömningen och att primärvård och läns-sjukvård är överens om dessa. Dessa bör kunna användas av olika befattningshavare i hälso- och sjukvård inklusive personalen på apoteken. Bertil Marklund redogör i en av artiklarna för hur man får fram dessa riktlinjer vid olika symtom i samarbete mellan distriktsläkare, specialistläkare på sjukhus, rådgivningssjuksköterskor och apotekspersonal.

Viktigt är också att telefonrådgivaren har goda medicinska och psykologiska kunskaper. Telefonrådgivaren måste arbeta med breda säkerhetsmarginaler. Alla som har suttit i tele-

Enkelt byte för både läkare och patient

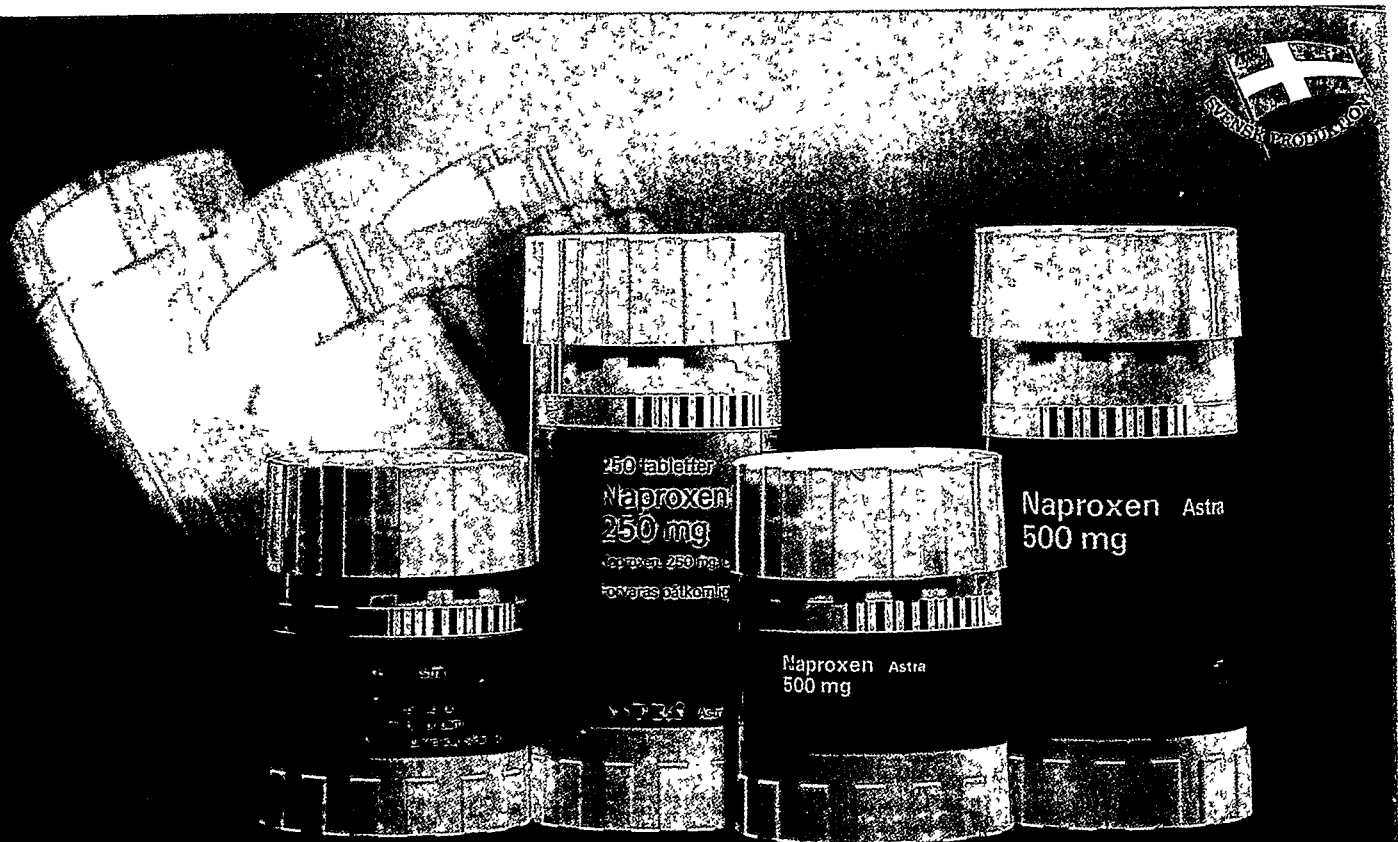
Naproxen Astra

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

Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt.

Tabletter 250 mg och 500 mg. Mixtur 25 mg/ml. Suppositorier 500 mg.

 **Astra Läkemedel**
15185 SÖDERTÄLJE



Naproxen Astra

fon på detta sätt vet att det är svårt. Vid ökad belastning och då läkartiderna inte räcker till, försvåras arbetet ytterligare.

Ett framtaget utbildningsprogram prövades på vårdcentralen i Kungälv. Med hjälp av en samordnande distriktsläkare på vårdcentralen gjordes en lokalanpassning av de allmänna riktlinjer som finns i Bertil Marklunds bok "Nya symtom, råd, åtgärd". Utbildningen av sjuksköterskorna ägde rum under sammanlagt fem dagar i januari-mars 1987. Före och efter utbildningen registrerades, utvärderades och poängbedömdes cirka 400 samtal. Utvärderingen gjordes blint och av samma distriktsläkare. En signifikant förbättring i utfrågning, bedömning och/eller registrering för de flesta kontaktsaker kunde noteras. Samtidigt upplevde sjuksköterskorna efter utbildningen en högre grad av tillfredsställelse i arbetssituationen och ett ökat stöd av läkarna.

Telefonrådgivningens kvalitet

Nu återstod det att ta reda på befolkningens åsikt om telefonrådgivning. Bertil Marklund fick hjälp av kolleger

vid fem olika vårdcentraler i Västsverige. Cirka en vecka efter rådgivningen gjordes en telefonintervju med cirka 100 personer från varje vårdcentral. Av dessa kunde 99 procent nås för intervju. Det visade sig att man i mycket stor utsträckning följde det primära rådet vid telefonrådgivning. Patienterna var också i hög grad nöjda med den rådgivning sjuksköterskan givit dem (91 procent). I tio procent av fallen ansåg sjuksköterskan att hon inte hade kunnat vidta rätt åtgärd på grund av brist på läkartider. Mottagningssköterskans telefonrådgivning visade sig ha en hög medicinsk kvalitet. Vid dessa 494 samtal hade inga allvarliga medicinska misstag gjorts och ärendet hade i de allra flesta fall hänvisats till rätt vårdnivå.

Genom en riktig prioritering kan telefonrådgivningen och apotekens rådgivning bidra till att optimera sjukvårdens resurser.

Disputationen hölls i en öppen och positiv anda med en aldrig svarslös respondent och en opponenter som ständigt kom med nya infallsvinklar i ämnet. Bertil Marklund fick många idéer till sin fortsatta forskningsverksamhet.

Professor Borchgrevink berömde avhandlingen och ansåg att den genom att utgå från distriktsläkarens kliniska vardag följde god allmänmedicinsk tradition. Positiv till arbetet var även betygsnämnden.

I den öppna diskussion som följde yttrade sig Bengt Dahlin som varit med om att utveckla telefonrådgivningen vid starten i Lerum. Han tackade Bertil för arbetet och framhöll att avhandlingen var ett viktigt inlägg i sjukvårdsdebatten med dess stora omvälvningar inom svensk hälso- och sjukvård. Disputationen avslutades med en kraftig applåd för såväl Christian Borchgrevink och hans sakliga och samtidigt underhållande opposition, som för Bertil Marklund och det stora arbete han lagt ner på sin forskning.

Författarpresentation

Helen von Sydow, klinisk amanuens

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

Rättelse angående artikeln om ensamstående mödrars hälsa och hälsorisker i AllmänMedicin 2/1991

LB0 8771

ANNIKA FORSSÉN · URBAN JANLERT

På grund av ett redaktionellt misstag, kom fel manus om de ensamstående mödrarnas hälsa i tryck i föregående nummer av tidskriften. Redaktionen ber om ursäkt för detta.

Den korrekta versionen av artikeln kan beställas från redaktionen där den nu finns som särtryck.

Nedan följer ett kort utdrag ur diskussionen i den slutgiltiga artikeln som har titeln "Hälsa och hälsorisker hos ensamstående mödrar.

Utdrag ur diskussionen

De ensamstående mödrarna i vår studie är utsatta för fler riskfaktorer för sjuklighet än de sammanboende, samtidigt som de upplever sitt hälsotillstånd som minst lika gott. Detta förhållande är olik det resultat som finns i en studie om män (7), och kan tolkas som att ett antal faktorer, troligen både positiva och negativa, som har större betydelse för den här undersökta gruppens hälsa inte finns med i undersökningen. Det förhållandet att kvinnor är initiativtagare till de flesta skilsmässorna kan till exempel innebära att kvinnor ser positiva, och då också hälsobefrämjande, aspekter i ett liv utan make/sambo, även om denna ensamhet i sig inte är önskad.

Ett tydligt resultat i undersökningen är den i djupare mening sociala bristsituation som ensamstående mammor

lever under. De flesta tycks ha ett yttligt kontaktnät som inte i alltför hög grad skiljer sig från de kvinnor som är gifta/sammanboende. På djupet är många dock inte säkra på att ha någon verklig betydelse för någon annan än sina barn. Betydelsen av dessa fynd i undersökningen är inte självklar och kan inte enkelt tolkas så att det kvalitativa nätverket för övriga utgörs av make/sambo. Att vara gift innebär med andra ord inte självklart en kvalitativt djup kontakt. En viktig faktor till den emotionella ensamhet som framträder i undersökningen kan tänkas vara den ekonomiska och tidsmässiga press som ett ensamt föräldraskap innebär, tillsammans med ett socialt umgängesmonster som i hög grad bygger på tvåsamhet. Samtidigt kan den närhet till barnen som kvinnor ofta har, och som kan utvecklas på ett sätt som upplevs positivt i ett ensamt föräldraskap, i någon mån tänkas mildra betydelsen av övrig ensamhet.

För de många kvinnor som lever i misshandelsförhållanden, i äktenskap där mannen missbrukar etc., kan man anta att ensamheten som helhet är mer hälsobefrämjande än tvåsamheten. Samtidigt vet vi att just dessa, men också övriga ensamstående mödrar, oftare lever under hot om våld, då främst från sina f d män, än andra kvinnor (14).

Sammanfattningsvis är MONICA-studien inte särskilt ägnad att belysa kvinnors riskfaktorer för hjärt-kärlsjuklighet. Om studien i högre grad förmått fånga kvinnors specifika situation skulle möjligheten att se såväl gynnsamma som ogynnsamma förhållanden varit större.

Referenser

7. Welin L, Svärdsudd K, Ander-Peciva S, Tibblin G, Tibblin B, Larsson B, Wilhelmsen L. Prospective study of Social Influences on Mortality. The Study of Men Born in 1913 and 1923. The Lancet 1985; April 20:915-18.
14. Persson LGW. Brottsoffer. En studie om människor som utsatts för våldsbrott. Del 1. Stockholm: Trygg Hansa, 1990.

Författarpresentation

Annika Forssén, specialist i allmänmedicin, forskningsläkare vid Institutionen för Arbetsvetenskap, Högskolan i Luleå.

Urban Janlert, distriktsläkare i socialmedicin, chef vid Samhällsmedicinska enheten i Luleå.

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

Handledarutbildning i Norrland – erfarenheter av en fördjupningskurs

BENGT MATTSSON · SVEN-OLOF ANDERSSON

I Norrbotten, Västerbotten och Jämtland genomfördes 1989 en fördjupningskurs i handledningsmetodik för distriktsläkare som handleder AT/FV-läkare. Det centrala och mest uppskattade momentet var "handledning på handledning". Kursansvariga var författarna, som här redovisar bakgrund, genomförande och utvärdering av kursen.

Nyckelord: Medicinsk utbildning, distriktsläkare, handledning.

Bakgrund

År 1981 beslöts i riksdagen om ny obligatorisk utbildning för allmänläkare (specialistkompetens i allmänmedicin). Den innebar en huvudutbildning (3 1/2 år allmänmedicin, internmedicin och psykiatri) och en sidoutbildning (långvårdsmedicin, pediatrik, gynekologi). Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och de läkarfackliga intressena bildade redan 1979 en arbetsgrupp AGA för att utreda utbildningsfrågor och det var gruppens arbete som låg bakom regeringsbeslutet. AGA underströk handledningens betydelse. I Socialstyrelsens tjänstgöringsprogram (1) angavs som arbetsuppgift för handledaren att

- svara för handledning av FV- och AT-läkare på vårdcentralen,
- ansvara för schemalagda seminarier och konferenser,
- ansvara för kontakten med FV-läkare under deras sjukhustjänstgöring och att
- delta i undervisningen av medicinstuderande på vårdcentralen.

Handledarna borde också enligt tjänstgöringsprogrammet själva ha specialistutbildning i allmänmedicin, ha handledarutbildning och delta i återkommande medicinsk utbildning.

En pedagogisk idékurs genomfördes i Hjo 1980, där handledningsaspekter togs upp. Åren därefter genomfördes handledarutbildningar över hela landet, vanligtvis inom varje landsting och till och med våren 1983 hade 32 kurser genomförts (oftast en vecka lång) (2). Detta var en typ av "grundkurs" som ofta innehöll två aspekter – ett pedagogiskt och ett allmänmedicinskt.

Nu planeras en ny specialistutbildning, där kravet på handledarna kommer att öka (3-6).

Behov av vidareutveckling

Ett behov av fördjupning och vidareutveckling i arbetet som handledare uppstår efter en tid. Svårigheter och erfarenheter måste kunna kanaliseras och utvecklingen av kompetensen som handledare är en långsiktig process.

I Stockholm genomfördes 1986-87 en fördjupningskurs för distriktsläkare som under en tid lett egna handledningsgrupper. Kursen blev en positiv erfarenhet och gav nya perspektiv till handledningsarbetet (7). I slutet av 1980-talet diskuterades förutsättningarna för en liknande kurs i norra sjukvårdsregionen. Mattias Thurfjell, Luleå, skickade 1988 en enkätundersökning till samtliga distriktsläkare i de nordliga länen och ett 30-tal kolleger uppgav att de var intresserade av en fördjupningskurs.

Kursens målsättning

Efter en del diskussioner med norra sjukvårdsregionens utbildningsavdelningar och efter att ekonomiskt stöd från Socialstyrelsen blivit klart, beslöts om en kurs våren 1989 för deltagare i Jämtland (kontaktperson Olof Englund, Östersund), Norrbotten (Mattias Thurfjell, Luleå) och Västerbotten (Bengt Mattsson och S-O Andersson). Målsättningen med kursen var att

- utveckla/förbättra kompetensen hos distriktsläkare i handledning för individer och grupper,
- bredda/fördjupa den allmänmedicinska, kliniska kompetensen.

Kursen riktade sig till de ordinarie distriktsläkare som hade pågående handledning med AT/FV-läkare eller med andra läkare individuellt eller i grupp. Det förutsattes att denna handledning skulle pågå under en längre tidsperiod, åtminstone under sex månader och ske i organiserade former, till exempel vara schemalagd.

Uppläggning

Kursen pågick under vårterminen 1989. Den innehöll internat i Umeå, Östersund och Luleå, omfattande en eftermiddag, kväll och påföljande förmiddag på vardera orten. Vid de tre internaten belyste en inbjuden föreläsare omväxlande i katedral och seminarieform under 4-6 timmar några centrala teoretiska begrepp. De teman som togs upp var grupp teori, gruppdynamik, handledningsteori och allmänmedicinens klinik. Under internaten hölls också grupparbeten och diskussioner kring aktuella handledningsfrågor. Svårigheter man haft i sina egna

grupper togs upp och olika lösningar belystes. Videoband visades vid några tillfällen. Ansvar för internattillfällenas uppläggning låg hos respektive läns kontaktperson.

Tyngdpunkten i utbildningen var "handledning på egen handledning" som gavs gruppvis. Fyra erfarna grupphandledare från Umeå, Östersund och Piteå – en läkare och tre psykologer/psykoterapeuter – ledde sammanlagt sex handledningsgrupper (2-4 deltagare i varje grupp) vid sju tillfällen jämnt fördelade under våren. I dessa grupper lyfttes deltagarnas egen handledning fram och både de svårigheter och glädjeämnen som denna medförde.

Erfarenheter

20 distriktsläkare anmälde sitt intresse för deltagande och 19 kom till introduktionen. Efter första internatet kvarstod 17, som alla fullföljde utbildningen. De flesta deltagarna (75%) hade gått den tidigare refererade, veckolånga "grundkursen" i socialstyrelsens/landstingens regi och hade varit handledare i 5-6 år (spridning mellan en månad och tio år). Två av deltagarna hade ingen egen pågående handledning, trots att detta ingick som en förutsättning för deltagande. Tio av gruppdeltagarna hade enskild handledning medan fem hade grupphandledning. Efter varje internat genomfördes en skriftlig och muntlig utvärdering av respektive tillfälle och i slutet av kursen utfrågades deltagarna om hur kursen som helhet hade uppfattats.

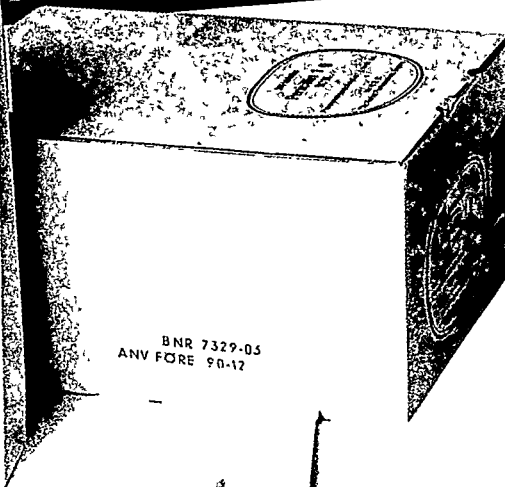
De teoretiska avsnitten under internaten fick blandad kritik. Inslaget om handledningsteori nämndes visserligen som ett viktigt moment, men man ansåg överlag att teorin kunde ha minskats i omfattning och ersatts med fler seminarier och praktiska övningar. Viss basal psykologi borde ha ingått som ett internattema. Med detta menade man förklaringar och tillämpningar av begrepp som motstånd, överföring, motöverföring och olika försvarsmekanismer. Att ta upp allmänmedicinens innehåll var däremot mindre väsentligt, det låg utanför kursens centrum.

Internatformen var lyckad och bidrog till ökat utbyte av utbildningen. Man gavs möjlighet att dela erfarenheter informellt och otvunget i större och mindre grupper och det var svårt att få den möjligheten på hemmaplan. Särskilt de som hade handledning i grupp hade behov av att få diskutera

Allt fler apotekare upptäcker
hur lätt man kan spara
stora pengar åt både
patienter och
skattebetalare!



Förvaras ostörnat för barn
Den kemiska farmaceutiska, Engeström
Göteborgs Sveriges 1974 12 12 12 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

med kolleger med liknande erfarenheter.

Upplevelse av "handledning på handledning"

Den största behållningen av kursen var de egna handledningsträffarna på hemmaplan under ledning av erfaren handledare. I dessa grupper utvecklades en gynnsam process som gav insikter och självkännedom om den egna handledarrollen. Rollen blev tydligare och dess betydelse framhövdes. På frågan om den allmänna uppfattningen av denna "handledning på handledning" svarade tio "mycket positivt" och fyra "ganska positivt" (från mycket positivt till mycket negativt i en fyragradig skala). Grupperna träffades sju gånger, vilket de flesta tyckte var för få gånger. Mötena var förlagda till Östersund, Umeå, Luleå och Skellefteå och innebar restid för många (inklusive för handledaren), dock inte mer än två timmar enkel resa för någon.

En av deltagarna skriver följande på frågan "Vad har varit positivt?"

– Att överhuvudtaget få tillfälle att diskutera handledning. Först var jag mycket tacksam över att få tillfälle att få ventilera och få belyst det som är svårt och jobbigt med handledning, men senare kom också insikten och vikten av att även prata om det som kan vara bra i den egna insatsen som handledare. Verksamheten i handledningsgruppen har stärkt mitt eget självförtroende som handledare, jag har fått större insikt i hur jag själv fungerar som handledare.

En annan skriver

– Bra att få se sig själv utifrån. Förstår gruppdynamiken bättre nu. Stärkt självkänsla.

Till det negativa hörde att en del tyckte att det blev stressigt och svårt att hinna med handledningen, det fanns inte riktigt tid för det. En del fick resa och tyckte det var jobbigt.

Handledarnas uppfattning

De fyra handledarna intervjuades efter avslutande sessioner om erfarenheterna av sin handledning av distriktsläkare. Handledarna hade övervägande positiva erfarenheter. Gruppdeltagarna var starkt motiverade och det fanns ett stort intresse för handledning. Vid flera tillfällen hade man sett så kallade parallella processer. Distriktsläkarens egen relation till eleven (till exempel AT/FV-läkaren) återupptogs i distriktsläkarens egen elevroll gentemot handledaren. En del upptäckte också detta och gav positiva reaktioner om den insikten. Det var ofta svårt för distriktsläkaren att hävda sin roll som handledare. Det kunde gälla konkret i tid och rum på vårdcentralen och man hade ibland svårt att ta sig själv på fullt allvar.

En del av handledarna var förvånade över de mycket svåra personliga

problem som dök upp i distriktsläkarnas handledning av AT/FV-läkare och man var också imponerad över det sätt som dessa svårigheter klarades av. Det fanns en kompetens och ett intresse som kunde utvecklas vidare.

Vad som enligt handledarna saknades hos distriktsläkarna var kunskaper om psykodynamiska grundbegrepp. Det hade varit bra att tidigt komma i kontakt med dessa under utbildningen. Man tyckte också att tiden var för kort, ett år skulle ha varit en mera lämplig tidsrymd. Man borde också sträva efter mer homogena grupper. Nu blandades i distriktsläkargruppen de som hade grupphandledning och de som hade enskild handledning. För den enskilde distriktsläkaren är det också bäst att börja med enskild handledning, grupphandledningen är betydligt svårare och bör komma i en senare fas.

Avslutande kommentarer

Deltagarna i kursen fick avslutningsvis kommentera hur man i stort såg på kursen och ge några personliga reflexioner. Här återkommer genomgående de positiva beskrivningarna från tidigare frågor. Många talar om önskemål om en fortsättning och en sådan har också skett i ett av länen, där man har tagit fasta på bristen på psykodynamisk grundkunskap och en uppföljning har initierats (Norrbotten).

Kursledningen uppfattade klart den betydelse "handledning på handledning" haft för flera deltagare. Balint talar i introduktionen av sin bok "Läkaren, patienten och sjukdomen" om förhoppningen att hans grupparbete skulle innebära en "liten men betydelsefull ändring av personligheten" hos de deltagande läkarna (8). När några kursdeltagare talar om ögonblick av djup insikt de fått i sina handledningsgrupper, associerar vi till Balints formulering.

En känslig och svår fråga för kursledningen var att välja handledare. Vem är lämplig att handleda ett antal handledande allmänläkare? Handledarkompetens är självklar, därefter en god eller tillräcklig insikt och erfarenhet i distriktsläkarnas arbetsvillkor. Vårt sökande blev väl belönat – vi fann fyra personer (i grunden psykologer, läkare, mentalskötare) med dessa kvalifikationer och det föll väl ut.

Sammanfattningsvis gav kursen impulser för en fortsättning (9). Deltagarna önskade att kursen togs upp igen i ny upplaga med de förändringar som har föreslagits.

Våra erfarenheter talar för att en fördjupningskurs i handledning kan organiseras lokalt. Den bör innehålla teori om psykodynamiska grundbegrepp och ett viktigt moment är handledning på handledning. För detta behövs en handledarkompetent person

med intresse för och kännedom om allmänläkarens arbete, vederbörandes formella grundutbildning är ej så betydelsefull. Det kan vara svårt att hitta lämplig handledare. Om det är omöjligt kan det ändå vara värdefullt för handledare att träffas regelbundet och diskutera konkreta erfarenheter och problem. Det stöd som vi på så sätt kan ge varandra är också väsentligt.

Referenser

1. Specialistutbildning i allmänmedicin. Tjänstgöringsprogram. Stockholm: Socialstyrelsen, 1982. (PM 12/82).
2. Handledarutbildning för allmänläkare. Sammanfattning av en ny utbildning. Stockholm: Socialstyrelsen, 1983. (PM 61/83).
3. Larsson S, Johansson Y. Stor satsning på handledning under specialistutbildningen i allmänmedicin på Irland och i England. AllmänMedicin 1989;10:159–60.
4. Samtalsgrupp för AT-läkare ger större trygghet i yrkesrollen. Läkartidningen 1990;87:1016–7. (Reportage).
5. Englund O, Jaenson E, Johansson U, Karlberg L, Nilsson J, Thurfjell M. Handledning – erfarenheter och framtidsvisioner. AllmänMedicin 1990;11:69–75.
6. Handledning ger bättre specialister. Läkartidningen 1990;87:935–6. (Reportage).
7. Svensson C. Utvärderingsstencil. Stockholm: 1987.
8. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Lund: Studentlitteratur, 1978.
9. Wiborgh M. AT-handledning i Norrbotten. Läkartidningen 1990;87:1847.

Författarpresentation

Bengt Mattsson och Sven-Olof Andersson, kursansvariga, distriktsläkare

Postadress: Marichems vårdcentral, Morkullevägen 9, 902 37 Umeå.

Vem vill ordna SFAM-möte 1993?

Är du eller ni intresserade av att ordna SFAM-möte på er ort 1993? Förberedelsestiden bör vara minst ett år. Hör av er till styrelsen – ordförande Mats Ribacke

Läkarhusets hälsocentral
Staketgatan 32
803 11 Gävle

Ultraljudsundersökning av sinus – ett exempel från en liten vårdcentral

CARL MAGNUS MÖLSTAD

Diagnostik av ÖLI/sinuit före och efter införandet av ultraljudsundersökning av sinus på vårdcentral studerades genom en journalundersökning. Antalet diagnosticerade fall liksom antalet röntgenundersökningar av sinus minskade. Kostnadsanalys visade inga påtagliga priskillnader med eller utan Sinuson.

Nyckelord: Andningsorganen, infektioner, diagnos, registerstudier, forskning, kostnader, attityder, sinuit, Sinuson.

Andelen patienter med luftvägsinfektioner som antibiotikabehandlas har ökat från 17 procent 1979 till 37 procent 1988 (1). Upp till 30 procent av besöken vid en vårdcentral betingas av luftvägsinfektioner och de tenderar liksom andelen sinuiter att öka (2). De diagnostiska problemen vid sinuit är välbekanta för varje läkare (2). En del patienter är på förhand övertygade om att de har en sinuit och önskar antibiotika. Till vår hjälp har vi hittills haft anamnes och status samt röntgen och käkspolning. Att inom primärvården konsekvent skicka dessa patienter på röntgenundersökning är ofta ogörligt. Käkspolning utan föregående röntgen är också ett mindre tilltalande alternativ.

I flera studier har ultraljudsundersökning av sinus jämförts med andra diagnostiska metoder (3–6). I några undersökningar från vårdcentraler redovisas positiva erfarenheter av bihålultraljud (7–9). Dock har metodens bruk inom primärvården också ifrågasatts i såväl medicinskt som ekonomiskt avseende (10).

I oktober 1987 införskaffades till vårdcentralen i Ingelstad en Sinuson 320 (ENTOMED). Denna studie gjordes för att kontrollera om förekomsten av bihålultraljud på vårdcentral påverkade diagnostiken av luftvägsinfektioner. Studien omfattar en journalgenomgång före och efter införskaffandet. Ett försök till kostnadsanalys görs också.

Material och metoder

Vårdcentralen i Ingelstad, Kronobergs län, har ett upptagningsområde på ungefär 5400 personer. Avståndet till Växjö lasarett är 2 mil. Under den tid undersökningen gäller har mesta-

dels två läkare varit i tjänst. Under tecknad har varit den ende ordinarie läkaren, övriga har varit vikarier eller läkare under utbildning. Årligen har 1–4 läkare skiftat på den andra tjänsten.

På vårdcentralen finns det sedan början av 1980-talet ett diagnosregister. Uppgifterna från 1985 har dock försvunnit vid en flyttning och 1986–87 skedde inga registreringar på grund av tidsbrist. Därför har år 1984 valts och diagnostiken av ÖLI/sinuit detta år jämförts med år 1988. Ultraljudsapparaten har av ordinarie läkare demonstrerats för övriga och kriterierna vid bedömning av sinus har varit i överensstämmelse med Jannert et al (3). Själva sinusundersökningen beräknas ha tagit tre minuter. Mestadels torde ett krav på vätska i sinus ha uppfyllts, för att antibiotika skall ha insatts.

Journalgenomgång

Journer tillhörande patienter 15 år och äldre med diagnoserna ÖLI och sinuit har granskats. Patienter under 15 års ålder har ej studerats, eftersom frekvensen av sinuit är låg i dessa åldrar. Journer med övriga typer av luftvägsinfektionsdiagnoser, såsom pneumoni, bronkit och andra, har inte heller studerats. Antibiotikabehandling, röntgenundersökning, remiss till öronklinik, undersökning med ultraljudsapparat samt recidiv inom 10 veckor har noterats. Upprepade besök under samma sjukdomsperiod på grund av upprepade "pinning" eller

spolning har noterats som ett diagnos-tillfälle.

Kostnadsanalys

Ett försök att analysera kostnadsalternativen (1) skulle kunna se ut så här: Följande poster går att identifiera vid jämförelse

- 1) Röntgenundersökning i Växjö, 195 kr/undersökning (12);
- 2) Transportkostnader mellan vårdcentralen och röntgenlab 40 km x 2 kr = 80 kr;
- 3) Läkartid vid ultraljudsundersökning 3 min/undersökning x 4.7 kr/min = 14,1 kr/undersökning;
- 4) Kapitalkostnader Sinuson 5 procent ränta, avskrivningstid 5 år, inköpskostnader 36.522 kr.

Vid jämförelse mellan de två alternativen 1984 och 1988, antas övriga kostnader vara lika.

Resultat

Antalet diagnosticerade fall av ÖLI och sinuit under 1984 och 1988 framgår av tabell I. Journalerna från 21 patienter 1984 och 13 patienter 1988 kunde ej återfinnas.

Tabell II sammanställer journalundersökningens resultat. Ej angivet i denna är att även antalet recidivsinuiter inom 10 veckor var oförändrat båda åren.

Kostnadsanalysen framgår av tabell III. Med ultraljudsapparat var kostnaden per patient 27 procent högre än utan.

Tabell 1. Antalet ÖLI- och sinuitdiagnoser hos patienter 15 år och äldre samt totalantalet besök alla åldrar 1984 och 1988.

År	Antalet besök (andel av totala antalet besök)		
	ÖLI	Sinuit	Alla diagnoser
1984	180 (3.2%)	136 (2.4%)	5657
1988	220 (3.9%)	109 (1.9%)	5592

Tabell II. Totala antalet ÖLI-diagnoser, andelen sinuiter samt den andel som ultraljudsundersöktes, röntgades eller remitterades till öronklinik 1984 och 1988. Antalet antibiotikabehandlade ÖLI och sinuiter samma år.

	1984 Antal	Procent	1988 Antal	Procent	p(chi-square)
ÖLI – totalt	316		329		
därav sinuit	136	43	109	33	p<0.01
därav					
Sinuson-undersökning	0		150	46	
röntgenundersökning	42	13	14	4	p<0.001
remiss öronklinik	9	3	11	3	NS
ÖLI – totalt	316		329		
därav antibiotikabehandlade	202	64	205	62	NS
sinuit	136		109		
därav antibiotikabehandlade	127	93	106	92	NS

Tabell III. Kostnader totalt och per patient vid jämförelse mellan alternativ utan (1984) och med ultraljud (1988). SEK i 1988 års priser.

Antal patienter	1984 316	1988 329
Röntgenundersökning	42 × 195 = 8190	14 × 195 = 2730
Transportkostnader	42 × 80 = 3360	14 × 80 = 1120
Läkartid ultraljudsundersökning		14,1 × 147 = 2073
Kapitalkostnad ultraljudsapparat		46600/5 = 9320
Totalt	11550	15243
Kostnad per patient	36,60	46,30

Diskussion

I denna journalstudie har jag funnit en signifikant minskning av sinuitfrekvens och antalet röntgenundersökningar i samband med införandet av ultraljudsundersökning. I själva verket härrörde dessa minskningar helt från ordinarie läkares hälft av materialet och denna fick också en signifikant nedgång av antalet antibiotikabehandlade övriga-ÖLI:er. Denna nedgång motsvarades av en lika stor ökning i övriga läkares material och slog följaktligen ej igenom i sammanställningen. Skillnaden mellan ordinarie och övriga läkares resultat torde delvis förklaras av, att ordinarie läkare med större engagemang gick in för att skärpa sin diagnostik med ultraljud.

När det gäller kostnaderna finner man, att Sinusonen är något dyrare under de första fem åren än kostnaderna för röntgen och transport. Dock betalar den sig på fem år, eftersom avskrivningstiden inte är längre. Dessutom torde den ha använts mycket i onödan under inkörningsperioden för att skaffa referensramar för läkarna. Kostnaderna för läkartid kan således förväntas gå ned med ökad vana. Vid kostnadsanalysen har också övriga kostnader antagits vara lika. Man har alltså inte tagit hänsyn till förlorad ar-

betstid för resor till röntgenundersökning i Växjö. Man har sett det som att patienten ändå är hemma denna dag på grund av sjukdom.

Sammanfattningsvis visar undersökningen, att man kan ha glädje av ultraljudsundersökning på vårdcentral. Den minskar frekvensen av sinuitdiagnoser och eftersom man får lägre röntgenanvändning blir merkostnaden inte så stor. Intresset för att använda apparaten torde spela en stor roll. Att lära sig använda den är definitivt inte svårt.

Referenser

1. Apoteksbolaget. Svensk Läkemedelsstatistik. Stockholm: Apoteksbolaget AB, 1988;187.
2. Engquist S, Lundberg C. Akut sinuit – när, hur och av vem bör den behandlas? Läkartidningen 1986;83:3112–4.
3. Jannert M, Andreasson L, Friis S, Holmer N-G, Lörinc P. Ultraljud för diagnostik vid sjukdomar i näsans bihålor. Läkartidningen 1981;78:4704–5.
4. Jannert M, Andreasson L, Holmer N-G, Lörinc P. A comparison between different ultrasonic display techniques, radiography and invasive control for different disorders of the paranasal sinuses. Acta Otolaryngol (Suppl) 1982;389:29–52.

5. Böckmann P, Andreasson L, Holmer N-G, Jannert M, Lörinc P. Ultrasonic versus radiologic investigation of the paranasal sinuses. Rhinology 1982;20:111–9.
6. Jensen C, Sydow von C. Radiography and ultrasonography in paranasal sinusitis. Acta Radiol 1987;28:31–4.
7. Nilsson BG, Jannert M, Andreasson L, Trell E. Ultraljudsdiagnostik av sinuit i primärvården. Klinik & Terapi 1986;2:27–30.
8. Bjerre B, Block P. Diagnostik och behandling av maxillarsinuit i primärvård. Ultraljuds- och klinisk undersökning. AllmänMedicin 1989;10:252–7.
9. Nilsson BG, Jannert M, Andreasson L, Trell E. Replik: Ultraljud ett viktigt hjälpmedel även för allmänläkaren. Läkartidningen 1986;83:3487.
10. Corenfelt C, Hovelius B, Ånggård A. Sinuitdiagnostik i primärvården: Ultraljud varken medicinskt eller ekonomiskt försvarbart. Läkartidningen 1986;83:3486.
11. Bonair A, Carlsson P. Utvärdering av medicinsk teknologi, vetenskap, politik, ekonomi, etik. Stockholm: Norstedts förlag 1987;75–96.
12. Holm T. Kostnader för radiologiska åtgärder, fördelade på enskilda undersökningar. Stencil. Avdelningen för diagnostisk radiologi, Lasarettet, Lund, 1989.

Författarpresentation

Carl Magnus Mölstedt, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen, 360 44 Ingelstad.

Förste allmänmedicinprofessorn tillsatt på Island

Jóhann A Sigurdsson har utnämnts till professor i allmänmedicin vid universitetet i Reykjavik och blir därmed Islands förste allmänmedicinprofessor.

I likhet med många av sina isländska allmänläkarkollegor har Jóhann skaffat sig sin specialistutbildning i allmänmedicin i Sverige. Under denna tid var han även involverad i populationsstudien av kvinnor i Göteborg och skrev sin avhandling om högt blodtryck hos kvinnor. Avhandlingen var klar 1982 och försvarades i Göteborg, men redan dessförinnan hade Jóhann återvänt till Island och där varit vårdcentralschef i Hafnarfjörður och distriktsöverläkare för området kring

Hafnarfjörður utanför Reykjavik.

Jóhann A Sigurdsson har fortsatt att ha nära kontakter med Sverige, bland annat när det gäller undervisning och forskning och han är sedan 1986 docent vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg.

Många minns Jóhann från den Nordiska Allmänmedicinska Kongressen i Reykjavik 1987, då han var president för kongressen och det är också många som träffat Jóhann och hans kollegor i samband med olika studieresor som gjorts till Island, där han, förutom sin kunnighet om primärvård, också visat sitt kunnande om isländsk natur och isländsk kultur, något som vi också

fick fina prov på i samband med den nordiska kongressen.

Jóhann A Sigurdsson är också isländsk redaktör för Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Vi önskar våra isländska vänner lycka till när nu allmänmedicin blir ett akademiskt ämne även på Island och önskar Jóhann lycka till med att leda denna verksamhet.

Calle Bengtsson

Professor vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ, distriktsläkare

Regionala läkemedelsinformationscentraler finns idag på flera platser i Sverige. Som modell står läkemedelscentralen vid Hudinge sjukhus, som funnits ända sedan 1974. Idag finns liknande verksamheter på Akademiska sjukhuset i Uppsala (ALICE), regionsjukhuset i Umeå (ELINOR), Lunds lasarett (ELIS) och Sahlgrenska sjukhuset (LIV).

Läkemedelscentralen bemannas av kliniska farmakologer, farmaceuter och sekreterare. Läkemedelscentralen besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturnomgång och diskussion vid respektive läkemedelscentral. Frå-

gor och svar lagras sedan i den gemensamma databasen drugline, utvecklad vid Hudinge läkemedelscentral 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 läsekretsen i tidskriften Allmän-Medicin. Har du synpunkter på vilka ämnen jag ska ta upp i denna spalt, skriv eller ring till Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 0766-38500. Denna gång presenteras frågor från LIV – läkemedelsinformation VAST, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

FRÅGA

Finns det någon dokumentation om hur lång tid det tar innan man får effekt av kortikosteroider till exempel hydrocortison (Solu-Cortef) i.v. eller betametason (Betapred) i tablettform vid akut behandling av till exempel astma, reaktioner efter insektbett, ormbett, läkemedel eller dylikt? Hur länge sitter effekten i efter en vanlig akut dos av hydrocortison 100 mg i.v. respektive betametason 8 mg i.v. eller peroralt.

SVAR

Glukokortikoider verkar i de flesta av kroppens celler med en rad olika effekter, varav anti-inflammatoriska och immunsuppressiva är de viktigaste. Glukokortikoiders verkningsmekanism är komplex och inte fullständigt kartlagd. I stora delar är den dock beroende av bildningen av så kallade lipocortiner. Denna process tar tid och kan förklara latenstiden som föreligger innan effekt av glukokortikoider ses.

En del av glukokortikoidernas kärleffekter åstadkoms dock sannolikt inte via lipocortin utan direkt. Dessa kärleffekter kan därför inträda snabbt, inom en timme. Latenstiden beror på vilken effekt som avses och varierar sannolikt mellan cirka en timme och upp till flera dygn.

Till exempel ses inom ett par timmar ett fall i cirkulerande eosinofila granulocyter och lymfocyter medan det kan dröja åtta timmar eller ännu längre innan någon effekt på bronkerna ses.

På grund av svårigheter att genomföra läkemedelsstudier på akut sjuka patienter, är antalet studier som kan belysa glukokortikoidernas latenstid lågt. Ofta har patienterna samtidigt fått annan nödvändig terapi, beta-agonister, adrenalin etc, vilket försvårar bedömningen av vilka medel som åstadkommer vilka effekter.

Vid astmabehandling är de flesta författare ense om att glukokortikoider är av värde vid akut svår astma för att få ett snabbare tillfrisknande. Vid underhållsbehandling av astma tar det i regel minst en timme innan effekt av en steroiddos ses och maximal effekt uppträder efter 6-7 timmar även när steroider ges intravenöst. Vid akut svår astma är latenstiden ännu längre. Någon effekt mätt med FEV1 kan inte mätas förrän efter 6-8 timmar vid akut svår astma – tidigare vid mindre svår. Patienterna anger ofta subjektiv förbättring innan objektiv förbättring kan mätas.

Plasmahalveringstid för hydrokortison är 1.5 timme, för prednisolon 3 timmar och betametason 5 timmar. Durationen av den biologiska effekten beror på vilken dos som ges och vilken effekt som avses. Biologisk halveringstid för hydrokortison är 8-12 timmar, prednisolon 12-26 timmar och betametason 36-54 timmar.

FRÅGA

Till primärvården får vi ofta remitterade patienter som ordinerats tablett Persantin. Vilka indikationer finns för behandling, vilka doser rekommenderas och vilka behandlingstider?

SVAR

Dipyridamol (Persantin) har en antitrombotisk effekt och används vid tillstånd där en modifiering av blodplättarnas funktion är önskvärd. Dess verkningsmekanism antas vara en interaktion med tromboxan-A2 och prostacyclin vilket leder till dess antiaggregatoriska effekt. Dipyridamol hämmar aktiviteten av enzymet fosfodiesteras, vilket leder till en ökning av den intracellulära koncentrationen av cAMP och en potentiering fås på så sätt av prostacyclinets effekt. Substansen metaboliseras efter absorption från tarmen i levern och dess utsöndring sker huvudsakligen via gallan. Den används i doser om 100 mg $\times$ 4 upp till 600 mg dagligen, taget efter födointag. Ofta tas dipyridamol tillsammans med ASA.

Dipyridamol i kombination med ASA har i olika studier studerats som sekundär prevention vid akut hjärtinfarkt. Dessa studier visar att en viss reduktion i total mortalitet sker, men senare studier visar att denna effekt snarare är en effekt av ASA och inte av kombinationen med dipyridamol.

Vid cerebrovaskulära sjukdomar som TIA och slaganfall har dipyridamol en obetydlig effekt som tillägg till ASA. Ett flertal kontrollerade studier på patienter som genomgått koronar bypassoperation har genomförts främst med ASA eller i kombinationen ASA plus warfarin. Studier med dipyridamol är få och visar ingen övertygande effekt.

Vid antikoagulantibehandling till patienter med hjärklaffimplantat, finns en studie som visar att dipyridamol (100 mg $\times$ 4) har en additiv effekt till warfarinbehandling. Studien visar att signifikant färre patienter uppvisar emboliska komplikationer men dödligheten i de båda grupperna var densamma. Dipyridamol är en koronarkärlsdilaterare och administrering leder till ökat blodflöde i koronarkärlen liksom allmän vasodilatation, hypotension och tachycardi. Risken finns dock för "coronary steal" det vill säga att man via vasodilatationen får en försämrad genomblödning av det ischemiska området medan blodflödet till det normala kärlområdet ökar samtidigt som det myokardiella syrebehovet ökar. Detta kan skapa lokal ischemi och angina pectoris.

**FRÅGA**

En 60-årig kvinna, som waranbehandlas efter en aortaklaffsoperation, har en reumatisk åkomma som ibland fordrar behandling med NSAID. Patienten har av medicinläkaren som sköter waranordinationen tillåtits ta Naprosyn (naproxen). Tidigare (innan waranbehandlingen inleddes) har dock patienten fått Butazolidin med mycket bra effekt. Frågeställaren undrar nu om fenylbutazon kan ges i stället för naproxen.

SVAR

Nej, kombinationen warfarin och fenylbutazon skall absolut undvikas!

Fenylbutazon ger förstärkt antikoagulationseffekt av warfarin, sannolikt via hämmad metabolism och eventuell bortträngning

från bindningsställen på plasmaproteinerna (displacement). Sänkt protrombinhalt ses hos i princip alla patienter där kombinationen givits och ett stort antal blödningskomplikationer har rapporterats. Förutom dessa farmakokinetiska interaktioner finns också risk för utveckling av ulcus samt påverkan på trombocyter och övrig blodbild vid användandet av fenylbutazon, varför kombinationen av warfarin och andra antikoagulantia och fenylbutazon är direkt olämplig.

Generellt bör kombination av NSAID och perorala antikoagulantia på grund av den ökade blödningsrisken undvikas. Om det anses absolut indicerat, anses naproxen och ibuprofen (exempelvis Brufen) vara bland de "minst olämpliga".

I det aktuella fallet är alltså behandling med Butazolidin kontraindicerad medan användande av naproxen kan övervägas.

Dosexpedition

LARS ARRHENIUS · INGRID ISAKSSON · PER JOHANSSON

Apoteksbolagets styrelse uttalade våren 1986 "att bolaget enligt styrelsens mening bör gå vidare i utvecklingsarbetet och engagera sig aktivt för en öka spridning av dosexpeditionen". Vid den tidpunkten erhöll cirka 6000 personer dosexpedierade läkemedel. I artikeln beskriver och kommenterar Lars Arrhenius, Ingrid Isaksson och Per Johansson, alla på Driftsektorn.

Vid diskussioner med Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket beslutades om de särskilda rutiner som skulle tillämpas vid dosexpedition.

Bland annat att

- dispensera ur ett för flera patienter gemensamt expeditiionslager (bulkager) och att
- debitera endast en patientavgift per 90-dagars period för samtliga läkemedel som expedieras till en patient, som har tagits in i dosexpeditionssystemet.

Målgrupp

Dosexpedition ska ordinerar av läkare på medicinska grunder. Exempel på intagningskriterier:

- psykiska orsaker (glömska, utvecklingsstörning),
- synhandikapp,
- rörelsehandikapp,
- förväntad läkemedelseffekt uteblir,
- hemtjänstpersonal eller anhörig påtalar dålig läkemedelshandtering.

Från apotekets sida ställs följande krav:

- dispenserings/utdelning av läkemedel kan ej lösas tillfredsställande på annat sätt,
- patienten accepterar inskränkningar i apotekets tystnadsplikt,
- läkare och övrig vårdpersonal tar hänsyn till apotekets rutiner,
- läkare medverkar vid sortimentsdiskussionen.

En förutsättning för att dosexpeditionsverksamheten ska löpa så smidigt som möjligt för alla parter är att dessa krav uppfylls.

Utveckling – maskinell dosexpedition

Eftersom behovet av dosexpedition för olika grupper inom den öppna vården beräknas till minst 100 000 patienter har Apoteksbolaget utvecklat tekniker för att maskinellt dosförpacka läkemedel.

För detta syfte inköptes 1987 en automatisk tabletdoseringsmaskin, ATC-212.

ATC-systemet har använts i Japan i cirka 15 år och i USA i cirka 5 år, men då endast för endosförpackning, varför ett nytt så kallat flerdosprogram utvecklats som innebär att maskinen kan dispensera upp till sex olika läkemedel per påse. För närvarande finns automatiska tabletdoseringsmaskiner för flerdos på åtta platser i landet.

Dataprogram

Inom dosexpeditionssystemet finns ett dataprogram APODOS för utskrift av etikettark till Apodos-brickorna.

Under de senaste åren har även ett nytt program ADDOS utvecklats. Programmet kan användas både vid manuell och maskinell dispenserings.

I ADDOS hanteras samtliga läkemedel som är ordinerade till patienterna i dosexpeditionssystemet. Dispenseringsarbetet och det administrativa arbetet blir enklare med detta program eftersom man kan få både bricketiketter och ordinationskort utskrivna i programmet. Varunummer skrivs ut på etikettarken, vilket underlättar kontroll av dispenserade preparat. ADDOS-programmet används av samtliga apotek som har dispenseringsmaskiner, men kommer under 1991 också att bli tillgängligt för ett antal apotek som arbetar med manuell dispenserings i större omfattning.

För att klara av dosexpedition för alla patienter som har behov därav, kommer sannolikt de flesta av landets apoteksgrupper att ha tillgång till maskinell dosdispensering inom 5 år.

Vad är naturmedel?

BIRGITTA BALTZAR

Från och med 1 april 1990 gäller nya riktlinjer för marknadsföring av naturmedel. Dessa presenteras i detta nummer. I riktlinjerna finns förteckningar över godtagbara respektive ej godtagbara användningsområden men även allmänna regler för naturmedel, krav på märkning etc. Apoteksbolagets krav på naturmedel och naturmedelssortimentet på apotek tas också upp. Konsumentverkets "Riktlinjer för marknadsföring av naturmedel" har utarbetats i samråd med hälsokostbranschen och Socialstyrelsens läkemedelsavdelning (nuvarande Läkemedelsverket). Även Apoteksbolaget och andra intressenter har deltagit i överläggningar. Riktlinjer för marknadsföring av naturmedel har funnits sedan starten 1978 och har inte tidigare reviderats.

Allmänna bestämmelser (i urval)

För ett naturmedel måste man ange ett användningsområde (=indikation) som finns på den "godtagbara listan". "Egenskaper" hos medlet är inte tillåtna annat än i undantagsfall, till exempel "medel som allmänt ökar prestationsförmågan".

Man får aldrig påstå att ett naturmedel **saknar biverkningar**. Detta har marknadsförare gärna gjort och myten om naturmedels ofarlighet är vitt spridd. Om man påstår att medlet har någon form av positiv effekt på kroppen, så innebär det att medlet också kan ha oönskade effekter och i praktiken är det inte heller möjligt att bevisa en avsaknad av (bi-)effekt.

Naturmedel får inte rekommenderas till gravida kvinnor och barn under 8 år, om inte marknadsföraren kan visa att medlet är av särskilt värde för gruppen och, i förekommande fall, att skada på fostret är osannolikt. Invärtes medel skall vara märkt med att medlets påverkan vid graviditet är okänd, om det inte kan göras sannolikt att medlet inte skadar fostret eller kvinnan.

Förpackningen skall vara märkt (i tillämpliga fall i enlighet med bestämmelserna för livsmedel) med sedvanliga uppgifter som mängd, innehållsdeklaration, användningsområde, varningar, satsnummer etc, samt med "naturmedelsmeningen": *Har ej genomgått för läkemedel föreskriven kontroll. Denna mening skall alltid finnas med när man på något sätt marknadsför ett naturmedel.*

Godtagbara användningsområden

De godtagbara användningsområdena för naturmedel är sådana som lämpar sig för egenvård, vilket i huvudsak har bedömts utifrån att sjukdomen eller symtomet ska gå att diagnostisera

*Varken naturmedel
eller läkemedel kan
bota en förkylning.*



själv (med rimlig säkerhet) och inte kräver läkarvård. I princip skulle bara den "positiva"listan behövas, men den "negativa" är med som förtydligande. Listorna innehåller vissa avvikelser från huvudregeln, till exempel hänvisningar till "läkarkontakt".

Att ett användningsområde finns med på den godtagbara listan innebär inte att det finns ett naturmedel som verkligen har de egenskaper som krävs, utan listan baseras på möjlig egenvård. Vissa lämpliga egenvårdsområden har dock utelämnats därför att det har bedömts som alltför osannolikt att det skulle kunna finnas något medel med effekt inom en rimlig framtid, till exempel för förkylning.

Nya godtagbara användningsområden

- Kortvarig och lindrig magkatarr
- Profylax mot vanlig okomplicerad turistdiarré
- Lindrig fötsvamp
- Fettsyror för att höja andelen fleromättat fett i kosten
- Hjälpmedel vid viktnedgång (viktnedgångsskur, fiber, lågkaloriprodukter)
- Komplement vid bensår
- Lätt förhöjda blodsockervärden vid åldersdiabetes som enbart kostbehandlas (gäller enbart fiberprodukter)
- Rörelsesjuka (åksjuka)
- Tillfällig lindrig yrsel
- Anfallsförebyggande vid tätta migränanfall (mer än två per månad). Får ej användas utan uppehåll.
- Tillfälliga ledbesvär utan svullnad
- Lättare tillfälliga ryggbesvär
- Premenstruellt syndrom
- Störningar i slidans fysiologiska miljö med lätt ökad flytning utan smärta, lätt klåda, högst en veckas behandling utan läkarkontakt.
- Lindriga klimakteriebesvär utan blödningsrubbningsar
- Vaxpropp
- Torrhet i munnen
- Nedsatt mörkerseende
- Tillfällig lindrig lokal klåda
- Vårtor
- Förhårdnader, sprickor (i huden)
- Lättare atopiska eksem. Högst en veckas behandling utan läkarkontakt
- Lindrigt munsår
- Lindrig psoriasis som konstaterats av läkare



Apoteksbolagets naturmedelssortiment

För närvarande (september 90) finns följande naturmedel i sortimentet:

Fiberprodukter

Linfrö, Loppfrö

• "gamla" naturmedel för tarmfunktionen, bulkmedel

Spoon, Fibertabletter, Fibrex

• fibertillskott, tarmfunktionen, bulkmedel

Lej guar

• fiber, men med användningsområde i första hand mot måttligt förhöjda blodfetter samt även kostbe-handlad diabetes

Övriga magmedel

Docidus, Trevis

• för att förebygga turistdiarré. Docidus innehåller en sort laktobaciller. Trevis 4 olika bakterier. Dosering- en skiljer. Vilken som är bäst går inte att säga. För Trevis finns det studier som tyder på att medlet har effekt vid utlandsresor.

Allmänt, kosttillskott

Gericomplex, ginseng

Cedemin, extrakt av blad från kinesiskt tempelträd

• milt uppiggande för äldre

Cernitol, pollen

• "allmänt uppiggande" funnits med från början.

Omega 3

Almarin

• fleromättade fettsyror som "kosttillskott" och/eller vid måttligt förhöjda blodfetter

Diverse

Salva vid munsår

• lindrar, underlättar läkning.

Lactal

• normaliserar pH i slidan, främjar de rätta bakterierna

Tigerbalsam

• muskelbesvär

Oleum basileum, Oleum inhalator

• nästäppa

Produkterna ovan återfinns i Prislista ha. Det finns också produktfaktablad för alla naturmedel. Naturmedel för injektion återfinns i Prislista sp.

För de flesta av de godtagbara indikationerna för naturmedel finns det lämpliga egenvårdsmedel i apotekens sortiment, dels receptfria läkemedel och dels i viss utsträckning, naturmedel eller andra handelsvaror.

I samband med de nya riktlinjerna har det framförts, både att det kommit många nya godtagbara användningsområden för naturmedel och att det blivit många fler förbjudna indikationer. Sanningen är att några få reella förändringar har gjorts i båda listorna. Ändringarna baserar sig på utvecklingen under decenni- et och erfarenheterna från tillämpningen av de tidigare riktlinjer- na. En ytterligare ändring är att medan de gamla listorna angavs som "vägledare", vilket gav upphov till mycket diskussioner om vad som hörde dit eller inte, så gäller nu att de godtagbara användningsområdena är de enda som får användas (samt synony- mer till dessa). Listorna har också strukturerats om för att bli lättare att hitta i och särskilt den förbjudna listan har blivit mer detaljerad för att bli tydligare. Tidigare angavs ofta grupper av åkommor, vilket ibland kunde vara svårt att hantera.

Apotekens naturmedel

I och med att naturmedlen egentligen är läkemedel, har de en mycket nära och naturlig anknytning till apotekens sortiment och apoteken har ett litet antal naturmedel i sortimentet. När be- stämmelserna om naturmedel kom, fanns redan några varor som i realiteten var naturmedel och dessa registrerades. Nya produk- ter har bedömts enligt följande.

Apoteksbolagets krav på naturmedel

Allmänt är kraven desamma som för andra handelsvaror som tas in i sortimentet.

Påståenden som positiva effekter skall styrkas. Man kan inte kräva att dokumentationen skall vara lika fullständig som för läkemedel, men ju mer avancerad och/eller speciell produkten är, desto större krav på dokumentationen.

Det ska finnas en nisch för produkten. Naturmedel med till exempel motsvarande användningsområde som en farmaceutisk specialitet måste ha något "extra" för att komma ifråga.

Priset får inte utan vägande skäl vara högre än för motsvaran- de läkemedel. Annan beredningsform eller bättre förpackning kan vara sådana skäl.

Marknadsföringen av produkten får inte strida mot Konsu- mentverkets riktlinjer.

Framtiden för naturläkemedel

I Alternativmedicinkommitténs betänkande föreslås en viss skärpning av reglerna, nämligen att naturmedlen i framtiden ska registreras för ett visst användningsområde (eller flera) och att man sedan inte får ange något annat. Detta skulle egentligen inte bli så stor skillnad rent allmänt, men skulle förbättra situationen för konsumenter, myndigheter och även för marknadsförarna. Den formella hanteringen skulle bli mycket enklare och snabbare när det gäller eventuella överträdelser mot bestämmelserna, vilket skulle innebära att resurser frigjordes för andra önskvärda insatser. Idag är det till exempel problem för seriösare företag när mindre seriösa konkurrenter marknadsför sina produkter felaktigt.

Litteratur

Naturmedel registrerade i Sverige 1988/89, Hälsokostrådet (ty- värr ofullständig och nu gammal).

Konsumentverkets riktlinjer för marknadsföring av naturmedel. Jan G Bruhn (red). Naturliga läkemedel.

Hörselscreening vid 4-årsundersökningen på BVC

HANS K:SON BLOMQUIST · PETRA SEHLIN · GUN HOLMBERG · ULLA LANDGÅRD

Vid införandet av den allmänna 4-årsundersökningen i Sverige i slutet av 1960-talet, ansågs bland annat en hörselscreening vara väl motiverad (1). Metoden har sedermera värderats bland annat i Lund av Köhler (2) och i Uppsala av Sundelin och Vuille (3). Kankkunen påpekade i sin avhandling (4) att drygt en fjärdedel av barnen med verifierad hörselnedsättning i Göteborgsområdet under åren 1970–79 hade remitterats från barnavårdscentralerna, flertalet i anslutning till 4-årsundersökningen. I Uppsalastudien "Från fyra år till tio" ifrågasatte emellertid Melbin och medarbetare (5) värdet av hörselscreening som en metod att förebygga hörselnedsättning i senare skede och i en undersökning från Örebro, bedömde Augustsson, Nilsson och Engstrand (6) enbart screening vid enstaka tillfällen inte vara någon optimal metod för identifiering av behandlingskrävande serös otit. I en medicinsk kommentar ansåg dock Borg, Hirsch och Anggård (7) att screeningen var väl motiverad. I en aktuell remiss från Socialstyrelsen (8) ifrågasätts emellertid ånyo värdet av generell hörselscreening vid fyra års ålder. I en nyligen genomförd undersökning från Västerbotten noteras en incidens av hörselnedsättning i åldrarna upp till 20 år på 2.5 per 1000 personer (9). Mot ovanstående bakgrund redovisas erfarenheter från en årskull barn som genomgått hörselscreening på BVC vid fyra års ålder i Umeå sjukvårdsdistrikt.

Nyckelord: Hörselnedsättning, screening, children, prevention, Umeå.

Material och metod

I undersökningen ingick samtliga barn födda 1983, som under år 1987 bodde i Umeå sjukvårdsdistrikt och då blev föremål för fyraårsundersökning på någon av de 19 barnavårdscentralerna i distriktet. Om möjligt i anslutning till födelsedagen kallades samtliga barn till sin barnavårdscentral för 4-årsundersökning inkluderande hörselprovning.

Vid hörselprovningen skulle barnen i princip vara fria från övre luftvägsinfektion. En hörselvårdsassistent tog en noggrann anamnes rörande hörseln, varefter provningen utfördes med transportabel audiometer (Madsen) med ljudisolerade hörlurar. Vid tonhöjderna 250, 500, 1000, 2000 respektive 4000 Hz bestämdes den lägsta ljudstyrka som barnet kunde uppfatta ned till 20 dB. Varje frekvens provades två gånger. En nedsättning till 25 dB på minst två närliggande frekvenser på endera örat eller nedsättning till 40 dB eller mer på enstaka frekvens, bedömdes som patologisk och föranledde i princip bedömning av BVC-läkaren, som tog ställning till eventuell behandling följt av omprov alternativt remiss. Vid anmärkningsvärd hereditet, kvarvarande patologiskt screeningfynd och/eller bristfällig medverkan också vid omprov, rekommenderades remiss till öronkliniken audiologiska avdelning.

Utifrån bedömningen på öronkliniken klassificerades tidigare inte kända barn i efterhand till någon av följande kategorier:

- A. vid undersökningstillfället normal hörsel
- B. ledningshinder (cerumen, otoskopingit eller annat ledningshinder)
- C. sensorineural hörselnedsättning
- D. annan diagnos (veg.ad., övriga)

På BVC utförde hörselvårdsassistenten också en tal- och språkbedömning av barnen vid spontant tal eller, vid behov, med hjälp av det så kallade Värmlandstestet. Ett antal barn remitterades också till logoped, psykolog eller barnmedicinsk klinik.

Resultat

Undet det aktuella året kallades och hörselscreenades sammanlagt 1571 4-åringar på barnavårdscentralerna. På grund av stor in-, ut- och omflyttning i sjukvårdsdistriktet har det i efterhand inte varit möjligt att kontrollera bortfallet. Antalet icke kallade barn torde dock vara mycket litet. Ett antal barn har dock av olika anledningar inte genomgått hörselprovning eller rekommenderat omprov. Vid det första undersökningstillfället passerade cirka 78 procent och vid det andra (eller i enstaka fall tredje) undersökningstillfället ytterligare 12 procent av barnen den uppsatta screeninggränsen (Tabell I). Av de 100 barn som inte klarade screeninggränsen vid omprov, blev sex enbart behandlade på vårdcentral. Sexton av de remitterade barnen och många av de icke screenade barnen, var tidigare kända på öronkliniken under olika diagnoser.

Tabell I. Utfall vid hörselscreening på BVC av 4-åringar i Umeå sjukvårdsdistrikt.

Utfall	Antal	Procent
1a screening utan anmärkning	1222	77.8
2a eller 3e screening utan anmärkning	193	12.3
Screening ej utförd *	56	3.6
Screening patologisk	100	6.4
— enbart behandlade på vårdcentral	6	
— remitterade till öronklinik	74	
— tidigare kända på öronkliniken	16	
— tidigare okända på öronkliniken	58	3.7
— ofullständigt uppföljda**	20	
Kallade barn	1571	100.0

* På grund av pågående behandling eller kontroll på öronkliniken (flertalet barn) eller på grund av frånvaro trots upprepade kallelser (enstaka barn).

** På grund av flyttning, frånvaro från rekommenderad kontroll, ofullständiga journaluppgifter eller journal ej tillgänglig.

Femtioåttio barn (3.7 procent av totalantalet kallade 4-åringar) var nya, det vill säga antingen tidigare inte kända på öronkliniken eller avskrivna från kontroll där sedan minst ett år. Öronläkarens bedömning av dessa barn framgår av Tabell II och vidtagna åtgärder av Tabell III. Av de återstående 20 barnen hade några flyttat, andra var ofullständigt uppföljda via vårdcentralen eller öronkliniken (inte kommit trots upprepade kallelser, ofullständiga journaluppgifter etc).

Diskussion

En hörselnedsättning kan var genetiskt betingad (9) eller orsakad av sjukdom eller skada; den kan vara bestående eller mer tillfällig. Oberoende av orsak och varaktighet är en tidig diagnos och behandling viktig. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot barn med ökad risk för hörselnedsättning. Således rekommenderas följande barn, i Umeå sjukvårdsdistrikt, remiss till audiologien för rutinkontroll: hereditet för hörselnedsättning, rubella eller annan allvarlig virusinfektion i tidig graviditet, missbildning av öra eller ansikte, kromosomavvikelse eller andra syndrom, födelsevikt under 1500 g, svår asfyxi, CPAP eller respiratorbehandling, sepsis, meningit eller parotit samt behandling med aminoglykosider eller andra ototoxiska farmaka. Personalen på BVC är dessutom instruerad att vara uppmärksam på och lyhörd för föräldrars misstanke om hörsel-, tal- och språkproblem hos barnen. Vid 8–10 månaders ålder utförs, efter särskild utbildning, BOEL-prov av distriktssköterskan. Trots detta framkom alltså i denna genomgång att 10 procent av 4-åringarna i Umeå sjukvårdsdistrikt inte klarade den första screeningsundersökningen eller omprovet. Undersökningarna skulle enligt instruktionen om möjligt ske i infektionsfritt stadium och de utfördes av erfarna hörselvårdsassistenter, men likväl krävdes omprov relativt ofta.

Många av barnen med hörselnedsättning var naturligtvis kända på öronkliniken (Tabell I), men anmärkningsvärt många barn hade en tidigare ej uppmärksammas hörselnedsättning. Flertalet av dessa barn hade otosalingit, men också andra former av ledningshinder. Dessutom fanns fyra fall av sensorineural hörselnedsättning bland diagnoserna (Tabell II). (Två barn med lindrig och två barn med en måttlig hörselnedsättning). Som framgår av Tabell III krävdes någon typ av behandling hos 36 barn, det vill säga 2.3 procent av totalantalet 4-åringar. Tjugo barn genomgick paracentes, många fick dessutom plaströr och två av barnen med sensorineural hörselnedsättning behövde och fick hörapparat. Även om hörselnedsättning till

Tabell II. Diagnos hos fyraåringar som remitterats till öronkliniken efter lekaudiometri på BVC och som tidigare var okända på öronkliniken.

Diagnos	Antal	Per 1000 undersökta barn*
A. Normal hörsel	15	9.5
B. Ledningshinder	32	20.4
cerumen	2	1.3
otosalpingit*	28	17.8
annat ledningshinder	2	1.3
C. Sensorineural hörselnedsättning	4	2.5
D. Annan diagnos	8	5.1
veg.ad.	3	1.9
övriga**	5	3.2
Antal fyraåringar	58	36.9

* Därav en med sensorineural hörselnedsättning.

** Talförseening, utvecklingsförseening, heshet, kort tungband och etsskada.

Tabell III. Behandling av fyraåringar som remitterats till öronkliniken efter lekaudiometri på BVC och som tidigare var okända på öronkliniken

Åtgärd	Antal	Per 1000 undersökta barn
Ingen åtgärd	15	9.5
Spontanläkning vid uppföljning	7	4.5
Aktiv åtgärd/uppföljning*	36	22.9
Paracentes	20	12.7
Rör	11	7.0
Abrasio	6	3.8
Nyregistrerad för kontroll i pedagogiska hörselvården	6	3.8
Hörapparat	2	1.3
Remiss till logoped	2	1.3
Ej uppföljd	1	0.6
Antal fyraåringar	58	36.9

* Många av barnen behandlades med flera olika åtgärder.

följd av otosalingit är tillfällig, är det viktigt att den blir diagnosticerad och om möjligt behandlad.

Studien understryker vikten av en hörselscreening vid fyra års ålder. Många av de aktualiserade hörselproblemen hade sannolikt inte uppmärksammas utan denna undersökning och viktig behandling hade fördröjts och kanske insatts först i skolåldern. Hörselnedsättningen behöver inte ge upphov till så påtagliga symptom. De båda hörapparatkrävande barnen i den här redovisade undersökningen hade till exempel en väsentligen normal språkutveckling. Även barn med uttalad otosalingit bör dock uppmärksammas och behandlas – det kan varken ur fysisk eller psykisk synpunkt anses som oväsentligt för ett förskolebarn, att under månader eller kanske år inte kunna höra vad som sker i den omedelbara omgivningen.

Referenser

1. Ett förslag till allmän hälsokontroll av 4-åringar. Socialstyrelsen redovisar. Stockholm, 1968.
2. Köhler L. Health control of four-year-old children. An epidemiological study of child health. Acta Paediat Scand 1973, Suppl 235.
3. Sundelin C, Vuille J-C. Health screening of four-year-olds in a Swedish county. II. Effect on determining

health problems. Acta Paediat Scand 1975;64:801–6.

4. Kankkunen A. Pre-school children with impaired hearing in Göteborg 1964–1980. Acta Oto-Laryngol 1982;suppl 3915.
5. Melbin T, Sundelin C, Vuille J-C. Från 4 år till 10. Socialstyrelsen redovisar 1982:10. Stockholm, 1986.
6. Augustsson I, Nilsson C, Engstrand I. Är hörselscreening av 4-åringar en bra metod för upptäckt av behandlingskrävande serös otit? Läkartidningen 1988;85:1134–7.
7. Borg E, Hirsch A, Änggård L. Hörselscreening och otitis media. Läkartidningen 1988;85:1129.
8. Ginsburg B-E, Jonsell R, Sundelin C. Remiss. Hälsoövervakning inom barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1990. (Stencil).
9. Sehlin P, Holmgren G, Zakrisson J. Incidence, prevalence and etiology of hearing impairment in children in the county of Västerbotten, Sweden. Scand Audiol 1990;19:193–200.

Författarpresentation

* Hans K:son Blomquist, docent, barnhälsovårdsöverläkare

Petra Sehlin, avdelningsläkare, audiologiska avdelningen

Gun Holmberg och Ulla Landgård, hörselvårdsassistenter

* Barnhälsovården, Regionsjukhuset, 901 85 Umeå.

Mottagningsköterskornas sjukvårds- upplysning – en jämförelse mellan en vårdcentral med och en utan öppen mottagning

PER ANDRÉN · ANDERS HÅKANSSON

Under en tvåveckorsperiod studerades mottagningsköterskornas rådgivningsarbete på två lika stora vårdcentraler i samma stad. På vårdcentralen med öppen mottagning var antalet rådgivningssamtal per dag 80, medan motsvarande siffra för vårdcentralen utan öppen mottagning var 129. Sistnämnda vårdcentral låg således drygt 60 procent över förstnämnda. Den största skillnaden betingades av de samtal som ledde till läkarbesök.

För rådgivning och registrering svarade Ingbritt Carlson, Lena Jaltner, Kajsa Johansson, Inger Jönsson, Monica Lundvall, Gunilla Löf, Kerstin Nilsson och Ylva Sigvardsson.

Nyckelord: Telefonrådgivning, rådgivning, vårdcentraler, sjuksköterskor, forskning, Växjö.

Det rings cirka 20 miljoner samtal per år till telefonrådgivarna vid landets vårdcentraler (1). Denna omfattande verksamhet har studerats i såväl Sverige (1-3) som Norge (4) och Danmark (5). Nyligen har också mottagningsköterskornas telefonrådgivningsverksamhet blivit föremål för en allmänmedicinsk doktorsavhandling (6).

Genom rådgivningsarbetet kan den vårdsökande patienten få kunskap och trygghet. Ofta utgår sjuksköterskan från en egenvårdsbroschyr, vilken ger en viss enhetlighet åt informationen, från sjukvården och apoteket. Rådgivningen har också en sållningsfunktion, så att de som bäst behöver komma till läkare i första hand skall få göra så. Tillgången till läkartid bestämmer ramarna. Allmänheten har ibland upplevt sjuksköterskan som ett hinder för att få komma till läkare. Man vill bestämma själv. Därför har på många håll införts så kallad öppen mottagning. Hur påverkas då rådgivningsarbetet?

För att få svar på denna fråga har vi jämfört mottagningsköterskornas sjukvårdsupplysning på en vårdcentral med och en utan öppen akutmottagning.

Material och metoder

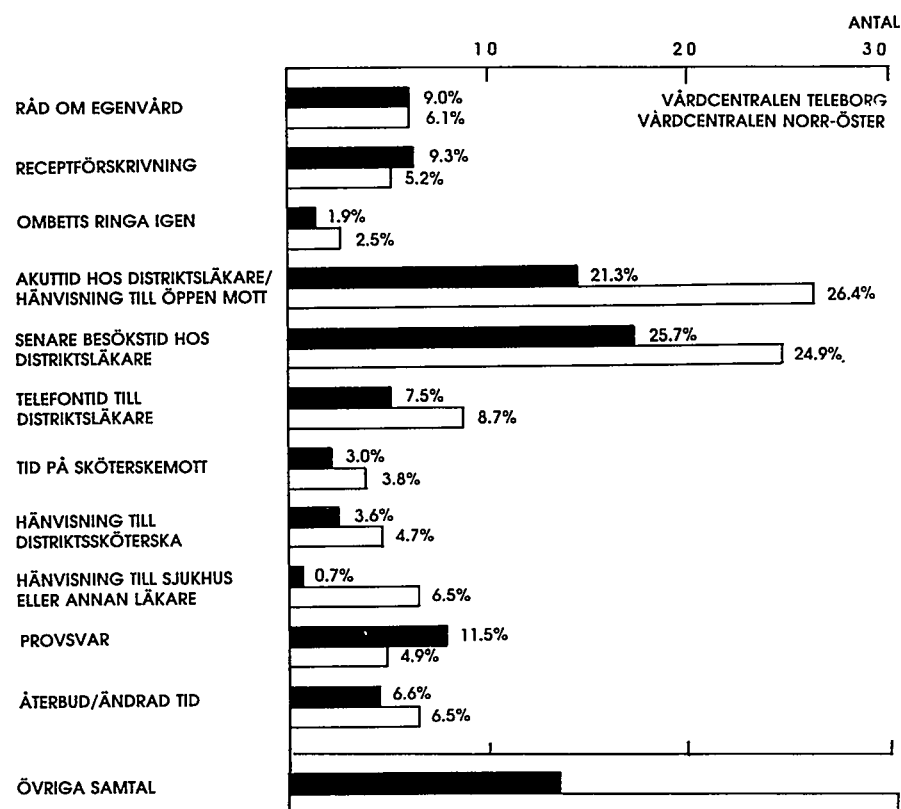
Vårdcentralerna Teleborg och Norr-öster är båda belägna i Växjö och båda har upptagningsområden med ungefär 11000 invånare. På vårdcentralen Teleborg har man sedan 1987 öppen akutmottagning mellan 09.30 och 11.00 varje vardag. Befolkningen är jämförelsevis ung. Där finns 4.25 distriktsläkartjänster fördelade på sex läkare. På vårdcentralen Norr-öster tillämpas inte öppen akutmottagning. Norr-öster utgör en del av vårdcentralen Dockan, som tidigare var Växjö enda vårdcentral, men som nu uppdelsats på mindre stadsdelsmottagningar. Norr-österns befolkning är äldre än Teleborgs. Där finns 4.25 distriktsläkartjänster besatta med fyra läkare.

Studien genomfördes under två veckor i maj 1990. Samtliga till vårdcentralen inkommande telefonsamtal och alla samtal med patienter som kom direkt upp till mottagningen, kategoriserades därvid av tjänstgörande mottagningsköterskor efter vilken åtgärd samtalet ledde till.

Resultat

Vårdcentralen Teleborg hade i genomsnitt 80 samtal per dag, varav 69 telefonsamtal och 11 besökssamtal. Motsvarande siffror för vårdcentralen Norr-öster var 129 samtal per dag, varav 118 telefonsamtal och 11 besökssamtal. Antalet samtal till vårdcentralen utan öppen mottagning låg således drygt 60 procent över antalet samtal till vårdcentralen med öppen mottagning. På vårdcentralen Teleborg sjönk antalet sköterskekontakter efter hand som veckan gick, från 98 på måndagen till 66 på fredagen, medan på vårdcentralen Norr-öster antalet sköterskekontakter låg relativt konstant runt medelvärdet 129 under samtliga veckans vardagar.

Av Figur 1 framgår vilka åtgärder de olika sköterskekontakterna ledde till. På vårdcentralen Teleborg klassades 17 procent av samtalen som "övriga", medan motsvarande siffra för vårdcentralen Norr-öster var 24 procent. Av de återstående samtalen ledde majoriteten till besökstid hos



Figur 1. Vårdcentralernas sjukvårdsupplysning. Antalet samtal per dag fördelade efter mottagningsköterskas vidtagna åtgärder.

eller telefontid till distriktsläkare – 54 procent av teleborgssamtalen och 60 procent av norr-östersamtalen.

Antalet samtal som ledde till råd om egenvård var lika stort för de båda vårdcentralerna. Vad beträffar samtal som ledde till receptföreskrivning eller som gällde provsvar, hade vårdcentralen Teleborg flest. För samtliga övriga samtalskategorier hade vårdcentralen Norr-öster betydligt fler samtal per dag jämfört med vårdcentralen Teleborg.

Under en tvåveckorsperiod i mars, då vi testade metodiken, fann vi likartade förhållanden som under de två studieveckorna i maj.

Åren 1984 respektive 1985 gjordes, under en höstvecka, en kartläggning av telefonsamtalen till mottagnings-sköterskorna på vårdcentralen Dockan, som då hade 39000 invånare i upptagningsområdet. Genomsnittligt noterades 120–130 telefonsamtal per dag. Således var antalet samtal då inte högre än nu, fastän det i upptagningsområdet fanns nästan fyra gånger så många invånare.

Diskussion

Öppen akutmottagning förefaller att radikalt reducera mottagnings-sköterskornas telefonrådgivningsarbete. Således fann vi i denna studie, att antalet telefonsamtal till vårdcentralen med öppen mottagning låg drygt 40 procent under antalet samtal till vårdcentralen utan öppen mottagning. I huvudsak var det de samtal som ledde till läkarbesök som minskade. I någon mån minskade också de samtal som ledde till hänvisning till läkarens telefontid eller till sköterskans mottagning. Där- emot noterades ingen förändring vad beträffar de rena rådgivningssamtalen eller vad beträffar de andra samtal som sjuksköterskan självständigt handlade. Dessa förändringar förefaller såväl logiska som adekvata.

Att vårdcentralen Norr-öster hade så många fler samtal som klassades som "övriga" eller som ledde till "hänvisning till sjukhus eller annan läkare", skulle åtminstone delvis kunna förklaras av att befolkningen i Växjö fortfarande är van att vända sig till den stora centrala vårdcentralen när man har något problem. En annan förklaring till det betydligt lägre antalet hänvisningar på vårdcentralen Teleborg, skulle kunna vara en bättre tillgänglighet, såväl på sköterske- som på läkar- sidan, på denna vårdcentral. De "övriga" samtal utgjorde ungefär en femtedel av samtliga samtal och deras innehåll bör studeras närmare.

Trots att antalet samtal som ledde till läkarbesök var betydligt lägre på vårdcentralen Teleborg, var antalet akuta läkarbesök lika stort på de båda vårdcentralerna (i medeltal cirka 25 per dag). Detta talar för att det är just

förekomsten av öppen mottagning, som lett till det reducerade telefonarbete på vårdcentralen Teleborg.

Självklart måste man reservera sig för det faktum att befolkningsstrukturen är olika i de två upptagningsområdena, men inget talar för att detta skulle kunna förklara vårdcentralen Teleborgs lägre antal telefonsamtal. Även i övrigt finns det naturligtvis en del skillnader mellan de båda vårdcentralerna, såsom exempelvis vårdcentralernas ålder och läge. Ändå är vi ganska övertygade om att just den öppna mottagningen verksamt bidragit till de här påvisade skillnaderna. Ett klart minskat telefontryck var också det klara intrycket omedelbart efter införandet av öppen mottagning på vårdcentralen Teleborg i början av 1987.

När den totala telefonbelastningen minskar bör tillgängligheten per telefon öka. En annan positiv effekt är att sjukskötersketid frigörs för andra uppgifter, som till exempel diabetesmottagning, blodtrycksmottagning, astmamottagning. Således blir mottagnings-sköterskans arbetsuppgifter mera omväxlande. Enligt en undersökning (1) upplevdes arbetet som mycket stressigt och arbetsamt, när telefonrådgivningen upptog mer än 25 procent av arbetsdagen, eller när man hade att ta hand om mer än 40 telefonsamtal per dag.

Jämfört med sex vårdcentraler i Västsverige (1), låg antalet telefonsamtal per tusen invånare per vecka på vårdcentralen Teleborg (31 st) på samma nivå, medan motsvarande siffror för vårdcentralen Norr-öster (54 st) var betydligt högre. På vårdcentralen Teleborg noterades betydligt fler samtal i början på veckan, ett fynd som stämmer väl med andra svenska undersökningar (1,2). På vårdcentralen Norr-öster var samtalen mer jämnt fördelade över veckans vardagar.

Om öppen mottagning leder till en minskad belastning på mottagnings-sköterskorna, så leder den i stället till en ökad belastning på distriktsläkarna (7). Under de första två åren med öppen akutmottagning på vårdcentralen Teleborg ökade antalet läkarbesök med 37 procent. På samma sätt som man vid införandet av kvartersakutmodellen i Stockholm såg över personalbemanningen (8), så bör man naturligtvis titta på såväl tjänstefördelningen som arbetsfördelningen på vårdcentralen vid införandet av öppen mottagning.

Medför då öppen mottagning inga som helst nackdelar? Naturligtvis finns en risk, att patienterna söker allt för frikostigt, att man förlorar en del av den kunskapsförmedling som sjuksköterskorna står för och att modellen i stället befrämjar ett mer hjälplöst och otruggt vårdsökarbete. Frå-

gan är också om innehållet i läkarbesöken förändras till det sämre i och med att man inför öppen akutmottagning. Oavsett hur det förhåller sig med dessa tveksamheter, så framstår det alldeles klart, att patienterna är positiva till den öppna mottagningen (7).

Referenser

1. Marklund B, Bengtsson C. Telefonrådgivning – en omfattande verksamhet på vårdcentralerna. Läkartidningen 1988;85:4226–8.
2. Almer S, Jonasson B. Telefonrådgivning i primärvård. Läkartidningen 1984;81:2155–7.
3. Gran B. Mottagnings-sköterskan – en underskattad resurs på vårdcentralen. AllmänMedicin 1985;6:308–10.
4. Borchgrevink CF, Bruusgaard D. Telefonkonsultation som alternativ till akutpsykiatri. Et försöksprojekt ved Oslo kommunale legevakt. Tidsskr Nor Laegeforen 1981;101:398–401.
5. Kjerstgaard AG, Dane E, Rasmussen OV. Telefonrådgivning fra en skadestue. Ugeskr Laeger 1985;147:1363–4.
6. Marklund B. Medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek. Omfattning, innehåll och utvärdering med särskild tonvikt på vårdcentralernas telefonrådgivning. Göteborg: Allmänmedicinska institutionen, 1990. (Doktorsavhandling)
7. Thorén E, Håkansson A. Öppen mottagning – ingen modenöck. AllmänMedicin 1990;11:201–4.
8. Sjönell G. Från vårdcentral till kvartersakut – en studie i produktivitet och kostnader. AllmänMedicin 1990;11:230–4.

Författarpresentation

Per Andrén, distriktsläkare, vårdcentralen Dockan.

* Anders Håkansson, distriktsläkare, vårdcentralen Teleborg.

• Postadress: Box 5044, 350 05 Växjö.

Familjemedicin i Munkedal

HANS THÖRN

För att allmänmedicinen ska utvecklas innehållsmässigt och fungera i primärvårdens vardag krävs att vi inför ett familjeinriktat synsätt och arbetssätt. Det var min bestämda övertygelse när vi vintern 1990 startade utveckling mot ett familjeinriktat arbetssätt i Munkedal (1). Det är en övertygelse som stärkts ju mer vi kommit in i detta arbete. Vi måste lära oss tänka i termer av sociala system och se sambanden mellan våra egna beteenden och våra patienters. Vi måste arbeta så att våra patienter görs begripliga för oss och för sig själva. Samspelsmönster måste tydliggöras.

Nyckelord: Familjehälsa, familjeterapi, socialt nätverk, utbildning.

Familjeinriktad utbildning

För att nå en bit på väg eller kanske snarare för att se vilka vägar som kan tänkas leda mot detta mål, tog jag sommaren 1989 kontakt med Bernt Andersson och Eli Keller, två utbildare i familjeterapi och systemiskt arbete. Under hösten utformades ett utbildningsprogram med avsikt att bli startpunkt för en utveckling mot arbete med familjer och familjesystem för oss som arbetar inom primärvård och social sektor i Munkedal. Intresset var stort lokalt och deltagare blev distriktsläkare, -sjuksköterskor, -barnmorska och -sjukgymnast. Primärkommunen visade stort intresse och socialsekreterare samt barnomsorgens personal deltog också. Sammanlagt blev vi cirka 30 personer, en heterogen grupp med intresset för arbetssättet gemensamt. Vi arbetar också för samma befolkning. Utbildningen startade våren 1990 med tio utbildningsdagar och fortsatte under hösten med ytterligare sex dagar.

Utbildningens innehåll

Utbildningen är inriktad på att utveckla vår kunskap om nätverk och familjesystem samt åstadkomma förändring av hjälparoll och samarbetsformer. Alla deltagare har blivit berörda och påverkade och har fått tänka över förhållningssätt och arbetsmetoder. Många "gamla sanningar" har granskats och omprövats.

Det handlar om att förskjuta perspektivet från den enskilde individen till individen i ett sammanhang. Det är i sitt sammanhang som individen blir begriplig och kan stöttas till föränd-

ring. Som hjälpare är man inte ensam utan bärs upp av ett professionellt och personligt nätverk. Det är när hjälparen ensam bär den "sjukes" bördor som han riskerar att bli utbränd. Den betalde hjälparen är bara och skall bara vara en parentes i klientens liv, inte den axel som allting snurrar kring.

Som klient/patient är man heller inte ensam utan har ett nätverk och ett sammanhang som speglar, påverkar, bekräftar eller diskvalificerar.

Vår hjälp skall inriktas på att ge patienten/klienten möjlighet att se hur han kan få stöd i sitt eget nätverk. Det vi kallar sjukdom är ofta ett problem som berör många människor. Vi skall ha kontakt med de människor det berör, gärna samtidigt.

Sjukdom och sjukdomsbeteende kan bli begripligt och påverkbart om det ses i ett sammanhang. Utbildningen handlar mycket om hur "det professionella nätverket" kan samverka och samarbeta för att frigöra det "privata nätverket", det vill säga aktivera "enskildas och gruppers egna resurser". Enskilda, familjer och grupper får inte fastna i en evig kretsgång mellan experter som bollar problemen mellan sig.

Ett annat synsätt

Vi är i full färd med att införa ett nytt synsätt på oss själva och våra patienter. Det innebär att vi lärt oss se riskerna med att ta ansvaret från våra klienter/patienterna. Vi har också lärt oss vilka möjligheter till förändring av våra patienters situation vi får genom att behandla individen som en ansvarstagande, jämbördig individ, värd att visas respekt. Jag menar att det traditionella synsättet på läkar/patientförhållandet delvis berövat oss den möjligheten. Experten omyndigförklarar genom att ta över ansvaret. Syftet må vara vällovt – att skydda, avlasta, etc, men effekten blir diskvalificerande. Individen fråntas sitt ansvar, passiviserar och sjukdomsfixeras.

Flera av de "anomalier", det vill säga sjukdomsbeteenden som inte kan tolkas i en biomedicinsk modell är artefakter eller iatrogena effekter. Vi spelar med i ett socialt spel där vi låtsas vara den objektiva iakttagaren. I själva verket är vi subjekt – i lika mån som patienten.

Meningsbyggnaden i det familjemedicinska satsbygget är inte subjekt/predikat/objekt utan subjekt/subjekt/subjekt. Samverkan med våra patienter har inte en riktning eller vektor, utan flera riktningar och framför allt en cirkulär rörelse med återkoppling

mellan subjekten. Satsbyggnaden är dialektisk. Den traditionella satsbyggnaden är däremot linjär, till exempel "Doktorn behandlar patienten", det vill säga en part är aktiv som subjekt medan den andra är passivt objekt och föremål för handlingen. Alla människor, inte minst dem som vi terapeuter ofta betraktar som passiva deltagare, är i själva verket aktörer i den terapeutiska processen och styr vår aktivitet (2,3).

Praktiska erfarenheter

Den förändring av vårt tänkande som pågår genom detta projekt är tillsammans med våra erfarenheter en grund för ett ändrat arbetssätt. Beroende på vilken verksamhet vi kommer från är den praktiska innebörden av förändringsarbetet olika. Samtidigt har vi fått en ny gemensam grund att stå på. Våra samarbetsformer kan utvecklas efter dessa nya premisser. I det vardagliga kliniska arbetet har utbildningen fått många påtagliga konsekvenser.

Vi "vågar mer" nu när vi kan dela ansvaret med våra patienter och kollegor på ett klokare sätt. Vi samråder på ett annat sätt nu. Vi "ser" individernas resurser "bättre" – sammanhangen skingrar dimmorna. Genom att arbeta med familjekartor och nätverkskartor har vi fått bra verktyg för att tydliggöra sammanhangen för oss själva och våra patienter. Denna kartläggning blir sedan en utgångspunkt för vårt sätt att lösa det definierade problemet.

Vi "kan mer" om hur frågor ställs och besvaras eller inte ställs och inte besvaras. Processfrågeteknik är en metod som tränas.

Vad? Var? När? Hur? Vilka var där? Vem/vilka känner till det här? Har det skett någon förändring? Vi nöjer oss inte med "sådär"-svar eller "bara bra"-svar längre. Ja- och nej-svar kan föra framåt men frågorna skall vara avsiktligt formulerade för att besvaras med ja/nej. Svaret får inte bara vara ett undvikande.

- 'Besvärliga terapeuter som slutat humma', tycker kanske en del patienter.

Själva tycker vi att vag och diffus kommunikation måste klargöras om situationer och människor skall bli begripliga. Klargörandet är ett sätt att visa respekt. Även frågor som vi är rädda att ställa måste formuleras och få ett öppet uttryck. Det är svårt och jobbigt men utvecklande. Om man vill åstadkomma utveckling och förändring måste frågorna ställas rätt.

DALBY-DAGARNA 7-8 NOVEMBER 1991

TEMA: REHABILITERING INOM PRIMÄRVÅRDEN

Vi inbjuder härmed befattningshavare inom primärvårdens sjukvård och socialtjänst att inkomma med anmälan om fördrag eller poster samt sammanfattning till årets Dalby-dagar. Föredrag och posters får även behandla andra ämnen än rehabilitering inom primärvården.

Postern har flera fördelar framför allt om man endast skall redovisa en liten detalj inom ett stort medicinskt område respektive endast önskar diskutera ett problem med en liten målgrupp. Dessutom finns fördelar att i posterform redovisa material som innehåller mycket siffror och som man endast med svårighet kan tillägna sig under en kort föredragningssejour. Sammanfattningar till posters och fria föredrag kommer ur kvalitativ synpunkt att bedömas på samma sätt. Vi förbehåller oss rätten att avgöra om en sammanfattning skall redovisas som poster eller fritt föredrag, men självklart kan önskemål lämnas.

Tiden för varje fritt föredrag måste avgränsas till 15 minuter inklusive diskussion.

Sammanfattningen skall skrivas på maskin på ett A4-ark med enkelt radavstånd med en marginal på 30 mm mellan texten och kanten på papperets alla fyra sidor. Tryckningen sker i offset direkt från de insända manuskripten. Följande uppgifter bör vara med:

1. Föredragets titel med stora bokstäver.
2. Eventuell undertitel med små bokstäver.
3. Författare med huvudförfattarens namn först
4. Texten skall lämpligen innehålla
 - a) Inledning/problemställning
 - b) Material och metod
 - c) Resultat
 - d) Diskussion/konklusion

Författarnas titlar och arbetsadresser skall bifogas på ett separat papper.

Sammanfattning av föredraget eller postern skall lämnas **senast den 7 juni till**

Karin Svenninger
Centrum för samhällsmedicin
240 10 Dalby.

DET PRELIMINÄRA PROGRAMMET

Torsdagen den 7 november

Förmiddag: Inledning
Fria föredrag
Symposium: Rehabilitering/aktivering av åldersdementa
Eftermiddag: Postersession
Posterdiskussion

Fredagen den 8 november

Förmiddag: Fria föredrag
Prisutdelning för bästa poster
Symposium: Aktiv rehabilitering av långvarigt sjukskrivna.
Eftermiddag: Symposium: Rehabilitering av missbrukare
– samarbete primärvård/socialtjänst.

Inbjudan till Dalby-dagarna kommer att skickas ut i slutet av sommaren. Deltagaravgiften kommer att vara 300 kronor per person.

Lars Lindholm
docent

Marianne Clapper
vik avdelningschef

Karin Svenninger
byråsekreterare

Bara en början ...

Det känns som om vi är i början av en ny utvecklingsfas av allmänmedicinens innehåll. Detta är ett arbetssätt som kommer att betyda mycket för vår verksamhet. Vi måste arbeta långsiktigt med dessa metoder för att förankra och fördjupa våra kunskaper. Metoderna måste spridas till fler medarbetare i vårt professionella nätverk. Vi måste utveckla våra färdigheter att ta hand om grupper av människor som lever i ett sammanhang. Samtliga deltagande personalkategorier upplever stor nytta av detta arbetssätt. Våra lokala sjukvårdspolitiker har stöttat oss och tycker att inriktningen på familjen är riktig och betydelsefull.

... och sedan

Vår avsikt är att fortsätta utvecklingsarbetet tillsammans med flera samarbetspartners inom vår primärkommun, till exempel äldreomsorg, den lokala företagshälsovården och försäkringskassan.

Många företeelser i denna gemensamma, professionella värld kan inte förstås utan ett systemtänkande. Långa sjukskrivningar kan ofta inte alls förstås i ett begränsat medicinskt sammanhang.

Ett svårt fall ...

Mamman som vill vara hemma för ont i ryggen, har en rygg som vi inte ser något fel på. Vi vet inte varför hon är hemma trots att vi har sjukskrivit henne. Proverna är bra. Kliniskt status ger inga ledtrådar. I vår desperata jakt på organiska fel har vi till och med utfört en datortomografi som visade en helt normal rygg. Det är ju först när vi hittat ett organiskt fel som hon blir begriplig i ett traditionellt medicinskt sammanhang! Visst har vi försökt få henne tillbaka i arbete, men det går ju inte. Hon kommer hela tiden åter. Egentligen vet vi inte varför vi sjukskriver henne.

Med en nätverkskarta fördjupas bilden av kvinnan. Vi ser hennes ursprungsfamilj och kan diskutera förväntningar. Kvinnans egen mamma har ont i ryggen. Hon är 70 år och trött och dålig. Hon har alltid klagat över ont och kräver mycket hjälp.

Kvinnans barn i förskoleåldern vill inte gå på dagis och skolbarnet som går själv hem när mamma jobbar, är ledsen och ensam. När han kommer hem från skolan brukar han krypa ner i mammans säng och ligga och gosa.

Maken är resemonter och borta mycket under veckorna. Han tycker att hustrun gott kan vara hemma. Kvinnans arbete på fabrik är ganska dåligt betalt. Hon har tre mils resväg i vardera riktningen. På arbetsplatsen är det dålig sammanhållning.

En nidsbild av verkligheten? Nej, snarare ett vanligt svenskt kvinnoöde!

Det är naturligtvis inte konstigt att kvinnan håller sig hemma från arbetet. Inte heller konstigt att hon väljer det sätt att klaga som hon lärt sig genom förebilder och genom sociala mönster. Det konstigaste är väl det medicinska och socialförsäkringssammanhang som insisterar på medicinska förklaringsmodeller till denna typ av önskat beteende. Dessa modeller leder ju så ofta in i ett tillstånd av ickeförändring. En social och medicinsk återvändsgränd.

Traditionellt medicinskt rehabiliteringsarbete leder sällan någon vart med den här typen av problem. Ett systemtänkande ger nya öppningar. Själva sättet att beskriva problemet i sitt sammanhang ger många nycklar till lösningen. Patientens och terapeutens förändrade synsätt på sig själv och på sin kompetens kanske är de viktigaste.

Att rita en nätverkskarta och ett tre-generationers diagram är ett enkelt och bra sätt att åskådliggöra för sig själv och för patienten hur sammanhangen runt patienten ser ut (4,5). I det aktuella fallet förenklades arbetet ytterligare av att "väntrums-resursen" mobiliserades, det vill säga kvinnans två barn som satt i väntrummet bjöds in till konsultationen tillsammans med mamman. Väsentliga människor fick tillfälle att säga väsentliga saker till varandra.

Vinster?

Vilken vinst kan vara större än ökad begriplighet och förståelse för processer i möten mellan människor? Naturligtvis finns det ekonomi i detta även vid sidan av ökad förståelse och kunskap. Vi kommer så småningom att få helt andra metoder att handlägga kostsamma kliniska anomalier som Odysseus syndrom, onödiga, långdragna sjukskrivningar och förtidspensioneringar av helt friska människor, som vi medverkar till i så hög utsträckning idag.

Referenser

1. Thörn H. Familjemedicin - innovation eller allmänmedicin i ny skepnad? *AllmänMedicin* 1990;11:97-8.
2. Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. *Change: Principles and problem formation and problem resolution*. New York: Norton, 1974.
3. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton, 1967.
4. Svedhem L (red). *Nätverksterapi*. Malmö: Carlsons Bokförlag, 1986.
5. Crouch M, Roberts L (ed). *The Family in Medical Practice - A Family Systems Primer*. New York: Springer Verlag, 1987.

Författarpresentation

Hans Thörn, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 455 00 Munkedal.

Om hematuri

EINAR BJÖRKELUND

Det hände för många år sedan. Jag ärvde henne som patient efter min vän provinsialläkaren när han avgick. Opara, ensamboende, affärsanställd, 50 år, ville till varje pris skötas hemma. Hade sedan lång tid outhärliga, sporadiska återkommande anfall med buksmärtor. Man fann mikroskopisk hematuri. Därutöver blankt status. En sådan sak är ju allvarlig och skall alltid föranleda grundlig utredning av blödningskällan. Men det ville hon inte. Om hon bara fick en spruta tetrapon mot smärtorna, var hon nöjd. Man fäste sig vid att det alltid var lördag eftermiddag hon ringde och bad mig komma hem och hjälpa henne för sådant anfall. Urologisk utredning vägrade hon konsekvent att gå med på. Då gjorde jag så här:

Först fick patienten själv ta ett urinprov på toaletten utan att tömma blåsan. Därefter gick hon med på att jag tappade ett urinprov. Makroskopiskt såg de likadana ut, men vid mikroskopi som företogs på min mottagning, fann man blod i det kastade men inget blod i det tappade provet. Nästa gång patienten ringde och bad mig komma, upprepades förfarandet - utan att hon anade oråd. Resultatet blev detsamma. Uppenbarligen förelåg en form av bedrägeri, men patienten vägrade erkänna någon handavverkan. Fortsatt "samarbete" var uteslutet och våra vägar skildes.

Följande tiden fick jag många brev, där hon bedyrade sin oförvitlighet och bad om fortsatt "samarbete". Först efter två år kom sanningen fram. Ett brev, där hon öppet och ärligt erkände att hon stuckit sig i ett finger och tillfört en droppe blod till de kastade proven under toalettbesöken. Vad hon var ute efter kan man ju bara gissa sig till.

Ack ja! I det här jobbet kan man inte lita på någonting. Jo, en sak - eget bondförstånd.

Författarpresentation

Einar Björkelund, praktiserande läkare.

Postadress: Bantorget 3, 222 29 Lund.

Prevention – går det att utvärdera?

SVEN-OLOF ISACSSON

Det är viktigt att försöka påvisa effekter av förebyggande program. Ofta kan man med relativt begränsade resurser göra bra utvärderingar bara man lär sig tekniken. Prevention, liksom utvärderingar av olika aktiviteter, bör vara en självklar och integrerad del i primärvårdsarbetet.

Nyckelord: Prevention, utvärdering.

Ett problem som många av oss ställs inför idag i det preventiva arbetet är att många politiker och beslutsfattare och även kollegor vill se effekterna av olika preventiva projekt snabbt avspeglade i form av minskad sjuklighet, vårdkonsumtion eller dödlighet. Mycket gärna också i form av minskande sjukvårdskostnader. Om man har sådana förväntningar blir man lätt besviken. För att bevisa effekter på sjuklighet och dödlighet krävs ofta mycket stora material och studier som pågår under många år. Långvariga studier upplevs ju ofta inte som någon utmaning för den vanlige allmänläkaren. Vi är ju så funtade att vi gärna vill se åtminstone en del av resultaten redan under vår livstid.

Vi glömmer emellertid kanske att många av orsakerna till ohälsa redan är kända. Det finns ingen anledning att komma med ytterligare bevis som endast syftar till att visa sådana samband. Låt mig ge några exempel.

Att rökning orsakar lungcancer och hjärtinfarkt och påverkar den totala dödligheten kräver inga ytterligare studier. Att aldrig röka eller att sluta röka, minskar riskerna – det vet vi och det behöver inte bevisas i nya studier.

Att olycksfall ofta beror på risker i trafik och arbetsmiljö, i samband med idrott eller på faktorer i bostaden är också väl känt. Olika åtgärder har visat sig framgångsrika för att minska skador på grund av olycksfall.

Vaccinationernas betydelse ifrågasätts väl inte, men det förutsätter naturligtvis att människor vaccineras.

Att alkoholmissbruk till slut slår ut individen kan vi väl vara överens om – det behövs inga ytterligare experiment vare sig på människor eller djur.

Kanske ska vi inte glömma de lite större globala perspektiven. Att försöka medverka till att förhindra krig är, inte minst som världen ser ut idag, en viktig angelägenhet. – "Gud förbjude fler experiment!"

Slutligen – det behövs inga studier för att visa varför svältande barn och

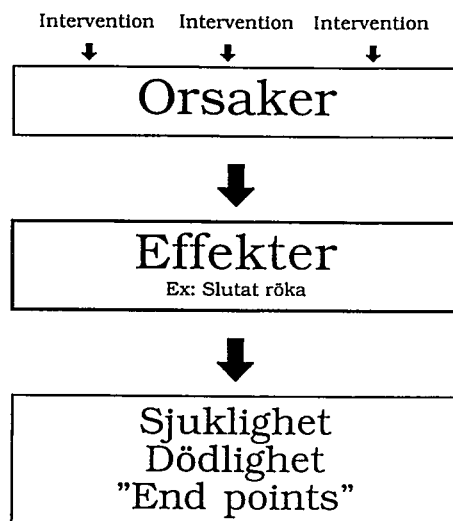
barn som far illa ser ut som de gör. De förebyggande åtgärderna är givna. Några kontrollerade försök krävs inte för att se att näring och omtanke hjälper. Det borde vara en "mänsklig" rättighet för alla barn.

De här exemplen har jag tagit med för att visa att vi redan vet **orsakerna** till mycket lidande och död och därmed också vad som bör göras i förebyggande syfte. Att fortsätta med att syssla med att bevisa det vi redan vet, gång på gång, är som att lägga tid på att uppfinna hjulet. Det är "waste of money" och "waste of time" – och ingen blir särskilt imponerad.

Andra sjukdomsmått än sjuklighet och dödlighet

När det gäller prevention i vårt vardagliga arbete handlar det sällan om att visa effekter på sjuklighet och dödlighet. Om vi känner till orsakerna gäller det i stället att på något sätt försöka påverka **risken** att bli sjuk eller dö i förtid. Vi måste nöja oss med att studera andra effekter än minskad sjuklighet och dödlighet för att själva hinna se resultaten under vårt eget korta liv.

Utgående från goda kunskaper (ofta från bra **epidemiologiska studier**) om orsak och verkan måste vi känna till människors **kunskaper, attityder och beteenden** samt **teorier om eller metoder** för hur intervention kan genomföras – till exempel social inlärning, diffusionsteorier, "social marketing" eller "community development organization". Kunskaperna om **orsaker, innehåll och metoder** är nödvändiga om förebyggande program skall kunna genomföras och utvärderas.



Figur 1. Andra mått än sjuklighet och dödlighet måste i regel användas vid utvärdering av förebyggande program.

Det vi måste nöja oss med i de flesta program är att studera olika effekter av interventionen till exempel inverkan på rökvanorna, det vill säga på ett beteende och *inte* effekter på sjuklighet och dödlighet (Figur 1).

Vi måste utgå från att om vi kan påverka sådana mellanliggande variabler – kommer de att ha betydelse på sikt även för sjuklighet och dödlighet (så kallade hårda end-points). Det vi är intresserade av är väl närmast sådana saker som:

- Hur påverkar vi kostvanorna eller alkoholvanorna?
- Hur kan vi förbättra arbetsmiljön?
- Hur kan vi förbättra trafikmiljön?
- Hur kan vi förbättra "compliance"?

Det finns faktiskt rätt stora kunskaper idag om hur vi kan gå tillväga. Jag tänker nu gå igenom olika typer av studier och ge konkreta exempel – ofta exempel som jag tror många har hört talas om och som anknyter till de olika metoderna för utvärdering.

Välj rätt utvärderingsmetod

Det är viktigt att välja rätt utvärderingsmetod utgående från en väl genomtänkt frågeställning. I korthet finns det tre metoder:

- I Experimentella studier
- II Kartläggningar
- III Processutvärderingar

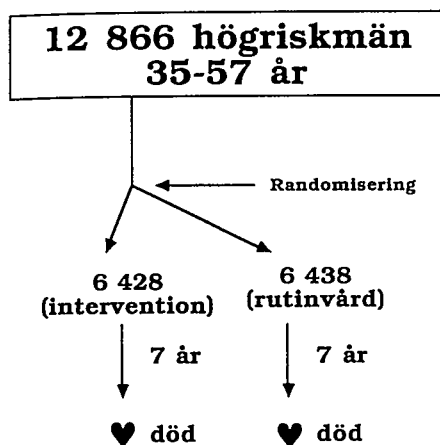
Ad I – Experimentella studier

Den experimentella studien syftar till att visa att en viss, definierad typ av åtgärder man vidtagit (och inga andra!) förklarar utfallet av interventionen. Typexemplet är den randomiserade studien där man har en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Det kan vara individer eller enheter (vårdcentraler) som utgör målgruppen. Viktigt här är att grupperna hålls isär, så att de inte kontaminerar varandra.

Ett exempel på en mycket stor experimentell studie är MRFIT – den stora riskfaktorinterventiva studien som syftade till att förebygga död i hjärtinfarkt i USA. Där ingick 12.866 män i åldrarna 35–37 år med hög risk att få hjärtinfarkt. Studiens uppläggning framgår av Figur 2.

De här männen randomiserades så att varannan skulle delta i ett intervenerat utbildningsprogram under sju års tid (interventionsgruppen) och varannan få vanligt rutinhändertagande av sin ordinarie läkare. Efter sju år jämfördes effekterna i form av död i kranskärslsjukdom men inga signifikanta skillnader kunde påvisas mellan de två grupperna (1). Trots att man kunde påvisa markanta effekter på rökvanor, i viss mån också på blodfet-

MRFIT – Multiple Risk Factor Intervention Trial



Figur 2. Exempel på en stor experimentell studie.

ter och blodtryck, kunde man inte påvisa några signifikanta effekter på dödligheten i kranskärslssjukdom.

En av förklaringarna är med all säkerhet, att kontrollgruppen ändrade sin risk nästan lika mycket som experimentgruppen. En annan – kanske minst lika viktig – är att studien pågick för kort tid. I JAMA redovisades nyligen 10.5års-uppföljningen av samma material och den visade nu en signifikant lägre total dödlighet i interventionsgruppen och också en signifikant lägre dödlighet i kranskärslssjukdom (2).

I mammografistudien i Malmö – en randomiserad studie som syftade till att testa hypotesen att kallelse till mammografiscreening kunde påverka dödligheten i bröstcancer – deltog 42.000 kvinnor under genomsnittligt 8.8 år (3). Efter denna uppföljningsperiod fanns inga påvisbara effekter av screeningen på bröstcancerdödligheten. Uppföljning under längre tid har i andra studier visat signifikanta effekter på dödligheten i bröstcancer (4). Det har alltså tagit lång tid innan effekten blivit klart påvisbar.

Exempel på andra experimentella studier är tre projekt som jag och mina medarbetare genomförde inom primärvården i Skaraborgs län på 1970-talet. Vi utgick från en enkel hälsokontroll, som tog 10 minuter, där vi kunde identifiera en grupp rökare i Mariestad, en grupp med övervikt (grundat på BMI) i Skara och en grupp fysiskt inaktiva män och kvinnor i åldrarna 25–40 år i Karlsborg (5). I alla tre studierna randomiserades individerna till tre olika grupper: en grupp som inte erhöll någon intervention, en grupp som fick begränsad och billig intervention och en grupp med mer omfattande och därmed också dyrbar intervention. Försöken pågick under sex månader. Det gick att påvi-

sa högst signifikanta effekter på både rökvanor, vikt och arbetsförmåga (mätt med testcykel) med den mera omfattande interventionen, men däremot inte med den mindre omfattande. Man kunde vidare påvisa en betydande spridning av effekterna av rökinterventionen – de som deltog i det mer omfattande programmet påverkade många andra, inom familjen och på arbetsplatsen. Ytterligare sex månader senare, efter det att försöket avbrutits, gjordes en uppföljning av bland annat överviktsgruppen och då var vikten åter på väg upp.

Förebyggande program måste pågå länge och de måste passa in i det samhälle vi lever i om det ska överleva och spridas.

Ibland går det inte att genomföra ett strikt kontrollerat experiment. Det kan vara omöjligt eller opraktiskt att inom ett landsting randomisera enheter att delta i ett program. Många vill kanske inte. Man kan då använda sig av en kvasiexperimentell modell (Tabell I) vilket innebär att randomisering ej gjorts, men för övrigt följer den samma regler som det randomiserade experimentet med mätningar före och efter. Interventionsgruppen utsätts här för programmet, men inte jämförelsegruppen. Ett exempel är vårdprogram för högt blodtryck i Skaraborgs län. Det här projektet lades upp av Göran Berglund, Lars Rydén och mig själv som en kvasiexperimentell studie.

Blodtrycksvården organiserades om drastiskt på vårdcentralerna i en del av kommunerna, där förutsättningen till förändring var god.

Framför allt skulle sjuksköterskorna spela en mycket aktiv roll i omhändertagandet av blodtryckspatienterna. Lennart Råstam, som senare dispute-rade på vårdprogrammet, kunde efter fem år påvisa ett signifikant förbättrat blodtrycksläge hos dem som behandlats i vårdprogramområdet jämfört

med dem som behandlats i kontrollområdet – en effekt som tillskrevs ett bättre organiserat omhändertagande (6). Utvärderingen av den här studien gjordes efter fem år och syftet var i första hand att studera programmets effekter på blodtrycksläget, i andra hand på sjuklighet och dödlighet. Värde av den här studien tror jag har varit en ökad förståelse för betydelsen av att bättre organisera omhändertagandet av vissa patientgrupper, för att därigenom på sikt minska riskerna för komplikationer. Kvasiexperimentet är ofta lättare att genomföra praktiskt och etiskt än det randomiserade försöket och går också lättare att generalisera, men tolkningen av resultaten är svårare än i de randomiserade experimenten.

Ad II – Kartläggningar

Låt oss lämna de experimentella studierna och ägna oss åt olika typer av kartläggningar.

Vi tänker oss att vi vid en viss tidpunkt vid en hjärtintensivvårdsavdelning vill ta reda på vilka komponenter i ett utbildningsprogram vi använt under en period som efter utskrivningen leder till bästa kunskaper om hur man själv på bästa sätt ska kunna sköta sin hälsa i fortsättningen. I det här tänkta exemplet har vi använt oss av två typer av utbildningsinsatser – dels en broschyr och dels individuell undervisning av en specialutbildad sjuksköterska. För att kontrollera kunskaperna använder vi ett frågeformulär med hög reliabilitet och validitet.

Vi finner att vissa patienter uppvisar hög och andra låg kunskapsnivå (Tabell II). Det märkliga är att en större andel av dem som uppvisar hög kunskapsnivå har fått broschyrer och mindre andel sjuksköterskeundervisning än gruppen med låg kunskapsnivå. Det stämmer inte riktigt med våra teorier om att en individuell undervisning borde ge bättre kunskaper än en broschyr som man läser på egen hand. Gör man däremot om analysen

Tabell 1. Exempel på kvasiexperimentell studieuppläggning.

Grupp	Före	Utsätts för programmet	Efter
1. Intervention	X	Ja	X
2. Jämförelsegrupp	X	Nej	X

Tabell 2. Exempel på kartläggande studier: Kunskapsnivå och typ av patient-utbildning (hjärtinfarktpatienter) (12).

Kunskapsnivå	Utbildningstyp	
	Patienter som fått broschyr (%)	Patienter som fått undervisning (%)
Hög	55	45
Låg	45	55

Önskas demonstration av Accupro
24-timmarskoncept, kontakta någon
av våra produktspecialister.



Hög tid för en blodtryckssänkare med kort halveringstid och 24-timmars effekt.

Accupro (quinapril) är en ny ACE-hämmare för behandling av högt blodtryck. Accupro kan användas då behandling med diuretika eller betareceptorblockerare ej givit adekvat effekt eller är olämplig.

Halveringstiden för Accupro är endast 3 timmar efter upprepad dosering. Ändå ger Accupro doserat en gång per dag, god blodtryckssänkande effekt under 24 timmar. (1)

Accupro har god effekt vid alla grader av hypertoni. Den blodtryckssänkande effekten är likvärdig med den för enalapril och captopril. (1)

Kliniska studier innefattande 1.405 hypertoni-patienter som behandlats med Accupro i monoterapi har visat att biverkningsfrekvensen är låg och oberoende av dos. Huvudvärk är det vanligaste förekommande symptomet. (2)

För mer detaljerad information, se FASS
(Tabletter 5, 10, 20 mg)

ACCUPRO

ACE-hämmaren med kort halveringstid
och 24-timmars effekt.

Referenser

1. Frank GJ et al. Overview of quinapril, a new ACE-inhibitor. J Cardiovasc Pharmacol 1990;15(suppl 2):s 14-23.

2. Knapp LE et al. The safety and tolerability of quinapril. J Cardiovasc Pharmacol 1990;15(suppl 2):s 47-55.

PARKE-DAVIS 08-7647840

och samtidigt tar hänsyn till tidpunkten för de två utbildningsinsatserna, blir bilden en annan (Tabell III).

Nu finner vi att det var den sena interventionen, som förklarar den högre kunskapsnivån och där hade en stor andel fått individuell undervisning. I gruppen med låg kunskapsnivå hade inte mindre än 50 procent fått individuell undervisning, men för tidigt i efterförloppet. Det här exemplet visar vikten av en bra teori när man tänker utvärdera ett program – i detta fall patientutbildning. Om man inte i uppläggningsen av den här studien inkluderat tidpunkten för de två interventionstyperna, hade tolkningen blivit felaktig och risken stor för att man i fortsättningen satsat på fel utbildningsinsats.

För att få ut så mycket som möjligt av tvärsnittsstudier av detta slag, kan man använda sig av mer eller mindre kraftfulla statistiska metoder. Vi kan använda oss av univariata – eller som i mitt exempel, bivariata metoder. Ofta använder vi också multivariata metoder, men det är då viktigt att vi har en teori om vilka variabler som är relevanta och som bör inkluderas i analysen. Det får inte handla om något fiskafänge.

När det gäller tekniken för att göra olika typer av slumpurval, finns denna väl beskriven i olika läroböcker.

En annan typ av kartläggning, som jag personligen tycker är mycket spännande, är de analyser som man kan göra av redan inträffade händelser.

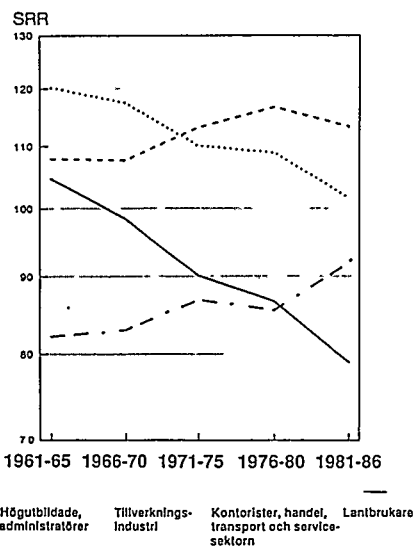
Hur skall vi förklara den kraftigt ökande medellivslängden under de senaste åren? Jag är själv förvånad över den drastiska ökningen som skett. I boken "Liv och hälsa" av författarna Carlsson, Arvidsson, Bygren och Werkö (1979) konstateras att "läget för de närmaste två-tre årtiondena kommer att vara relativt stabilt och att några

förskjutningar i dödlighet och sjuklighet är osannolika" (7). Verkligheten ser emellertid annorlunda ut (Tabell IV).

Den återstående medellivslängden vid födelsen har alltså ökat under de allra senaste åren och intressant är att det framför allt är åldrarna över 65 år som bidrar till denna ökning. För att utvärdera effekterna av denna intressanta utveckling, måste man försöka ta reda på vilka dödsorsaker som minskat samt orsakerna till denna nedgång. Det mesta talar för att nedgången framför allt gäller cirkulationsorganens sjukdomar, särskilt då hjärtinfarkt, annan ischemisk hjärtsjukdom och slaganfall. Kunskap om olika faktorerens betydelse för dessa dödsorsaker – rökvanor, högt blodtryck och olika psykosociala faktorer – får sedan utgöra utgångspunkt för beräkningar av vilka förändringar som betytt mest. Kanske finner man då att en viss nedgång i slaganfallen kan tillskrivas förbättrat blodtrycksvård, resten sannolikt andra faktorer.

Vi har i noggrant genomförda studier på 68-åriga män som vi följt under några år, klart kunnat visa, att brister i det sociala stödet och det sociala nätverket förklarar nästan lika stor del av överdödligheten som rökning och högt blodtryck (8). Förändringar i rökvanor förklarar sannolikt en betydande andel av nedgången i hjärtinfarktsdöd.

Nedgången har inte skett homogent i hela befolkningen. Diderichsen har nyligen analyserat nedgången i hjärt-kärl dödlighet i olika yrken (Figur 3) och funnit att under perioden 1961–1986 skedde en minskning i dödligheten bland professionella, administrativa samt kontors-, handels- och serviceyrken, under det att en ökning skedde för anställda inom tillverkningsindustri, jordbruk och skogsbruk (9).



Figur 3. Direkt åldersstandardiserad dödlighet i alla dödsorsaker (rate-ratios) bland svenska män 45–64 år gamla. Log skala. Alla män 1981–86 i åldrarna 45–64 år = 100 (9).

Det är viktigt med en bra teori för utvärdering om man ska hamna rätt i det fortsatta preventiva arbetet! Fördelen med kartläggningsstudier är att de inte kräver omfattande experiment och ofta är relativt billiga att genomföra. Nackdelarna är att de inte säger något säkert om orsakssambanden.

Ad III – Processutvärderingar

En annan typ av utvärdering som diskuterats mycket på senare tid är processutvärderingen. Den bygger på principen att försöka ta reda på vad som händer när man genomför ett förebyggande program samt varför! Processutvärderare tittar in i den "svarta lådan". Experimentatorn tar reda på hur det ser ut före och efter, men frågar sällan efter processerna på vägen till målet. Vid processutvärderingarna anpassar man sig hela tiden till nya situationer och erfarenheten återanvänds och pumpas in i processen. Man försöker lära av vad man iakttar och successivt förändra processen i syfte att nå ett givet mål – exempelvis som i vårt folkhälsoprojekt i Malmö, Kirsebergsprojektet (10). Här syftar vi till att inom ett antal år minska alkoholkonsumtionen och alkoholrelaterade sociala och medicinska konsekvenser. Naturligtvis ingår här även effektstudier av olika slag, men en viktig ingrediens är processutvärderingen. I korthet kan man säga att "processutvärderingen bidrar med en bedömning av hur ett program har genomförts och vilka interventionsaktiviteter som bidragit under olika betingelser, av vem och till vilken del av befolkningen och vilken grad av insatser".

I processutvärderingen kan fyra viktiga komponenter identifieras:

Tabell 3. Exempel på kartläggande studier: Kunskapsnivå och typ av patient-utbildning samt tidpunkten för utbildning (12).

Kunskapsnivå	Tidig intervention		Sen intervention	
	Broschyr (%)	Undervisning (%)	Broschyr (%)	Undervisning (%)
Hög	5	25	50	20
Låg	15	50	30	5

Tabell 4. Exempel på kartläggande studier av redan inträffade händelser: Återstående medellivslängd för födelsen.

	Återstående medellivslängd vid födelsen	
	Män	Kvinnor
1981–85	73,6	79,5
1989	74,8	80,6
	+1,2	+1,1

1. **Nätverksanalys** – som syftar till att spåra hur kommunikationen sprids i samhället. Här används intervjuer med exempelvis nyckelpersoner, representanter för skolor och arbetsplatser.
2. **Studier av programexpositionen** – syftar till att ta reda på vilka det är som deltar i arbetet. Detta kan studeras med till exempel kontaktkort för att registrera hur ofta någon deltar och i vilken aktivitet.
3. **Programmets accepterbarhet** – studeras genom intervjuer med eller enkäter till olika målgrupper och till dem som arbetar med förändringsarbetet.
4. **Studier av indikatorer på att målgruppen själv tar över programmet** – är något annat än studier av programexpositionen. Denna analys syftar till att se till vilken grad programmet genomförs på basen av människors egen förmåga. "Varför deltar man" – "Hur deltar man"?

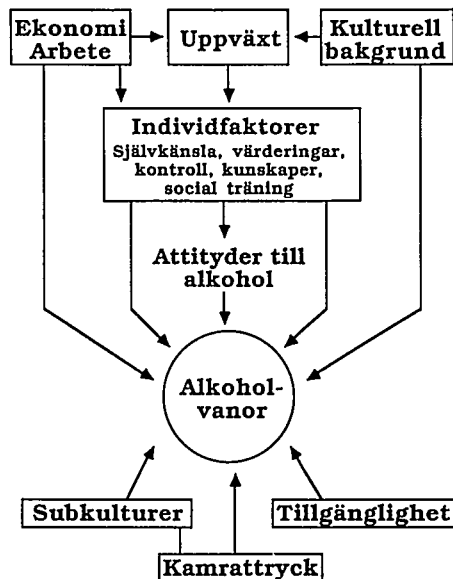
Processutvärdering är nära knutet till aktionsforskning. Forskaren är kraftigt involverad i de olika aktiviteterna, vilket naturligtvis innebär problem i utvärderingen om man vill se vad programmet i sig åstadkommit – inte vad forskaren som person betytt.

Fördelarna med processutvärdering är att man kan inkludera en stor mängd variabler och frågeställningarna kan omformuleras och raffinerats under resans gång. Nackdelarna är tolkningsproblem, etiska överväganden och låg reliabilitet. I verkligheten använder man sig ofta av mer än en modell för utvärdering. Kombinationer av effekt och processutvärderingarna blir allt vanligare. Men om man utgår från väl definierade frågeställningar så är ingen utvärdering meningsfull om den inte bygger på en bra teori.

Dålig teori – dålig forskning

En bra teori innebär att man är påläst och att man har egna erfarenheter och kunskaper om de faktorer som skulle kunna ha betydelse för utfallet av ett preventivt program. Som jag påpekat tidigare, om vi inte har en bra teori vet vi inte vilka variabler som ska inkluderas eller hur olika samband kan se ut logiskt. Följande exempel får illustrera vad jag menar (Figur 4).

Frågeställningen i det här exemplet är vilka faktorer som kan förklara ungdomars alkoholvanor. Det finns en mängd faktorer i den sociala omgivningen – kulturella traditioner, ekonomi, uppväxt och tillgänglighet – liksom individfaktorer såsom självkänsla, värderingar och möjligheter att kontrollera sitt liv. De här faktorerna har via olika vägar betydelse för alkoholvanorna. Om jag nu vill gå in och genomföra ett preventivt program



Figur 4. Exempel teoriram.

inom ett begränsat område – exempelvis försöka minska tillgängligheten genom att öka priset eller höja åldersgränsen för inköp – är det viktigt att känna till andra faktors eventuella betydelse för utfallet innan man lägger upp sin studie. Av den här modellen förstår vi också att orsakerna till ett visst beteende ofta är flera. Vid utvärderingen gäller då att försöka ta reda på vilka faktorer som förklarar utfallet.

Vilka effektmått kan användas?

Slutligen något om de effekter vi hoppas kunna studera om vi noggrant genomför ett preventivt försök. Effektmåtten kan indelas i fem olika grupper:

1. **Kliniska och epidemiologiska mått** – exempelvis mått på sjuklighet och dödlighet, sjukfrånvaro, serumkolesterol eller blodtryck.
2. **Subjektiva mått** – till exempel livskvalitet och välbefinnande som kan studeras med olika instrument, som till exempel Nottingham Health Profile, grad av självkänsla etc.
3. **Beteende** – exempelvis förändring av matvanor, rökvanor, alkoholvanor och fysisk aktivitet eller regelbunden självundersökning av bröstten.
4. **Intermediära faktorer** – mått på uppmärksamhet avseende ett visst program, kunskaper, attityder och värderingar.
5. **Indirekta mått** – exempelvis uppgifter om hur många broschyrer som gått åt i ett visst program, människors villighet att delta i cancerscreening eller lärares intresse för att delta i en kurs om nya sätt att motverka knarkmissbruk.

Beroende på frågeställningar, ambitioner, resurser och tid för genomfö-

randet av ett program, får man i varje enskilt fall göra en bedömning av vad man kan och behöver mäta. Förutsättningen är givetvis alltid att ha grundlig kunskap om vad ett visst effektmått verkligen står för.

Prevention – är det lönsamt?

Till slut vill naturligtvis politikerna gärna se att det preventiva programmet lönar sig. Tyvärr är det så – att trots att det idag finns ganska bra hälsoekonomiska metoder, är det få ekonomer som intresserat sig för analyser avseende vinster eller kostnader för preventiva program, särskilt primärpreventiva. De flesta hälsoekonomer har ägnat sig åt att analysera den tunga sjukvården – diagnostik, behandling och rehabilitering. Det är synd för jag tror vi skulle behöva många fler studier inom det preventiva området och att detta skulle bidra till bättre förståelse för preventionens värde. En engelsk hälsoekonom, Allan Williams, hör emellertid till dem som försökt se prevention och behandling i ett större sammanhang. I Sverige har bland andra Måns Rosén intresserat sig för de hälsoekonomiska aspekterna på prevention och fått fram vad det kostar att rädda ett levnadsår (Tabell V) (11).

Som vi ser hävdar sig läkarens råd om rökstopp mycket väl vid jämförelse med exempelvis behandling för högt blodtryck eller en hjärttransplantation. Kanske är det så att prevention lönar sig och att det går att visa att så är fallet genom utvärderingar på lika villkor?

Avslutande synpunkter

Det finns många intressanta frågor som jag inte har hunnit beröra. Hit hör metaanalyser av redan genomförda studier och studier av eventuellt negativa effekter av förebyggande program, exempelvis oro, ångslan och frustration.

Prevention – går det att utvärdera? Jag hoppas jag visat att det går, men naturligtvis krävs samma vetenskapliga noggrannhet som i annan forskning (12). Problemet är att det ofta är svårare – betydligt svårare än vid kliniska prövningar av olika läkemedel – men enligt min mening ofta viktigare. Det är emellertid naivt att tro att allting går att bevisa. I regel får vi nöja oss med indicier, sunt förnuft och bästa möjliga omdöme och våga göra något – det vill säga samma metod vi alla läkare använder dagligen i vårt vanliga patientarbete!

Referenser

1. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Coronary heart disease death, nonfatal myocardial infarction and other clinical outcomes in the multiple risk factor intervention trial. *Am J Cardiol* 1986;58:1-13.

Tabell 5. Vad kostar det att rädda ett levnadsår?

Åtgärd	Kostnad i kronor/vunnet i levnadsår	
1. Läkares råd om rökstopp	M	4 100 kr
	Kv	12 800 kr
2. By-passoperationer (svår angina + vänster kammare)		25 400 kr
3. Behandling av högt blodtryck med läkemedel (>105 mm)		72 600 kr
4. Behandling av högt blodtryck med läkemedel (95–104 mm)		141 800 kr
5. Hjärttransplantationer		210 000 kr

1985 års prisnivå.

- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Mortality rates after 10.5 years for participants in the multiple risk factor intervention trial. *JAMA* 1990;263:1795–1801.
- Andersson I, Aspegren K, Janzon L et al. Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmö Mammographic Screening Trial. *Br Med J* 1988;297:943–8.
- Chu K, Smart C, Tarone R. Analyses of breast cancer mortality and stage distribution by age for the Health Insurance Plan Clinical Trial. *J Nat Cancer Inst* 1988;80:1125–32.
- Isacsson S-O, Söderby E-M et al. Kan "soffliggaren" aktiveras? *Soc Med Tidskr* 1976;4:276–81.
- Råstam L. Vårdprogram för högt blodtryck. Ett försök med strukturerad hypertoniavård i Skaraborgs län. Skövde: Hälsovårdsenheten, Kärnsjukhuset, 1983. (Akademisk avhandling).
- Carlsson G, Arvidsson O, Bygren L-O, Werkö L. Liv och hälsa. En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige. Stockholm: Liber Förlag, 1979.
- Hanson BS, Isacsson S-O, Janzon L, Lindell S-E. Social network and social support influence mortality in elderly men. The prospective population study of "Men born in 1914", Malmö, Sweden. *Am J Epidemiol* 1989;130:100–11.
- Diderichsen F. Health and social in-

equities in Sweden. *Soc Sci Med* 1990;31:359–67.

- Hanson BS, Larsson S. Kirsebergsprojektet – ett folkhälsoprojekt i en stadsdel i Malmö. *Soc Med Tidskr* 1990;3:144–50.
- Rosén M, Lindholm L. The neglected benefits of life style interventions. Paper presented at the Second World Congress on Health Economics, Zürich, Switzerland, September 10–14, 1990. Sundbyberg: Institutionen för socialmedicin, 1990. (Stencil).
- Tones K, Tilford S, Robinson YK. Health Education. Effectiveness and efficiency. London: Chapman and Hall, 1990.

Författarpresentation

Sven-Olof Isacsson, professor i socialmedicin/överläkare vid institutionen för klinisk samhällsmedicin.

Postadress: Lunds universitet, Malmö allmänna sjukhus, 214 01 Malmö.

Familjeinriktat arbete för allmänläkare

Våren 1992 startar en kurs i familjeinriktat arbete för allmänläkare omfattande teori, övningar och tillämpning av grundläggande familje- och systemteoretiska begrepp och tekniker i och för allmänläkarens värld. Kursen kommer att löpa under 3+2+2 dagar med en praktikperiod däremellan.

Kursort: Stockholm
Kurskostnad: 6.900 kronor
Kursledare: Bernt Andersson, Eli Keller, familjeterapeuter och utbildare
Hans Thörn, distriktsläkare

Information av och intresseanmälan till:
Andersson & Keller
Rosenlundsgatan 29, 118 63 Stockholm
Tel 08-669 10 63

eller
Hans Thörn
Vårdcentralen
455 00 Munkedal.
Tel 0524-114 00

Ytterligare information i AllmänMedicin under hösten.

Stiftelsen Gävleborgs Allmänläkarfond

Stipendium 10.000 kronor

Medel kan sökas för forsknings- eller utvecklingsprojekt, utbildning eller studieresa. Berättigad att söka är allmänläkare verksam för närvarande eller tidigare under minst fem år i Gävleborgs län och blivande allmänläkare i Gävleborgs län.

Ansökan sker på fastställt formulär, som kan rekvireras från sekreteraren, Läkarhusets HC, Staketgatan 32, 803 11 Gävle.

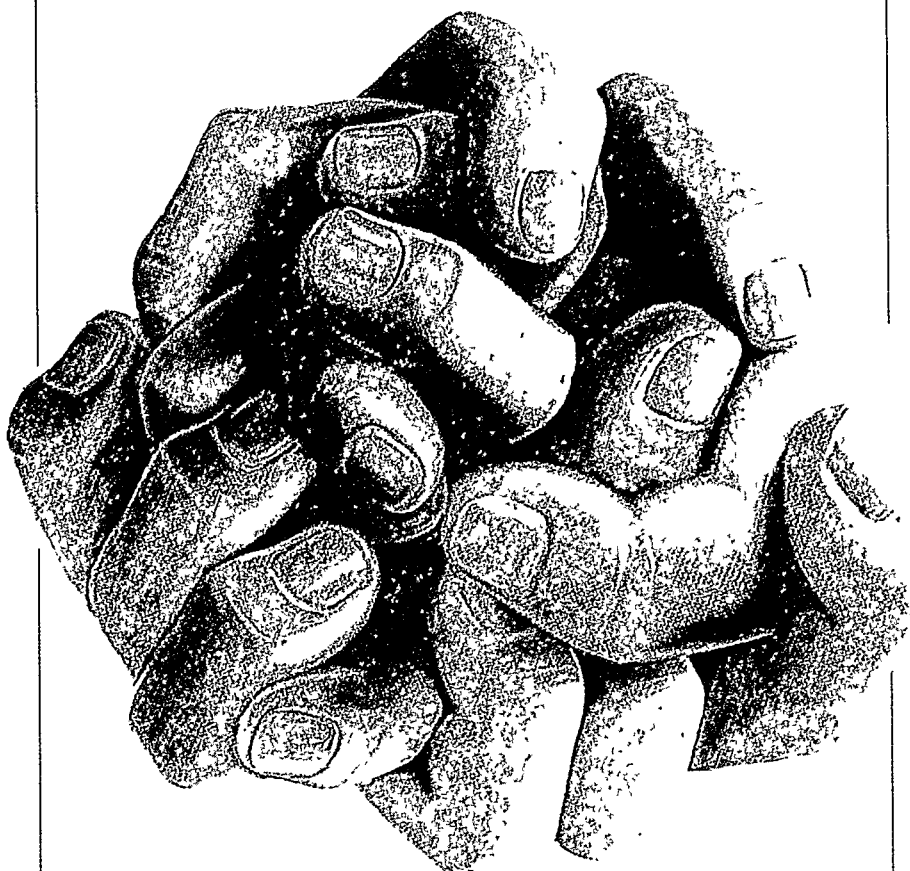
Stiftelsens styrelse är stipendiekommitté och fördelar årets medel till en eller flera sökande.

Ansökan sändes till sekreteraren, adress som ovan, senast den 15 september 1991.

Mats Ribacke
Sekreterare

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 intermitterande. 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.



... och doktorn kom – Del 3

En kvinnlig provinsialläkare bläddrar i minnenas bok

MÄRTA PALMBORG

Frihet eller döden

Höstens älgjakt var ett säkert förebud till den långa vintern, som ofta innebar rikligt med snö och sträng kyla. Snön och halkan tycktes varje år komma lika oväntat och överraskande. När det en natt kom telefon om en gammal kvinna, som blivit hastigt sjuk, gällde det snabbutrykning och då kom snabbblänkar, skyfflar och sandsäck i bagagefacket till användning. Doktorn hann fram. Medan stetoskopet ännu vilade på den gamla kvinnans bröst upphörde hjärtslagen. En djup suck och de färade anletsdragen slätades ut. Händerna, som vittnade om ett strävsamt liv på det lilla skogstorpet, knäpptes varsamt över bröstet och psalmboken lades under hakan. Doktorn var ensam med den gamle mannen, hon mötte hans lugna blick och följde tårarna, som badade sig väg utför kinderna. Tystnaden bröts av den gamles ord: "Vill doktorn hjälpe maj te flötte in na i rumme?" När de burit in sängen och stängt dörren, började den gamle städa upp och flytta några stolar i den lilla kammaren innanför köket. Han föreföll djupt försjunken i sina tankar men blev så varse doktorn. "Dä blir liksom bättre öm plass nu. Dä har allti vore trangt för oss bägge i kammern."

Detta var bara en av de många stilla och värdiga dödsbäddar i hemmen, som doktorn fick närvara vid.

Även denna natt följdes av en helt vanlig mottagningsdag. Först av alla var en ängslig mor med en månads-gammal flicka, som hostat hela natten och hållit de nyblivna föräldrarna vakna. Samma mor skulle göra många besök på mottagningen för att stilla sin oro tills hon blev helt övertygad om att barnet var friskt och förtjusande att se på! Finns det något sötare än ett ro-sigt, välskött spädbarn? När doktorn höll henne i sina armar tänkte hon på nattens sjukbesök och erinrade sig texten på den gamla väggbonaden:

"Gråtande föddes du, omgiven av leende
lev så att du leende dör, omgiven av gråtande."

Långt uppe i en liten skogsby bodde en märklig man. När han första gången sökte på mottagningen var det nog mest för att se på den nya doktorn.

Det var känt i bygden, att den gamle mannen brukade ströva omkring i skogarna runt hemmet, men sommardag alltid barfota för att inte skada växter och djur. Han kunde i timmar sitta och studera småkrypen i mossan eller följa upptrampade stigar

i hopp om att få möta älg eller rådjur. Ibland sov han ute i skogen och han berättade att det roade honom när grannarna blev oroliga om det inte lys-te i stugan på kvällen. Med glimten i ögat tillade han: "Di ä pocka å ut te å lete ätter maj, men di törs allri gå ena i skogen når dä ä mörkt, utta minst tie öt gangen".

En regnig höstkväll kallades doktorn till det lilla torpet. Man hade funnit honom våt och nerkyld under en gran. Han låg nu på en filt på golvet i det kalla köket och ingen av grannarna hade vågat elda i den gamla vedspisen. Över det runda köksbordet hängde en stark glödlampa och där stod en modern skrivmaskin omgiven av mängder med papper och böcker. På väggen över köksdörren stod det prydligt textat i stora bokstäver "FRIHET ELLER DÖDEN". Med det valspråket för ögonen hade han framlevt sina dagar i ensamhet. Han tvingades nu att acceptera ett omhändertagande på sjukhuset, men när friheten berövades honom mötte döden som en befriare.

Samhällsförändringar

Doktor Borg hade under sina tjugo år som provinsialläkare på den värm-ländska landsbygden varit med om stora och genomgripande förändringar i samhället – kommunsammanslagningen, centraliseringen av kommunens skolor och åldringsvård, telefon-nätets automatisering – men hon hade lärt sig att leva med dem. Kanske kändes förlusten av de många och små telefonstationerna mest smärtsamt. De var viktiga utposter inom sjukvården ute på landsbygden och det fanns inga gränser för deras hjälpsamhet!

Även inom sjukvården blåste förändrigheten kalla vindar. De statliga provinsialläkarna överfördes till lands-tingen och 7-kronorsreformen genom-fördes. Doktor Borg erfor att den en-skilde läkarens möjligheter att behålla den sjukvård som anpassats till lokala förhållanden inom distriktet successivt minskade och hon motsatte sig in-skränkningar i provinsialläkarens rätt att göra hembesök, en viktig länk i det mångfacetterade arbetet. Det fanns också långt gångna planer på omorga-nisation av jourtjänsten med inrättan-de av jourcentraler och flerläkarsta-tioner i anslutning till sjukhusetn. By-råkratin hotade att på ännu ett områ-de i samhället ta död på melodin i verksamheten!

Doktor Borg, som närmade sig pen-sionsåldern, såg med oro fram mot

den dag (årsskiftet 1972-73) då även provinsialläkarväsendet i Sverige skul-le upphöra efter att ha bestått i mer än 200 år och beslöt sig för att lämna sin tjänst i Sätra.

De guldkantade åren som provinsi-alläkare i Värmland var därmed till ända – kanske är det i minnenas ljus de fått sin rätta lyskraft.

Avsked

Känslan av samhörighet med bygden kom till sitt starkaste uttryck när dok-tor Borg efter sexton år lämnade sin tjänst och avtackades i kyrkan annan-dag jul efter högmässan. Klädd i sin hembygdsdräkt kom hon tillsammans med sin familj och möttes på kyrktrap-pan av kyrkvårdarna. Framme vid al-taret mottog hon en underbar bukett med sexton skära rosor och till famil-jen överlämnades en oljemålning ut-förd av en känd värm-ländskonstnär föreställande torpet med inskriptionen "Gåva av bygdens folk". Stående i bänkarna sjöngs därefter "Ack Vär-meland du sköna, du härliga land ...". Hur många provinsialläkare förunnas det att bli avtackade under så högtidli-ga former tänkte en rörd doktor!

I ett avsked ligger alltid ett visst mått av vemod, men kan också inrym-ma stor ömsesidig tacksamhet. Doktor Borg kunde se tillbaka på lyckliga lä-karår som givit henne och familjen så mycket. Hon hade känt sig privilegi-erad som fått arbeta på distrikt med en trygg och vänlig befolkning bunden till bygden sedan generationer tillbaka.

Dröm – verklighet

Blev då provinsialläkarären vad dok-tor Borg drömt om under studietiden? Ja, i många avseenden. Hon hade fått bo och arbeta ute bland människorna och varje dag var på sitt sätt unik med upplevelser av mänsklig glädje, oro och sorg. Det krävdes att ha en god hälsa, god sömn och därtill en solida-risk familj, som accepterade bunden-heten och inte klagade när privata planer kullkastades av tjänsteåliggan-den. I alla dessa avseenden hade dok-tor Borg varit lyckligt lottad! Det var först när omständigheterna framtving-ade dotterns placering på internatsko-la under åtta långa skolår som hon ifrågasatte om en kvinnlig läkare med familj skulle välja provinsialläkar-banan.

När doktor Borg lämnade sin sjuk-hustjänst var det inte många av hennes kollegor, som trodde att hon skulle stanna kvar som provinsialläkare.

Hon erinrade sig chefens välmenande ord "fadershuset står öppet om du vill återvända ... du kommer att bli urkrämd som en citron!" En jämnårig kollega mumlade något om "jag trodde du hade större förutsättningar än att bli provinsialläkare". Många gånger hade hon givetvis saknat den dagliga kontakten med kollegorna på sjukhuset men ändå inte känt sig isolerad på sin lilla enläkarmottagning. Nu hade hon i stället haft daglig kontakt med sina goda medarbetare ute på fältet – distriktssköterskorna – och ett fint samarbete med sjukhuskollegorna. Uppföljning av inledd specialistbehandling var en stimulans i det dagliga rutinarbetet. Doktor Borg mindes med värme sin första "pacemaker"-patient, som under pacemakerbehandlingens tidiga år opererats på ett sjukhus i södra Sverige och sedan anförtrotts henne. Fortlöpande kontroller skedde på doktor Borgs mottagning i intimt samarbete med vederbörande hjärtspecialist. Som provinsialläkare kändes ansvaret tungt för denna patient, men delades på ett underbart sätt av patienten själv och

hans anhöriga. Lyckligtvis tillhörde han den patientgrupp man som läkare aldrig glömmar – orädd, positiv och otroligt samarbetsvillig. Denne i grunden gladlynte värmlänning ställde emellertid en dag den allvarliga frågan till sin doktor: "Vem skall stänga av apparaten när jag skall dö?" Säkert har många kollegor under senare år i vår tekniskt avancerade sjukvård ställts inför den frågan.

Vikariefrågan vållade aldrig doktor Borg några problem, men i stora delar av landet var det mycket svårt att få vikarier till provinsialläkarstrikten. Oftast var det unga kollegor som sökte sig ut under somrarna och gärna återkom flera år i följd.

Det fanns många saker där verkligheten överträffade drömmen och förväntningarna, bland annat förmånen att få dela ansvar och arbetsbörda med i särklass duktiga distriktssköterskor och en pålitlig, trogen mottagningspersonal. I sitt förhållande till befolkningen hade hon känt en stor tillfredsställelse över att ingen situation tycktes dem vara för enkel eller för komplicerad för att man inte skulle kunna

fråga "sin" doktor antingen det gällde att på mottagningen få hjälp med korsetten "Ja ä inte kar te å knäpp koschätten" eller med val av rätta blommor till brudbuketten "för doktern vet ju bäst va Siv ä allergisk för".

När doktor Borg på detta sätt bladdrar i minnenas bok – nya minnen dyker upp vid varje nytt besök i dessa värmländska bygder – står det helt klart att finge hon leva om sitt liv och samma förutsättningar fanns, skulle hon på nytt välja provinsialläkarbanan och lika självklart återvända till det vackra Värmland.

Författarpresentation

Artiklarna är hämtade ur boken "... och doktorn kom", ej tidigare publicerad, författad av fd provinsialläkaren Märta Palmberg, Danderyd. Med lic 1948. Efter klinikaren i Stockholm (Norrtulls barnsjukhus, Åsö-Stigberget och S:t Eriks sjukhus), provinsialläkare i Charlottenbergs distrikt 1951–55, provinsialläkare i Nysäters distrikt 1957–73, i Danderyd 1973–74, bitr länsläkare i Värmlands län 1974–79.



WONCA – Allmänläkarnas världsorganisation

WONCA håller sin trettonde världs-kongress i Family Medicine i Vancouver 9–14 maj 1992.

Du kan bli "Direct Member"

SFAM är medlemsorganisation i WONCA. Samtliga SFAM-medlemmar är därmed kollektivt medlemmar även i WONCA. Var och en kan också bli personlig "direkt medlem" och bidrar därigenom till WONCAs arbete för allmänmedicin runtom i världen.

Som direkt medlem får du: medlemskap i en världsvid sammanslutning av allmänmedicinare; möjligheten att stå i kontakt med utbildning, forskning och vidareutveckling av allmänmedicin/familjemedicin världen över; 50% rabatt vid prenumeration på Family Practice – An International Journal, som publiceras kvartalsvis av Oxford University Press, aktuellt pris blir 60 USD. Medlemskapet kostar 35 USD per år eller 85 USD för tre år. Efter pensionering sjunker avgiften till hälften.

Application for Direct Membership of WONCA

Acceptable currencies are US Dollars,
Canadian Dollars, Australian Dollars
or Pounds Sterling.

Please send your Application Form and
bankers' draft or cheque made payable to
"WONCA" to:

Dr W. E. Fabb
Honorary Secretary/ Treasurer WONCA
4th Floor,
70 Jolimont Street Jolimont,
Victoria 3002 Australia.

I wish to apply for Direct Membership of WONCA

Name		
Professional title	First Names or Initials	Family Name IN CAPITALS
Address for mailing		
Street		
City	State	Postcode
Country		
Telephone: Office	Home	
Telex	Facsimile	Electronic Mail No
Are you a member of one of the Member Organizations of WONCA? Yes () No ()		
If Yes, please state		
Please indicate your areas of special interest and expertise which might be of use to WONCA.		
In what health profession do you practise?		
Are you agreeable to the above details appearing in an annual Directory of Direct Members of WONCA? Yes () No ()		
Do you wish to receive a free copy of the annual Directory? Yes () No ()		

I wish to take out Direct Membership for 1 (one) year	US\$35.00 ()
I wish to take out Direct Membership for 3 (three) years	US\$85.00 ()

Available to Direct Members only

I wish to order a WONCA Direct Member tie. (Royal Blue)	US\$15.00 ()
Family Practice An International Journal at 50% of regular subscription rates. Please send me details. ()	

Signature

Date

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 dosintervall 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 urinvägssmältningar (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, mag-
smärtor

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

Pfizer

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

Declin Promotion S-8911 Dif-02

Vem får farmakologisk behandling av hyperlipidemi i Alvesta primärvårdsområde?

En journalstudie omfattande 30 patienter

BIRGER OSSIANSSON

En journalstudie avseende farmakologisk behandling av höga blodfetter genomfördes i Alvesta kommun. Trettio patienter med blodfettssänkande läkemedel var kända av primärvården i februari 1990. En tredjedel var kvinnor och medianåldern var 57.5 år. Riskfaktorprofilen var bristfälligt journalförd och den utredning som gjorts innan farmakologisk behandling sattes in var ofta ofullständig. Den icke-farmakologiska behandlingen gav inte någon kolesterolsänkning i den selekterade studiegruppen. Den farmakologiska behandlingen, hos de 20 patienter där den kunde bedömas, gav en genomsnittlig reduktion av kolesterol med 30 procent. Det av socialstyrelsen rekommenderade tredjehandsmedlet, simvastatin, hade valts som förstahandsmedel i åtta fall. Antalet patienter med läkemedel mot hyperlipidemi ökar snabbt i Alvesta primärvårdsområde och i samma takt som i landet i övrigt. Studien visar att den farmakologiska behandlingen av hyperlipidemi kan komma att få stor omfattning och att socialstyrelsens rekommendationer ger utrymme för detta.

Nyckelord: Hyperlipidemi, läkemedelsterapi, registerstudier, klinisk forskning, Alvesta.

Bakgrund

Under 1980-talet har intresset för blodfettrubbningar som riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom ökat. Den farmakologiska behandlingen av hyperlipidemi har fått ett nytt uppsving, speciellt efter 1988 då de tre lipidsänkande läkemedlen simvastatin, gemfibrozil och kolestipol registrerades. Våren 1988 kom anvisningar från socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation om behandling av hyperlipidemi (1). Detaljerade rekommendatio-

ner har också kommit från Hjärt-lungfonden (2). Socialstyrelsens råd ansluter till tidigare amerikanska och europeiska riktlinjer (3).

Av medelålders män i Sverige ligger 20-25 procent över 6.5 mmol/l kolesterol och behöver icke farmakologisk behandling enligt socialstyrelsens råd. Omkring 5 procent ligger så högt att de även kan komma att få läkemedelsbehandling. Den senare kategorin motsvarar för Alvesta primärvårdsområde 400 personer mellan 35 och 65 år (4).

Det bor totalt 19 500 människor i primärvårdsområdet (=kommunen). Där finns tre vårdcentraler (Alvesta, Moheda och Vislanda) med sammanlagt tio distriktsläkartjänster, som samtliga är tillsatta. Dödligheten i hjärtinfarkt ligger cirka tio procent under rikssiffrorna.

Målet för denna studie är att belysa hur den farmakologiska behandlingen av höga blodfetter har kommit att se ut inom vår primärvård fram till i februari 1990.

Metod

I februari 1989 skickades ett brev till samtliga läkare i primärvårdsområdet. De uppmanades att notera alla aktuella patienter med blodfettssänkande läkemedel. Under februari 1990 besöktes de tre vårdcentralerna och de aktuella journalerna gick igenom. De utvalda variablerna angående patienternas hälsotillstånd och riskfaktorprofil samt utredning och behandling noterades.

Apoteksbolaget har genom sin informationsapotekare i Växjö fortlöpande lämnat uppgifter om försäljningen av lipidsänkande läkemedel i kommunen, länet och hela riket.

Resultat

I februari 1990 fanns det, i Alvesta primärvårdsområde, 30 patienter som fått farmakologisk behandling mot hyperlipidemi. För alla, utom en, pågick behandling vid studietillfället.

Patientgrupp

Gruppens medianålder var 57.5 år. Åtta patienter var 65 år eller äldre. Förhållandet män/kvinnor var 2/1. För alla utom en fanns uppgift om yrke, 18 patienter hade traditionella arbetaryrken. Fyra kunde räknas till gruppen "egna företagare" och fem hade kon-

tors-eller akademikeryrke. En var hemmafru och en man tidigt förtidspensionerad. Uppgift om hereditet för hjärt-kärlsjukdom saknades för 14 patienter, det vill säga nästan hälften. Positiv hereditet uppgavs hos tio, den var närmare beskriven vad gäller släktskap hos fem av dessa.

Riskfaktorer

Som rökare definierades personer där det i någon journalanteckning fanns uppgift om att vederbörande rökte. Med den vida definitionen var 16 rökare, åtta icke-rökare och för sex saknades uppgift. I 19 av de 30 journalerna saknades helt uppgift om alkoholvanor. För tre patienter framgick det direkt eller indirekt att det gällde högkonsumenter av alkohol. Sex hade diabetes, varav en var insulinbehandlad. Bland de övriga fanns blodglukosvärden angivna för 14 och enbart uringlukos för sju. Det saknades uppgift om glukosscreening för tre patienter. För kontroll av thyreoidea-funktion var TSH och/eller T3-T4 taget på hälften av patienterna. Detta inkluderade prov tagna även av annan anledning än screening inför farmakologisk lipidbehandling. Inget fall av hypothyreos hade påvisats.

Hälften av patienterna hade angina pectoris och 60 procent hypertoni. En tredjedel hade haft hjärtinfarkt. Fem patienter (alla män) var coronar-bypass-opererade. Tre patienter hade claudicatio intermittens och tre hade haft cerebral infarkt. Flera patienter hade mer än en av dessa sjukdomar. Sammanlagt 17 patienter hade någon arteriosklerotisk manifestation, behandlingen av dem var således sekundärpreventiv. Hos 13 patienter (43 procent) var de lipidsänkande läkemedlen givna som primärprevention. I den gruppen var ålders- och könsfördelningen väsentligen densamma som i hela materialet.

Endast en patient hade enbart lipid-sänkande läkemedel. Betablockerare togs av 13, kalciumantagonister av elva och lågdos-ASA av nio.

Hur hade hyperlipidemin diagnostiserats?

Alla patienterna hade fått sin hyperlipidemiagnos genom selektiv provtagning vid besök i sjukvården, ofta på grund av hjärt-kärlsjukdom. De undersökningar av riskfaktorer hos 40-

åringar, som sedan något år bedrivs på vårdcentralerna i Moheda och Alvesta, hade således inte resulterat i att någon fått farmakologisk behandling av höga blodfetter. Två av patienterna i studien hade lipidrubbing som diagnostiserades redan på 1970-talet och de fick då farmakologisk behandling som nu återinsatts eller ändrats. Sex patienter hade fått behandlingen insatt på medicinklinik.

Patienternas lipidvärden

Primärvårdens behandlingsval belyses av de 22 patienter, som fått sin terapi insatt av distriktsläkare. Det genomsnittliga kolesterolvärdet i den gruppen var 8.6 mmol/l när diagnosen hyperlipidemi ställdes (range 6.7–10.5). I hela patientmaterialet hade tio patienter (fem män och fem kvinnor) triglycerider över 2.3 innan behandling. Alla dessa hade även hyperkolesterolemi, således en kombinerad hyperlipidemi. I gruppen med höga triglyceridvärden fanns det tre män med alkoholanamnes.

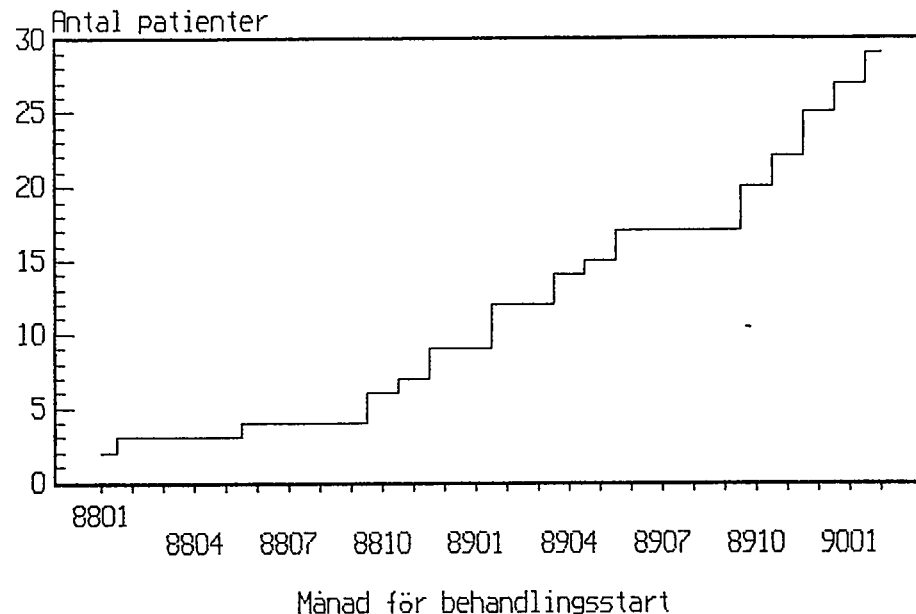
Ikke-farmakologisk behandling

Tiden mellan diagnos och farmakologisk behandling varierade från fem till 61 månader (median 15 månader) i gruppen som fick behandling insatt i primärvården. Den patient som fick farmaka efter bara fem månader hade genomgått koronarkirurgi. Alla patienter hade varit föremål för ikke-farmakologiska behandlingsåtgärder genom en eller flera personalkategorier. Enligt journalanteckningarna gav man råd om framför allt rökstopp och kostförändringar. Av de 22 patienter, som fick läkemedel i primärvården, hade tio fått träffa dietist. Det rörde sig vanligen bara om enstaka besök. Tolv patienter hade instruerats av sjuksköterska på vårdcentralen och sex patienter hade fått råd av enbart läkare.

Hos sju av patienterna, som fått den farmakologiska behandlingen insatt i primärvården, ökade kolesterolvärdet under perioden med ikke-farmakologiska åtgärder. Hos 13 blev det en sänkning på 0.1–1.5 mmol/l och hos två var värdet oförändrat. Det genomsnittliga kolesterolvärdet var i gruppen 8.6 innan ikke-farmakologisk behandling och 8.5 efter. Vikten var inte kontrollerad på ett så systematiskt sätt att den kunde utnyttjas för att bedöma följsamheten till kost- och motionsråden.

Farmakologisk behandling

I Figur 1 visas den snabba ökningen av den farmakologiska behandlingen av främst hyperkolesterolemi, som skett de senaste två åren. Det var bara i ett fall som behandlingen hade satts ut och då på patientens initiativ. De nyaste preparaten svarade för 2/3 av nysättningarna. Av de sex patienter som



Figur 1. Kumulativ incidensökning av farmakologisk behandling av lipidrubbing i Alvesta primärvårdsområde till och med februari 1990.

fått behandling insatt av internmedicinare, hade tre givits simvastatin och tre nikotinsyrapreparat. Av dem som gavs nikotinsyra hade två fått byta till gemfibrozil. De två patienterna med mycket lång anamnes fick primärt klofibrat och nikotinsyrapreparat men hade bägge gemfibrozil i februari 1990.

Till de patienter som nyinsattes på lipidsänkare i primärvården hade man valt kolestyramin eller kolestipol för elva, gemfibrozil för sex och simvastatin för fem. Hos de elva patienter som fått resinpreparat hade biverkningar noterats i sju fall, det gällde magtarmstörningar och svårigheter att inta medlet. En patient hade fått sluta helt, en annan fått byta till annat resin och två hade gått över till gemfibrozil. Av de sex patienter som fick gemfibrozil primärt hade alla fortsatt med preparatet. En patient hade dock uppgivit besvär med magknip initialt. Alla de fem patienter som hade fått simvastatin nyinsatt av distriktsläkare hade fortsatt med preparatet, i ett fall fanns en misstänkt biverkan i form av reflux noterad. Även de tre patienter som fått simvastatin på medicinklinik hade kvar preparatet vid studietillfället och ingen hade uppgivit någon biverkning. Ingen patient hade fått kombinationsbehandling. En sammanställning av första preparatet och medicineringen vid studietillfället finns i Tabell I.

Studien kan visa effekt av den farmakologiska behandlingen för 20 patienter. Beträffande de övriga var uppgifterna ofullständiga eller också hade behandlingen pågått så kort tid, att patienterna ej varit på återbesök sedan den inleddes. Även i gruppen där effekt kunde registreras är förutsättningarna olika på grund av mycket

skilda behandlingstider. Många patienter var dessutom i en inställningsfas. Hos de 20 patienterna var det genomsnittliga kolesterolvärdet före läkemedelsbehandling 9.4 medan genomsnittet av det senaste provet under pågående behandling var 6.6. Detta innebär en genomsnittlig reduktion av totalkolesterol med 2.9 mmol/l eller 30% procent. När den patient som minskat mest frånräknas, kvarstår en minskning på 26 procent.

Triglyceriderna minskade från 3.3 till 2.0 mmol/l i medelvärde för 14 patienter. För 14 patienter saknades jämförbara värden och två patienter hade extremt höga triglycerider på maximalt 60 respektive 20 mmol/l. De skiljer sig så mycket från de övriga att de inte tagit med i beräkningarna ovan.

Apoteksbolagets försäljning av lipidsänkande läkemedel visade en sta-

Tabell I. Initial och i februari 1990 pågående lipidsänkande terapi, gällande alla patienter med denna behandling kända inom primärvården i Alvesta kommun.

Läkemedelsgrupp	Antal patienter	
	Initial	Behandling 1990-02
Resiner (Questran Lestid)	11	8
Fibrater (Atromidin, Lipid)	7	12
Nikotinsyra (Nicangin, Perycit)	4	1
Statiner (Zocord)	8	8
Ingen behandling	0	1
Summa patienter	30	30



Reproducerande bevis

Vid mätningar av mRNA för olika komponenter i renin-angiotensin-aldosteronsystemet (RAAS) visar ny forskning att dessa finns representerade lokalt i olika organ som hjärta, njure och kärl. Upptäckten att mRNA för både renin och angiotensinogen finns i samma vävnad utgör bevis för lokal angiotensinproduktion¹.

Vid mätningar av mängden angiotensin II efter en dos Pramace® (ramipril), hos nefrektomerade djur, korrelerade den minskade aktiviteten av vävnads-ACE starkt till de sänkta

angiotensin II-nivåerna i vävnaderna. Eftersom djuren saknade njurar kunde påverkan av det cirkulerande RAAS i plasma uteslutas.

Resultaten tyder på en vävnads-specifik reglering av angiotensin II^{2,3}.

En hög hämning av den lokala angiotensinproduktionen* kan vara en förklaring till att hypertoni behandling med Pramace® (ramipril) i låg dos snabbt ger positiva effekter, som regress av vänsterkammarhypertrofi⁴ och minskning av mikroalbuminuri⁵.

* vilket visats i djurstudier

"ACE-hämmaren med hög vävnadspenetration"

Pramace 

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

Referenser: 1. Dzau VJ et al. Endocrinology 1987; 120:2334-8. 2. Unger T et al. Arzneimittelforschung 1984; 34:1426-30. 3. Unger T et al. J Cardiovasc Pharmacol 1984; 6:872-80. 4. Eichstädt HW et al. Am J Cardiol 1987; 59:98D-103D. 5. Hallab M et al. Diabete Metab 1989; 15. (Abstract 19).

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

dig uppgång under 1989 (Figur 2). I Älvesta kommun visade försäljningen en god anslutning till länssiffrorna. Försäljningen fjärde kvartalet 1989 var 1.33 DDD/1000 inv/dag, vilket grovt kan beräknas räcka till 27 patienter, vilket överensstämmer väl med patientantalet i studien. För samma tidsperiod var länssiffran 1.32 och siffran för riket 1.49.

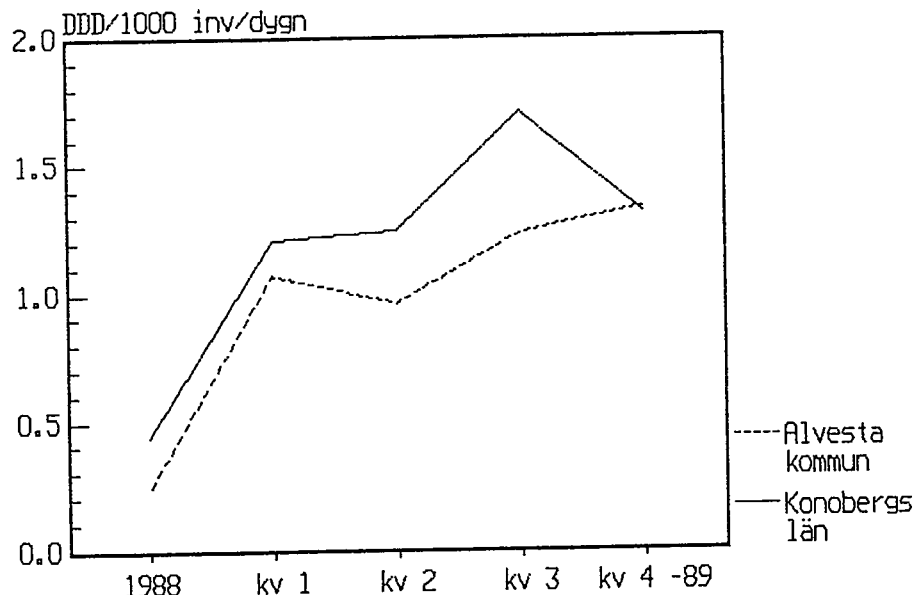
Diskussion

I Älvesta primärvårdsområde beräknas det finns omkring 400 personer, som skulle ha farmakologisk behandling mot höga blodfetter, om socialstyrelsens råd angående gränsvärden och behandling följdes. I denna deskriptiva studie av farmakologisk lipidbehandling ingår 30 patienter, som varit aktuella på de tre vårdcentralerna någon gång under tiden februari 1989 till februari 1990. Ambitionen har varit att få med alla patienter i primärvårdsområdet med läkemedel mot hyperlipidemi och som har kontakt med primärvården. Det finns sannolikt även ett mindre antal patienter som helt skötes på medicinmottagningen i Växjö eller Ljungby. Försäljningssiffrorna visar dock att bortfallsgruppen är liten.

I studien ingår sex patienter, som överförts från medicinklinik och två patienter, som fått behandling första gången längre tillbaka och nu har återinsatts på lipidsänkande medel. De övriga 22 hade fått behandlingen initierad av distriktsläkare. I studiegruppen var det en klar överrepresentation för män (2:1) och medianåldern var 57.5 år, vilket bedöms vara högt. Åtta patienter var i åldrarna 65 år och däröver. Det finns inga studier som ger ett vetenskapligt underlag för behandling av patienter över 65 år med lipidsänkande läkemedel. Den äldre gruppen är stor och ofta motiverad till behandling, så studier på äldre borde göras (5).

Risikfaktorprofilen var ofta bristfälligt redovisad i journalerna. En förbättring i det avseendet är önskvärd, bland annat för att man ska kunna evaluera behandlingen i framtiden. Utredningen innan den farmakologiska behandlingen påbörjas behöver förbättras. I socialstyrelsens anvisningar finns rekommendationer för utredning som bland annat inkluderar TSH, blodglukos, urat och leverstatus (1).

Det fanns arteriosklerotiska manifestationer noterade hos 17 patienter. De övriga 13 hade fått behandlingen i primärpreventivt syfte. Vid primärprevention behandlar man individer, som är utan kliniska sjukdomstecken och man måste då ställa ännu högre krav på behandlingens säkerhet än vid sekundärprevention. Det ter sig logiskt att börja intervenser hos den



Figur 2. Apotekens försäljning av lipidsänkande läkemedel 1988–1989.

grupp, som fått arterioskleros av sina höga blodfetter. I en artikel i American Journal of Cardiology går man till och med så långt att man föreslår att alla med känd koronarsjukdom borde få läkemedel och kostbehandling oavsett lipidnivå (6).

Den varierande individuella icke-farmakologiska behandlingen som givits sänkte inte kolesterolnivå hos patienterna i studien. Råden som sådana var sannolikt riktiga i sak, många patienter träffade till exempel dietist och bra trycksaker fanns tillgängliga. Man kan i vissa fall ha fått en beteendeförändring, som har förbättrat den totala riskfaktorprofilen utan att påverka den genomsnittliga kolesterolnivå. De patienter som fått en tillfredsställande effekt av de icke-farmakologiska åtgärderna har inte kommit med i studien. En ineffektiv icke-farmakologisk behandling kan leda till att en större andel patienter än nödvändigt får farmakologisk behandling i analogi med vad som skett på hypertoniområdet (7).

Man valde simvastatin som första preparat till åtta patienter. Socialstyrelsen rekommenderar detta medel först som tredje val på grund av kort klinisk erfarenhet och avsaknad av studier som visar minskad sjuklighet och dödlighet efter behandling med preparatet. De rekommenderade förstahandspreparaten resiner och nikotinsyrepreparat gav ofta biverkningar och medförde i sex fall terapibyte. Det ligger därför nära till hands att förmoda att simvastatin jämte gemfibrozil kommer att ges oftare som första medel på grund av god effekt och få initiala subjektiva biverkningar.

Studien har visat en snabb ökning av den farmakologisk lipidsänkande behandlingen i Älvesta primärvårdsområde de senaste två åren. Försäljningsdata från Apoteksbolaget visar

en motsvarande ökning för länet och för hela landet. Enligt halvårsrapporten i september 1989 från socialstyrelsens läkemedelsavdelning noterades, att det inte har iakttagits några tecken till överföreskrivning av lipidsänkande medel i förhållande till det uppskattade behandlingsbehovet (8). Man kan dock inte visa att det är de som har mest att vinna som får behandling.

För några av patienterna i studien kan indikationen för farmakologisk behandling diskuteras på grund av patientens kön, ålder eller riskfaktorprofil. Inte för någon av patienterna kan man dock säkert säga att läkarna satt in farmaka utöver socialstyrelsens rekommendationer. Det visar att dessa ger utrymme för en kraftig ökning av den farmakologiska behandlingen. I mycket stor skala är värdet av sådan behandling ännu obevisat och kostnaderna kan bli mycket stora. Det är speciellt tveksamt att använda statiner vid storskalig intervention, någon positiv effekt med preparatgruppen är ännu inte visad på hjärtinfarktsjuknande i någon populationsstudie. En tankeväckande uppgift är att man i de viktigaste studierna inte har fått någon minskning av totalmortaliteten under behandling med lipidsänkande läkemedel. Andra dödsorsaker ökar istället och verkar äta upp den vinst som man får genom att förebygga hjärtinfarkter (9).

Det är inom primärvården de flesta potentiella patienter finns för farmakologisk lipidbehandling. Allmänmedicinare har därför ett ansvar att studera vad som händer på området.

Referenser

1. Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation. Behandling av hyperlipidemi. Information från socialstyrelsens läkemedelsavdelning 1988;9:152-7.
2. Hjärt-lungfonden. Riktlinjer för behandling av hyperkolesterolemi 1988.
3. Study group. European Atherosclerosis Society. Strategy for the prevention of coronary heart disease. A policy statement of the European atherosclerosis society. Eur Heart J 1987;8:77-88.
4. Walldius G, Jungner I. Lämpligt med två gränsvärden vid diagnostik och behandling av högt serumkolesterol. Läkartidningen 1988;85:3835-9.
5. Tikkanen MJ. Hypercholesterolemia in the elderly: Is drug treatment justified? Eur Heart J 1988 (Suppl D);9:79-82.
6. Roberts WC. Lipid lowering therapy after an atherosclerotic event. Am J Cardiol 1989;64:693-5.
7. Björkelund C, Persson L-G. Prioritera utvärderingen av den icke-farmakologiska behandlingen. Läkartidningen 1989;86:226.
8. Nya lipidsänkande läkemedel - 1 1/2 års uppföljning. Information från socialstyrelsens läkemedelsavdelning 1989;4:115-7.
9. Muldoon MF, Manuck SB, Mathews KA. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. Br Med J 1990;301:309-14.

Recensioner

LB06542

Allmennpraktikens møte med kvinnelige pasienter

KIRSTI MALTERUD

Oslo: Tano, 1990.

Allmennpraktiker serien

Pris: 289 NOK. 256 sidor.

ISBN 82 518 2845 7

Vetenskapliga avhandlingars vanligaste öde är att, med prydlig dedikation, stå och bli dammiga i bokhyllan hos den utvalda skara som redan är invigd (förutom släkten förstås!). Detta kommer inte att drabba Kirsti Malteruds doktorsavhandling i allmänmedicin. Avhandlingen, som på TANOs förlag givits ut som en mjuk, luftigt dispo-

rad häftad bok, är "hett stoff", inte bara för den som är kvinna och distriktsläkare, utan för alla som vågar och önskar tänka utanför de traditionella naturvetenskapliga ramarna. Tänka nytt, lite på tvären!

Malteruds sätt att forska är på många sätt ovanligt i medicinska sammanhang. Hon utgår från den egna kliniska vardagen. Och hon har stor och bred erfarenhet av möten med kvinnor inom sjuk- och hälsovården. Hon har som läkare arbetat med familjerådgivning, mödravårdsmottagning, preventivmedelsrådgivning, rådgivning för homosexuella och framför allt varit verksam som distriktsläkare på vårdcentral i närmare 10 år. Hon beskriver hur hon i hopp om att bli en bättre läkare för sina kvinnliga patienter med "ubestemte plager", vänder sin frustration till ett engagerat kunskapsökande. De senaste fyra åren har hon på deltid varit försteamanuens vid allmänmedicinska institutionen vid Bergens universitet, och gjort sig känd som en tankeväckande talare och skribent i allmänmedicinska sammanhang.

Kommunikationen mellan läkare och patient i konsultationen är ett avgörande och viktigt instrument inom allmänmedicinen för att nå fram till diagnos och behandling. Men patient-läkarrelationen står inte fri från samhällets maktstrukturer. Kvinnan får en underordnad position i mötet, delvis på grund av yrkesstatus, men framför allt genom sin könstillhörighet. Malterud sticker inte under stol med sitt kvinnoengagemang och redovisar forskningsrön som dokumenterar olika aspekter av kvinnoförtryck i relation till hälsoproblem. Genom att inledningsvis deklarerar sina ståndpunkter och syften, gör hon upp med det sanningsideal som sätter likhetstecken mellan objektivitet och värdefrihet.

Målsättningen med Malteruds forskningsarbete är att utveckla en kliniskt användbar kommunikativ metod, ett sätt att använda språket som stärker den kvinnliga patientens position i konsultationen. Som forskare ställer sig alltså Malterud inte utanför skeendet, utan deltar medvetet i en förändringsprocess. Hon använder sig således av metoder från den samhällsvetenskapliga aktionsforskningen. I forskningsprocessen växer insikten om hur hon optimalt ska formulera frågor till patienten, "nyckelspörs-mål", som ska uppmuntra och invitera patienten till att delge läkaren sina insikter och erfarenheter om:

1. varför hon kommer till doktorn,
2. vad hon tror är orsaken till åkomman,
3. hennes förväntningar på doktorn,
4. hennes erfarenheter av egenvård och behandling.

Avhandlingsarbetet innehåller två

komponenter. Dels får vi följa utvecklingen av "nyckelspörsmålen" genom konkreta exempel på utskrift av bandade intervjuer och därefter, med kvalitativ metod, utvärdering av processen. Parallellt presenteras och systematiseras de kunskaper och rön om kvinnors hälsoproblem som framkommer vid metodens användande (produktvärdering).

Resultatet är imponerande och högst intressant! När man som läsare mycket snart kommit över den barriär ett främmande språk alltid utgör och vant sig vid stramheten i uppläggningen (förmodligen ett ofrånkomligt krav på en vetenskaplig avhandling), är det som att vara på resa med en kreativ, nytänkande färdledare. Vi reser på vår egen gård, med kikare och lupp och en spade med mottot "gräv-där-du-står". Och se vilka fynd! Vardagliga erfarenheter, problem och svårigheter blir belysta ur sociolingvistiska, etnografiska, feministiska och socialpsykologiska synvinklar. För att sedan åter ställas på plats i sitt allmänmedicinska sammanhang, då intressantare och mer lysande.

Metoden som presenteras med fyra nyckelfrågor insprängda i den rutinnässiga konsultationen, ter sig enkel och genial. Frågan om dess generaliserbarhet kan dock diskuteras. Precis som jag inte kan använda ett gastro-skop eller tolka fynden utan instruktion och träning, behöver Malteruds metod förberedelser. Om avhandlingsarbetet läses som en manual, vidgas förståelsegrunderna och förhoppningsvis även förhållningssättet i konsultationen.

Den stora behållningen för mig personligen är att få följa en kvinnlig kollegas kunskapsväg och utveckling. Hur hon genom sin entusiasm, sin nyfikenhet och sitt tålamod lyfter vardagsfunderingar till ett vetenskapligt plan. Jag räknar till 246 titlar i det alfabetiska registret, en guldgruva till relevant referenslitteratur.

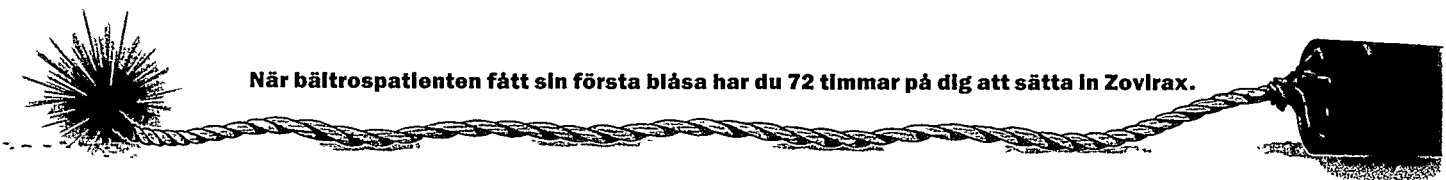
Som Balint en gång initierade handledarkontakter för ökad förståelse, eller som Bendix introducerade en teknik att ställa frågor, tror jag Malteruds initiering av kvalitativa metoder i allmänmedicinen och kvinnoforskningen kan bli helt banbrytande.

Skaffa boken till vårdcentralen! Läs, begrunda och diskutera! Boken rekommenderas också till handledargrupper, Balintgrupper och forskarcirklar. Förstås!!!

Eva Johansson, distriktsläkare.

Postadress: Marichems vårdcentral, Morkullvägen 9, 902 37 Umeå.

Nu kan du behandla svår bältros!



När bältrospatienten fått sin första blåsa har du 72 timmar på dig att sätta in Zovirax.

Äntligen är det möjligt att behandla varicella zoster eller bältros! Zovirax har redan revolutionerat behandlingen av herpes simplex infektioner. Och nu har indikationen utökats med bältros.

Zovirax ska sättas in vid svåra fall av herpes zoster hos patienter med normalt immunförsvar, tex zoster oftalmicus eller generaliserad zoster. Behandlingen bör då sättas in tidigt, inom 72 timmar från det att första blåsan uppkommit.

Ny tablettstyrka: Zovirax 800 mg

VIKTIGT! Dosera 800 mg×5 i en vecka.

 **ZOVIRAX[®]**
ACYCLOVIR

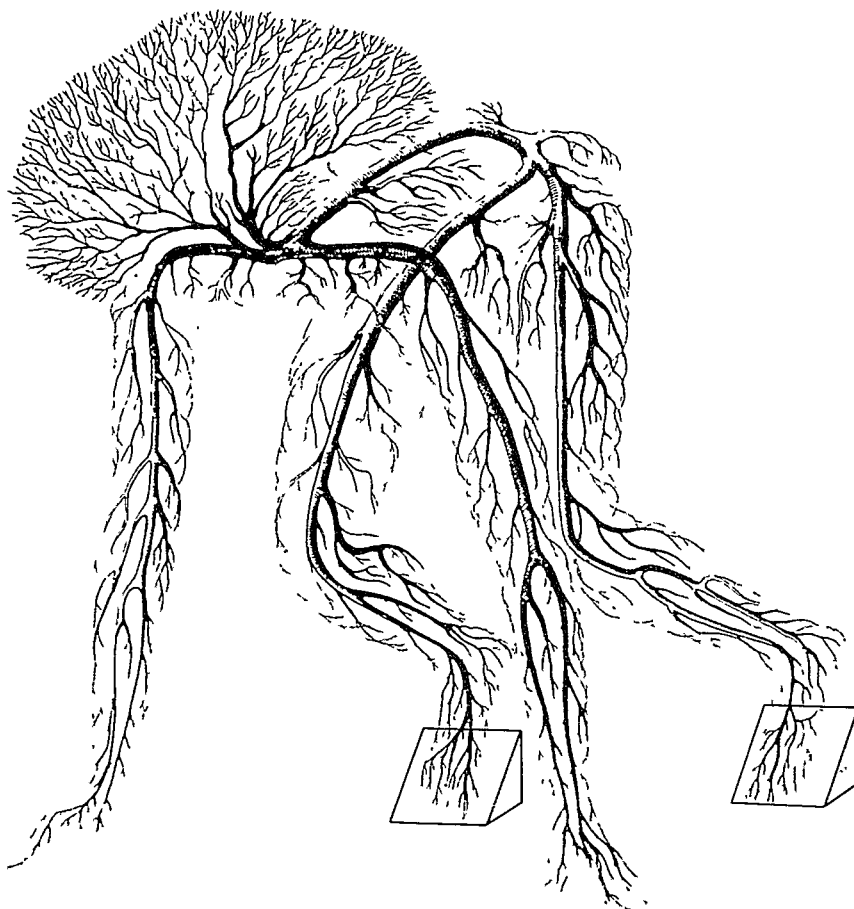
Wellcome Sverige AB

Dotterbolag till The Wellcome Foundation Ltd Kanalvägen 17 Box 528 183 25 Täby Telefon 08-768 07 85



Wellcome

24-timmarsloppet.



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 kärlselektiva 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 E P 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 L M 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.

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