

ALLMÄN MEDICIN

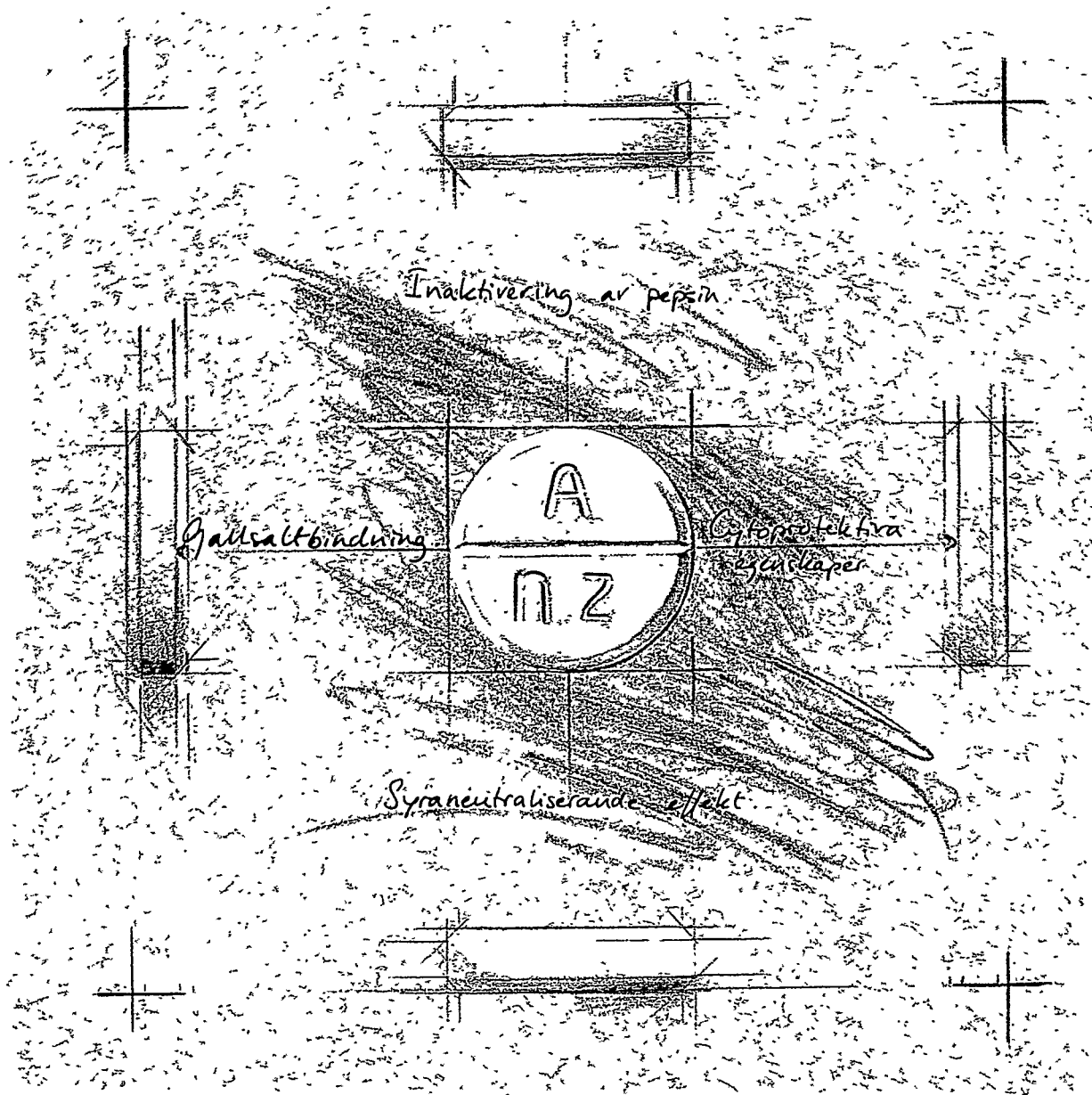
Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Allmänmedicinen
i Europa

4
1991

Supplement 15
Vårmöte i
Karlskrona



Novaluzid® Mint. En mångsidig klassiker vid "ont i magen".

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

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

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

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

Manus-stopp!

I tabellen redovisas de datum som gäller för manusstopp och planerade utgivningsveckor för AllmänMedicin 1991/92.

AllmänMedicin 1991/92.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
4/91	3/6-91	37
5/91	12/8-91	42
6/91	16/9-91	47
1/92	11/11-91	6
2/92	13/1-91	14
3/92	9/3-92	23

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmänmedicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

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

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

Redaktionssekreterare och layout:
Margareta Lindborg

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

Annonser:
YH Annonsförmedling,
Alströmergatan 18, n b, 112 47 Stockholm
Tel: 08/651 67 60

Prenumerationsavgift:
405 kr per år, för studerande 150 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlems-
avgiften till Svensk Förening för Allmän-
medicin).

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

Tryckt på miljövänligt papper hos
Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1991
ISSN 0281-3513

Kalendarium

139

Ledare

Två år som chefredaktör – en tillbakablick

140

DUR – distriktsläkarnas utbildningsråd
Cecilia Björkelund

140

Nytt från SFAM

Mats Ribacke

142

Debatt

Utbildningens betydelse för rekryteringen av nya distriktsläkare inför
målet 1 distriktsläkare/2000 invånare i Stockholms läns landsting
Lena Karlberg

143

Kommentar
Mats Ribacke

Skall distriktsläkare förebygga?
Kjell Lindström

146

Debatt Kommentar

Stor kringpersonal avlastar inte distriktsläkarna
Björn Olsson

147

Kvartersakuten – en fungerande modell – bra för svensk primärvård
Björn Nilsson

150

Kurser & konferenser

Nordiskt allmänläkarseminarium, 6–8 september 1990
Torshavn, Färöarna
Dag Domeij

151

Allmänläkarutbildning på Irland
Anna Källkvist

153

Rapport från EGPRW – våren 1991
Anders Håkansson

155

Nya samarbetsformer – primärvård/företagshälsovård
Åke Peterson

157

Apoteksbolaget

159–162

Riskfaktorformulär – ett hjälpmedel i hjärt-kärlpreventionen
Rurik Löfmark, Mats Ribacke, Peter Rosenberg

163

Strukturerad avsläppningsträning med en grupp yngre hypertoniker – en
pilotstudie
Christer Petersson, Elisabeth Graabek

167

Distriktsläkaren förskriver många och billiga läkemedel
Ingrid Jacobsson, Anders Håkansson, Per Andréén

171

Alkoholpatienter i Täby
Per Wändell

174

BVC-studie i Blekinge – I
BVC-barnen – hur mår de? Hur mår mödrarna?
Annegrete Liljestrand

177

BVC-studie i Blekinge – II
Hur fungerar BVC?
Annegrete Liljestrand

180

Recensioner

Fregert S, Björkner B, Bruze M, et al. Yrkesdermatologi
Johannes Jokumsen

182

Hovellius B, Sandberg T (red). Urogenitala infektioner – diagnostik,
terapi och prevention inom allmänmedicin
Åke Nordén

182

Sexuella övergrepp mot barn
Anna Källkvist

184

Morell D (red). Epidemiology in general practice
Cecilia Björkelund

184

Inbjudan till kurser och temadagar

Äldre och läkemedel

3-poängs universitetskurs i Jönköping, i samarbete med Hälsohögskolan och Institutet för Gerontologi.

Kursen genomförs 23–25 september + 2–4 december 1991 med 3 dagars praktik däremellan.

Klinisk läkemedelsprövning – grundkurs

23–27 september 1991 i Sigtuna.

Kursen ger en introduktion till arbetet med kliniska prövningar och ger kunskap om det praktiska genomförandet av en klinisk läkemedelsprövning.

Kommande kurstillfällen: 18–22 november 1991, 20–24 januari 1992 samt 6–10 april 1992.

Klinisk prövningsmetodik från statistisk synpunkt Block I

28–30 oktober 1991 i Lerum.

Kursen behandlar moment med statistisk anknytning vilka ingår i planeringsfasen av en klinisk läkemedelsprövning.

Sex och läkemedel – att informera om det vi inte talar om

Temadag i Stockholm den 7 november 1991.

Kurs i Näringslära

25–27 november 1991 i Nynäshamn.

Kursen skall ge deltagarna de grundläggande kunskaper i näringslära, som är nödvändiga för att möta patienters/kunders behov av adekvat och objektiv information på nutritionens område.

Ytterligare information om ovanstående utbildningsaktiviteter kan erhållas från Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm. Telefon 08-24 50 85. Telefax 08-20 55 11.

Orienterande kurs i klinisk läkemedelsprövning

2–3 december 1991 i Hindås.

En 2-dagarskurs för läkare, sjuksköterskor, farmaceuter och andra som inom sjukvård, apotek eller läkemedelsföretag på olika sätt deltar i eller planerar att delta i arbetet med kliniska läkemedelsprövningar.

Kommande kurstillfällen: 18–19 februari samt 25–26 maj 1992.

Biofarmaci/farmakokinetik

4–7 februari 1992 i Sigtuna: Block I – Grundläggande biofarmaci/farmakokinetik.

24–27 mars 1992 i Sigtuna: Block II – Klinisk biofarmaci/farmakokinetik.

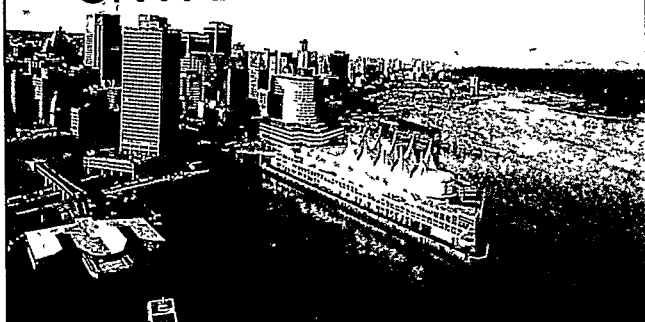
Utbildningen vänder sig till läkare, farmaceuter m fl involverade i läkemedelsutveckling, -värdering och -information.

Äldre och läkemedel – distans

Under 1992 avser Apotekarsocieteten att genomföra en distansutbildning om Äldre och läkemedel.

Kursen blir ej identisk med 3-poängskursen i Jönköping, men möjligheten att erhålla högskolepoäng skall bibehållas.

13th WONCA WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE



THE WORLD ORGANIZATION
OF FAMILY DOCTORS

Family Medicine
In The 21st Century

MAY 9 TO 14, 1992 VANCOUVER, B.C., CANADA

Hosted by THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF
CANADA AND THE B.C. CHAPTER

For further information: The College of Family Physicians of Canada,
2630 Skymark Avenue, Mississauga, Ontario, Canada L4W 5A4
(416) 629-0900 • Fax (416) 629-0893

Vad är väl Vancouver
mot Växjö?

SFAM/DLF Vårmöte

14–16 maj 1992

se också sid 147

1991

SEPTEMBER

□ **23-27 september.** Linköping. Prov läkarfondens kurs: Terapeutisk hållning.

Information: Distriktsläkarföreningen, Box 5610, 114 86 Stockholm. Tel 08-790 33 91.

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

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

OKTOBER

□ **8-11 oktober.** Dallas. 2nd Ann Convent Amer Acad of Family Physicians.

Information: Allan Pelch, MD, Vognporten 6, DK-2620 Albertslund, Danmark. Tel 45-42-644230

□ **9-11 oktober.** Huddinge. Prov läkarfondens kurs: Hälsoekonomi och ledarskap.

Information: Distriktsläkarföreningen, Box 5610, 114 86 Stockholm. Tel 08-790 33 91.

□ **14-18 oktober.** Stockholm. Prov läkarfondens kurs: Praktisk datalära.

Information: se ovan.

□ **14-18 oktober.** Västerås. Prov läkarfondens kurs: Öronsjukdomar.

Information: se ovan.

□ **17-18 oktober.** Stockholm Berzeliusseminarium: Läkarna och alkoholskadorna - strategier för förebyggande arbete.

Information: Sv Läkaresällskapet, Box 738, 101 35 Stockholm. Tel 08-24 33 50, Fax 08-24 43 48.

□ **21-25 oktober.** Huddinge. Prov läkarfondens kurs: Neurologi.

Information: Distriktsläkarföreningen, se ovan.

□ **21-25 oktober.** Västerås. Prov läkarfondens kurs: Akutmedicin.

Information: Distriktsläkarföreningen, se ovan.

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

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

□ **28 oktober - 1 november.** Göteborg. Prov läkarfondens kurs: Praktisk farmakoterapi.

Information: Distriktsläkarföreningen, se ovan.

NOVEMBER

□ **7-8 november.** Dalby. Dalbydagarna: Rehav inom primärvården.

Information: Karin Svenringer, Centrum för samhällsmedicin, 240 10 Dalby. Tel 046-2992 00.

□ **18-22 november.** Sigtuna. Grundkurs i klinisk läkemedelsprövning.

Information: Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm.

□ **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 20 september.

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

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

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

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

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

DECEMBER

□ **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 4 oktober.

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

□ **2-6 december.** Danderyd. Prov läkarfondens kurs: Psykiatri.

Information: Distriktsläkarföreningen, Box 5610, 114 86 Stockholm. Tel 08-790 33 91.

□ **9-12 december.** Hong Kong. International Conference on Care of Elderly.

Information: HKCSS, 11 f, Duke of Windsor, Soc Serv Bldg, 15 hennessy Rd, Wancha, Hong Kong. Tel 914 0324.

□ **9-13 december.** Säter. Prov läkarfondens kurs: Ortopedisk medicin ssk ryggsdiagnos.

Information: Distriktsläkarföreningen, se ovan.

□ **9-13 december.** Solna. EU-kurs i epidemiologi för läkare.

Information: Ylva Rodval, IMM, Box 60208, 104 01 Stockholm. Tel 08-728 74 81, Fax 08-31 39 61.

□ **13-14 december.** London 8 rd European Health Services Research Meeting.

Information: Rosemary McMahon, Prof Briefings, 120 Wilton Rd, London SW 1V 1JZ. Tel (44) 71 233-8322.

1992

APRIL

□ **6-10 april.** Solna. EU-kurs i epidemiologi för läkare.

Information: Ylva Rodval, IMM, Box 60208, 104 01 Stockholm. Tel 08-728 74 81, Fax 08-31 39 61.

□ **19-24 april.** Buenos Aires. 8th World Conference on Smoking and Health.

Information: Union antiabaquica Argentina, 8th World Conference on Smoking ..., P O Box 3260, (1000) Correo Central, Buenos Aires, Argentina.

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

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

MAJ

□ **9-15 maj.** Vancouver. WONCA '92, 13th World Congress on Family Medicine.

Information: Colege of Family Physicians of Canada, 4000 Leslie St, Willowdale, Ont M2K 2R9, Kanada.

□ **14-16 maj.** Växjö. Allmänmedicinsk kongress, SFAM/DLF årsmöten.

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

JULI

□ **19-24 juli.** Toronto, Kanada. 3rd International Conference on Health Law and Ethics.

Information: Sharin Paaso, Amer Soc of Law & Med, 765 Commonwealth Ave, Suite 1634, Boston, Mass 02215, USA.

AUGUSTI

□ **13 augusti.** Budapest. 1992 Congress of the European Soc of Philosophy of Medicine.

Information: Prof Jenő Tényi, MD, POTE, Pecs, 7643, Szigeti u 12, Ungern. Tel 72 14-065.

NOVEMBER

□ **25-27 november.** Nynäsgården, Nynäshamn. Näringslära. Anmälan senast 1 oktober 1991.

Information: Apotekarsocieteten, Utbildningsavd, Annette Lindberg, Monica Östberg-Rosell. Tel 08-24 50 85.

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande
specialister har sin
specialistförening.
Allmänläkarnas
specialistförening är SFAM,
Svensk Förening för
Allmänmedicin.*

SFAM har nu mer än 2000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom vidare- och efterutbildning, utvecklingsarbete, forskning, avgränsning mot andra specialiteter, internationella kontakter.

Föreningen utger AllmänMedicin - en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarsvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

Fortfarande finns det emellertid allmänläkare eller blivande allmänläkare som inte är medlemmar i SFAM. Självklart skulle även de ha nytta och glädje av att vara medlemmar i föreningen.

Vi vill särskilt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar *blivande allmänläkare* för SFAM. Årsavgift 300 kronor.

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

Skicka anmälan till AllmänMedicin, Margareta Lindborg, 172 83 Sundbyberg eller ring 08/98 94 92.

Ämnesexpertgruppen har sammanställt ny litteraturlista för vårdcentraler. Finns publicerad i Läkartidningen nr 30/31 1991.

Två år som chefredaktör – en tillbakablick

ANDERS HÅKANSSON

Efter två år som chefredaktör är det dags för en uppsummering. Hur har tidskriften utvecklats under de gångna åren?

Naturligtvis var det förpliktande, men samtidigt stimulerande, att ta vid efter Bo Haglund. Men med hjälp av goda medarbetare har det varit tack-samt att jobba vidare med tidskriften. Kollegorna i redaktionen har bidragit med mycket arbete och gott humör – och Margareta Lindborg har varit en utmärkt redaktionssekreterare.

Under de gångna två åren (nr 4/89 – nr 3/91) har tidskriftens ekonomi blivit allt bättre. Vi ligger numera på en årsomsättning klart över miljonen. Samarbetet med Apoteksbolaget har fungerat utmärkt, såväl journalistiskt som ekonomiskt. Till den goda ekonomin har också våra annonsörer bidragit. Varje nummer har i medeltal innehållit 14 helsidesannonser. Antalet prenumeranter har ökat stadigt och antalet medlemmar i SFAM har ökat likaså. Tidskriftens upplaga har vuxit till cirka 3200 exemplar. Vid årsskiftet investerade vi i en ny datoranläggning.

Tanken är att redaktionssekreteraren skall ta över allt mer av själva tidningsmakeriet och att tryckerikostnaderna därmed skall minska.

Dessutom vill jag påstå att tidskriften efter hand blivit allt bättre, såväl journalistiskt som vetenskapligt. Det har vi naturligtvis framför allt våra skribenter att tacka för. Men i många artiklar ligger även stort redaktionellt arbete bakom slutprodukten. I nästan varje nummer har vi presenterat nyheter från SFAM samt ett flertal recensioner av intresse för allmänläkaren. Vi har haft ett flertal bidrag från våra institutioner och vi har kunnat presentera allt flera allmänmedicinska doktorsavhandlingar (i genomsnitt nästan en per nummer). Stundtals har debattinläggen varit många, även om den glesa utgivningen och den långa pressläggningen naturligtvis försvårar en livaktig debatt.

Jag tar mig här också friheten att utse mina två favoriter bland de gångna årens artiklar. Det blir Henrik Asks "Allmänläkaren vid den stora floden" i nr 5/89 och Carl Edvard Ru-

debecks "Kolesterolet som folkrörelse" i nr 4/90. Båda artiklarna behandlar högst aktuella företeelser och båda är skrivna av duktiga skribenter med en viss distans till sina ämnen.

Vad vill jag då se i den AllmänMedicinska långtidsprognosen? Ja, fortsatt gott samarbete inom redaktionen, fortsatt god ekonomi och fortsatt gott artikelinflöde, står överst på min lista. Dessutom hoppas jag: att inom kort varje distriktsläkare är medlem i såväl DLF som SFAM; att det för föreningarna gemensamma mötet i Växjö våren 1992 blir en lika stor succé som det nyligen avhållna vårmötet i Karlskrona; och att de båda allmänläkarföreningarna framöver kan utge en gemensam tidskrift. AllmänMedicin, kompletterad med ett par fackliga sidor och med en något tätare utgivning (8–10 nr/år), skulle då bli ett allmänmedicinens stolta flaggskepp, med en kraftfull ekonomi och med en stabil såväl facklig som vetenskaplig förankring.

LB 0 65 73

DUR – distriktsläkarnas utbildningsråd

Distriktsläkarföreningen DLF och SFAM har sedan början av 1980-talet samordnat sitt samarbete för att arrangera av efterutbildnings- och fortbildningskurser för distriktsläkare. Två representanter från DLF och två från SFAM utgör Distriktsläkarnas utbildningsråd – DUR. Tillsammans med läkemedelsindustrin och andra organisationer planerar rådet nya kurser. DUR blir ofta kontaktat av exempelvis läkemedelsföretag för planering av kurser, men DUR kan också aktivt gå ut och initiera kurser med olika samarbetspartners.

För samarbetet med läkemedelsindustrin gäller allmänna regler som villkor för att DUR ska gå in i samarbetet. Formellt regleras överenskommen mellan LIF/RUFi och Landstingsförbundet och mellan Landstingsförbundet och Läkarförbundet. Samarbete med DUR underlättar godkännande av kursen, vilket kan vara en förutsättning för att respektive landsting ersätter kursdeltagarnas kostnader. DUR har satt upp Allmänna Regler, som gäller i samarbetet med läkemedelsindustrin. Dessa stipulerar att:

- kursen ska motsvara ett fortbildningsbehov hos distriktsläkare och att alla distriktsläkare över hela landet någon gång ska få inbjudan till kursen. Även privatpraktiserande läkare och företagsläkare kan få inbjudan till kursen, men ska ej vara i majoritet;
- kurstiden ska vara minst en dag, helst två dagar;
- DUR ska delta i hela planeringen av kursen, så att en allmänmedicinsk profil erhålles, men även allmänläkare utanför DUR kan delegeras till kursplanerare;
- lärarstaben ska vara densamma under alla kurser och helst ska lärarna delta under hela kursen;
- kursutvärdering ska fortlöpande göras. Efter fyra kurstillfällen utvärderas kursen och DUR förbehåller sig då rätten att ompröva samarbetet, om kursen ej utfallit bra;
- ingen läkemedelsreklam får förekomma i samband med kurserna.

Planeringen av en ny kurs tar relativt mycket tid i anspråk. Ofta är en eller två medlemmar från DUR plane-

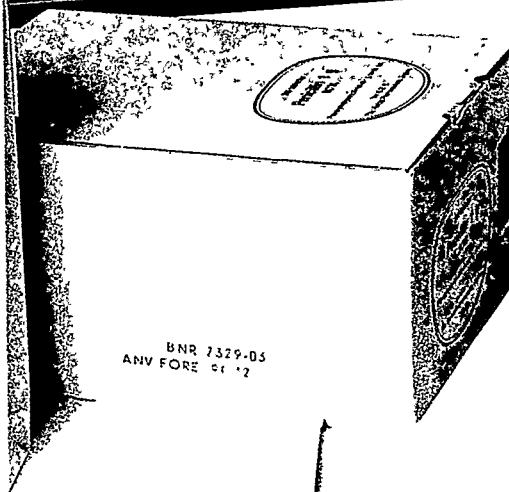
ringspartners och deltar mera aktivt i kursens utformning. Det kan ibland behövas ganska hård styrning och många planeringssammanträden för att det allmänmedicinska synsättet ska tillgodose. När första kursomgången genomförs, är också oftast en DUR-medlem närvarande som observatör.

En önskvärd vidareutveckling av DUR, som i och för sig innebär att DUR nog måste förstärkas personellt och ekonomiskt, vore ökad utbildningsplanering anpassad efter distriktsläkarnas önskemål och behov. Redan nu är DUR-gruppen dock mycket intresserad av att allmänläkare med kursuppslag eller önskemål om att någon typ av kurs anordnas, vänder sig till DUR för en planeringsdiskussion. Ta kontakt med Ingemar Block, Varberg; Olof Svender, Ljusdal; Christina Nerbrand, Karlstad eller Cecilia Björkelund, Göteborg!

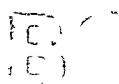
Cecilia Björkelund, med dr, allmänläkare

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

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



Vill du veta mer om våra produkter
och vår affärsidé?



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

Föreningens vårmöte i Karlskrona tillsammans med Distriktsläkarföreningen är lagt till handlingarna och blev en stor framgång för arrangörerna och för svensk allmänmedicin. Uppslutningen var den största hittills med över 300 läkare och många ledsagare. Arrangemangen klaffade utomordentligt. Sedan de för SFAM och DLF gemensamma vårmötena startade har dessa utvecklats till en årlig manifestation för svensk allmänmedicin. Gäster från Danmark, Norge, Finland reste hem med friska och påtagliga intryck av en specialitet i utveckling. Ett stort TACK till arrangörerna med Ingvar Ovhed som primus motor!

Riksdagsrevisorerna

Strax före mötet i Karlskrona hade Riksdagsrevisorernas rapport kommit på remiss till vår moderförening, Svenska Läkaresällskapet. I vårt remissvar hade vi anledning att harangera revisorerna för deras opartiska(?) konstaterande att den satsning på primärvård, som riksdagen beslutat, aldrig genomförts. Vi pekade på möjligheten att utbilda sig "grått" och senare få del av de tjänster i slutenvårds-specialiteter som, trots riksdagsbeslut, skapades och som motarbetat försöken till styrning av läkare till primärvården. Vi pekade på svårigheterna att bjuda en attraktiv och god utbildning i en för glest läkardimensionerad primärvård och vi kommenterade den kraftiga utbyggnaden av en parallellorganisation, som ju företagshälsovården på många håll är, och hur många allmänläkare lockats dit. Det fullständiga remissvaret finns tillgängligt hos sekreteraren.

I Sällskapets remissvar finns glädjande mycket av vårt remissvar med.

Viktigast är kanske att Sällskapet uttalar sig för att primärvårdens läkare skall vara specialister i allmänmedicin och att ett dimensioneringstal om en allmänläkare per 2000 invånare är rimligt. (Vi får väl komma igen för att justera siffran neråt). Vi hade i vårt remissvar föreslagit, att man borde vänta med att utnämna Dala-modellen till riksmodell för primärvårdsuppbyggnad i landet och föreslog istället en gradvis och konstruktivt erfarenhetsbaserad utveckling från det vi redan har och som på många håll hunnit långt. Även detta fann gehör i Sällskapets remissvar.

Efter att remissvaren influtit (och många från enskilda distriktsläkare var uppskattade) har Riksdagens revisorer sammanställt ett förslag 1990/91:17, som går vidare till socialutskottet. Där är det centrala att primärvården måste stärkas, att en omfördelning av läkarresursen bör ske och man nämner tanken att använda ekonomiska incitament för att nå syftet. Man anser att för framtiden en rimlig fördelning av läkarkåren mellan specialiteter måste nås genom förändringar inom grund- och specialiseringsutbildningen.

Vid PIFF-diskussionerna i Karlskrona fick vi för övrigt stöd från våra danska kollegor för vår ambition att slåss för vårdcentralen som samlande institution. De är avundsjuka på oss för hur vi byggt upp dessa och deras roll för professionellt och socialt stöd för allmänläkare. Läs mera om detta i Nordisk Medicin nr 4/91, där även framgångsrika finländska försök att strukturerat gå vidare i primärvårdsomvandlingen refereras.

Specialistutbildningen

SFAM-styrelsen har bildat ett utbildningsutskott för att ta fram ett "Underlag för specialistutbildning i allmänmedicin". Vi vänder oss till cirka 25 kunniga och ansedda medlemmar och ber dem koncist formulera i korta satser vilka kunskaper som krävs inom olika fält av allmänmedicin, såväl sjukdoms/symtomområden som andra områden, till exempel konsultation, administration och ortopedisk medicin. Vice ordförande Christina Nerbrand basar i utskottet. Tidsplanen innebär att vi hoppas under hösten kunna erbjuda denna konkretisering av målbeskrivningen till blivande allmänläkare, studierektorer och handledare. Med det som grund blir det möjligt att utifrån lokala förutsättningar gå vidare, bestämma var och av vem kunskaperna skall förvärfas. Dokumentet skall kunna fungera som kravspecifikation i förhandlingar med kliniker för att skapa bra utbildning för den blivande specialisten, med utbildningen som det väsentliga, inte klinikbehoven.

Vi vill än en gång peka på behovet av studierektorer för att åstadkomma den goda utbildning som är en förutsättning för att attrahera duktiga studerande till allmänläkarbanan. Agera på er hemmaplan!

Avslutningsvis gläds styrelsen åt den fortsatta tillväxten av föreningen. Vi arbetar på att nå dithän, att alla allmänläkare finner det självklart att vara med i, arbeta i och stödja sin specialistförening. Vi är på god väg!

Gävle i juni 1991

Mats Ribacke
Ordförande

Vi har bildat SFAM-Z

Distriktsläkarna och allmänmedicinarna i Jämtlands län bildade den 29 januari 1991 en lokalavdelning av SFAM. Syftet med föreningen är att stödja varandra i vänskap, umgänge och utveckling av vår allmänmedicinska kompetens. Det har blivit viktigt att slå vakt om innehållet i dessa tider då formerna för vår verksamhet kan stöps.

Den slutliga kicken att starta kom av vårt arbete med vårmötet DLF/SFAM våren 1990. Vi hade fungerande arbetsgrupper och något litet pengar över – liksom inspiration över uppgiften och insikt om att vi behöver varandra.

Mats Ribacke kom och hjälpte oss i starten med att berätta om sin och Gävleborgarnas strävan att få bra innehåll i både vardag och forskning (sic).

Vår förening kommer att anordna vårting första junilördagen, då vi leker i det gröna, förhandlar, delar ut diplom, hälsar de färdiga FV-läkarna välkomna och äter middag tillsammans. På hösten har vi årsmötet, då vi bjuder in en gästföreläsare, har FoU-seminarium, delar ut premier och umgås.

Allmänt och målinriktat bevakar vi utbildningsinsatser för distriktsläkare i länet. Vi har en egen utbildningsgrupp

där även FV/ST-läkarna ingår och vi samverkar med huvudman, industri och andra organisationer för att möjliggöra en bra fortbildning.

Styrelsen består de närmaste två åren av Hans Beijer (sekreterare, initiativtagare och kontaktman), Dagrún Lihnell (kassör), Torben Grut, Olof Englund och Kaj Norrby, ordförande.

Ju bättre nätverk vi bygger ju bättre håller vi.

Kaj Norrby

Postadres: Hoverberg 2060, 840 40 Svenstavik.

Utbildningens betydelse för rekryteringen av nya distriktsläkare inför målet 1 distriktsläkare/2000 invånare i Stockholms läns landsting

LENA KARLBERG

Allt fler FV-läkare hoppar av sina block i allmänmedicin och specialistkompetenta distriktsläkare byter specialitet. Politikernas ambition att nå målet 1 distriktsläkare/2000 invånare tar sig uttryck i inrättandet av fler FV-block. Till vilken nytta?

Nyckelord: Medicinsk utbildning, allmänmedicin, distriktsläkare.

Den 1/1 1992 startar en helt ny specialistutbildning. Detta gäller förvisso inte bara specialistutbildningen i allmänmedicin, utan för alla medicinska specialiteter, men det kommer att ha en utomordentligt stor betydelse för just allmänmedicin och utformningen av denna utbildning kommer att få en avgörande betydelse för allmänmedicinens framtid.

Om politikernas intention och genuina vilja är att allmänmedicin skall byggas ut, kan man emellertid inte starta med specialistutbildningen i ämnet. Marken måste sopas ren redan från början. Detta betyder, att redan de unga medicinstuderandena måste få respekt för ämnet och tidigt lära känna dess speciella betydelse för ett framtida friskare samhälle. En kurs på tionde terminen på 14 dagar upplevs mest som något onödigt ont som snabbt måste klaras av för att få tentamensbokens tomma rader ifyllda och har inte en rimlig chans att sätta några djupare spår. Om några alls! I en utbildning som sträcker sig över 4.5 år har allmänmedicin mindre chans att prägla kommande distriktsläkare än kemister! I länder där allmänläkare har någon betydelse, som till exempel i England, måste den medicinstuderande varje termin vara verksam på en vårdcentral under tre veckor. Detta är något att begrunda och det är här det hela måste börja. Men att förändra institutioner tar tid och någon tid finns inte. I stället får vi börja med AT-tjänstgöringen.

AT-läkaren är tvingad att vara verksam på vårdcentral sex månader. De flesta AT-läkare har vid det här laget

redan hittat sin nisch och vill så lindrigt som möjligt komma undan sin vårdcentraltjänstgöring. Men en del känner sig allmänt förvirrade och famlar efter en ledtråd för sin framtid. Det är dessa famlande, obeslutsamma blivande legitimerade doktorer som möjligen kan uppfångas och entusiasmeras till en specialistutbildning i allmänmedicin. Det är här vi har vår chans! Eller har vi det? Som det ser ut idag med underbemannade vårdcentraler, orimliga krav från politiker och därmed från befolkningen, ständigt nya arbetsuppgifter, sjukhuskollegornas förakt (oförståelse? avundsjuka?) sjuksköterskestyrda mottagningar och utan märkbart stöd uppifrån, är det för mig ett under att vi vinner några AT-läkare över huvudet! Den insats som ligger bakom ett sådant vinande är en insats för livet – ett framförande under vårdor för att släktet inte skall gå under. Vårdorna är förvisso kopplade till kärlek, kärlek till yrket, en övertygelse om dess oerhörda betydelse för framtiden, för människors hälsa och välbefinnande.

De flesta AT-läkare tas med förtjusning emot av sköterskorna. Snabbt fylls deras dagschema upp med akutfall, fall som för sköterskorna är "snabba och enkla", men som för AT-läkaren är otrampad mark och väcker osäkerhet. Att titta i ett öra, att bedöma en ond rygg eller bedöma en flytning, är för de flesta AT-läkare svåra uppgifter för vilka de behöver handledning. På ett sjukhus finns handledningen alltid där, på ronderna, i korridorerna, i läkarnas gemensamma undersökningsrum, på sköterskeexpeditionen. Dessutom finns patienten i sängen och anamnes och klinisk undersökning kan ständigt kompletteras. På vårdcentralen sitter man i sitt rum med patienten framför sig, förväntansfull och krävande. Snabba beslut måste tas, osäkerheten måste man bära med sig hem.

Om en AT-läkare ska "vinnas" till allmänläkare, måste han få en handledare, en handledare som har tid och intresse att dela med sig av sina erfarenheter och färdigheter (som inte kan

läsas in från någon lärobok), en handledare som inte känner sig pressad av sitt eget patientarbete, utan har ork och kraft att intressera sig för sin "elev". Det skall finnas utrymme för ett "Mäster-Lärling"-klimat på de vårdcentraler där det finns AT-läkare. Detta gynnar patienterna och orättvist vanrykte om distriktsläkares kompetens skulle kunna förhindras. AT-läkarna måste också ha tillfälle att träffa sina kollegor och utbyta erfarenheter under ledning av erfaren och pedagogiskt utbildad distriktsläkare. På sådana seminarier skall allmänmedicinens kärna, konsultationen, belysas, empatins betydelse och relationens terapeutiska verkan skall klargöras och etiska ställningstaganden dryftas. Har en AT-läkare under sex månader fått leva i ett sådant klimat, finns det stora chanser att denne beslutar sig för att specialisera sig till allmänläkare. I bästa fall får hon/han ett FV-block för att starta sin specialistutbildning.

Från den 1 januari 1992 kommer hon/han i stället att söka en ST-tjänst. Utrymmesmässigt sett kommer detta att motsvara nuvarande FV-block, men i praktiken kommer utbildningen att få ett helt annorlunda utseende. Mot att tidigare ha fått sig serverat en från centralt håll, med stor möda ihoppysslad, välplanerad 4.5-årsplan innehållande allmänmedicin, internmedicin, barntjänstgöring, gyntjänstgöring och psykiatritjänstgöring kommer han nu att söka sin tjänst inom primärvården och utifrån egna resurser, bedömda av studierektor och handledare (om sådana kommer att finnas) forma sin utbildnings innehåll och längd. Utbildningen skall vara målstyrd och individualiserad. Man kan fråga sig hur de berörda klinikerna skall kunna hålla meningsfyllda utrymmen tillgängliga för tillträde "när behov finnes". Redan under den nuvarande FV-utbildningen har flera Stockholmskliniker klart visat ogästvänlighet gentemot FV-läkarna i allmänmedicin och utbildning med sikte på en kunnig (och i framtiden icke onödigt remitterande) distriktsläkare har inte alltid varit märkbar. Skall framtidens

ST-läkare få en gedigen utbildning som leder till en kompetent och i sitt yrke trygg allmänläkare fordras stora insatser.

En distriktsläkare/2000 invånare säger politikerna. Massor saknas! Att bjuda ut fler ST-tjänster tycks vara en enkel lösning på problemet. Detta är emellertid självbedrägeri! Många ST-tjänster utan studierektorer och handledare är en katastrof som definitivt kommer att decimera allmänläkarkåren. Det kommer också att innebära vårdcentraler fyllda med osäkra och sjukhuspräglade underläkare som kommer att medikalisera befolkningen och sänka förtroendet för kåren. Det hela blir en ond cirkel och kommer att leda till allmänmedicinens undergång.

Gärna fler ST-tjänster men då samtidigt fler ordinarie distriktsläkare, fler studierektorer och fler handledarutbildade allmänläkare! Hellre kvalitet än kvantitet! Bort med kortsiktiga lösningar som förlamar framtiden!

Inför år 2000 finns det en intention att fördubbla ST-utrymmena i Nordvästra sjukvårdsområdet. För närvarande utlyses åtta block/år och området har cirka 30 FV-läkare "på gång" i området.

En studierektor kan maximalt hantera 15 FV-läkare (studierektorer skall arbeta halvtid med patienter och halvtid med studierektorsarbetet). Fördubblas blocken måste fler studierektorer tillsättas. Som det är idag skall utbildningsintresserade distriktsläkare lämna halva sin patientmottagning och ta på sig studierektorfunktionen på den andra hälften. Pengar fås endast till studierektorsfunktionen! Den tomma halvtiden på mottagningen får PVO-området själv se till att fylla eller lämna tomt. Eftersom det inte finns några resurser inom de snäva ramar som råder idag, är risken stor att det blir tomt på mottagningen. Vem skall då handleda på mottagningen? Ja, vem skall ta hand om patienterna? Det är väl trots allt fortfarande så att politikerna sätter patienterna i första rummet? Om studierektorer skall tillsättas skall de utlysas som heltidstjänster och inte utarma de redan underbemännade mottagningarna!

ST-läkaren skall inför år 2000 ha tillgång till studierektor, personlig handledare, seminarieverksamhet och forskningshandledning. Får han inte det kommer inom några år vårdcentralerna i Stockholms läns landsting att tömmas.

Författarpresentation

Lena Karlberg, distriktsläkare.

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

Kommentar

SFAMs styrelse delar Lena Karlbergs uppfattning att kvalitet bestämmer hur rekryteringen av blivande allmänläkare kommer att lyckas och därmed primärvårdens framtid. Övergången till den nya specialistutbildningen har dragit fram frågan om utbildningsinnehåll och utbildningskvalitet i centrum. Vad gör då SFAM för att verka för en bättre utbildning, och vad vet vi om vad som görs på central nivå?

Målbeskrivningen är klar och har presenterats i AllmänMedicin. Den slutliga version som Socialstyrelsen lämnar vidare är inte officiell, men endast små förändringar är att vänta. Troligen utelämnas passusen om att examination erbjuds.

För att ge substans åt målbeskrivningen krävs tjänstgöringsprogram. Styrelsen arbetar med ett underlag för specialistutbildning i allmänmedicin (se Nytt från SFAM i detta nummer).

Studierektorsfunktionen är viktig. På vårmötet i Östersund 1990 ägnades ett symposium åt att presentera innehåll och erfarenheter av erfarna studierektorer, Lena Karlberg var en av dem. Moderatoren Sven-Olof Andersson har åtagit sig att samla och i vår tidskrift meddela det som där presenterades, och på sikt hoppas vi ha en handbok för studierektorer.

Arbetet med specialistexamination i allmänmedicin, som examinationsutskottet i SFAM under ledning av Ulf Måwe engagerat driver, har bland annat till syfte att göra tydligt vad som skall vara det väsentliga innehållet i utbildningen och det blir ett stöd för ST-läkare, handledare och studierektorer.

Det är av fundamental betydelse att landstingen får klart för sig att de efter den 1 januari 1992 har ett stort ansvar för den framtida läkarförsörjningen och kvaliteten hos sina doktorer. Då styrelserepresentanter för SFAM och DLF i december 1990 under en heldag fick möjlighet att med Landstingsförbundets ordförande och dennes närmaste medarbetare diskutera viktiga sjukvårdsfrågor ur primärvårdsperspektiv, togs även utbildningsfrågor upp. Vi efterlyste aktiviteter från Landstingsförbundet för att sprida insikt ute i landstingen om de funktioner, och därmed resurser, som krävs för en god specialistutbildning.

SFAM har ett gott stöd för sitt arbe-

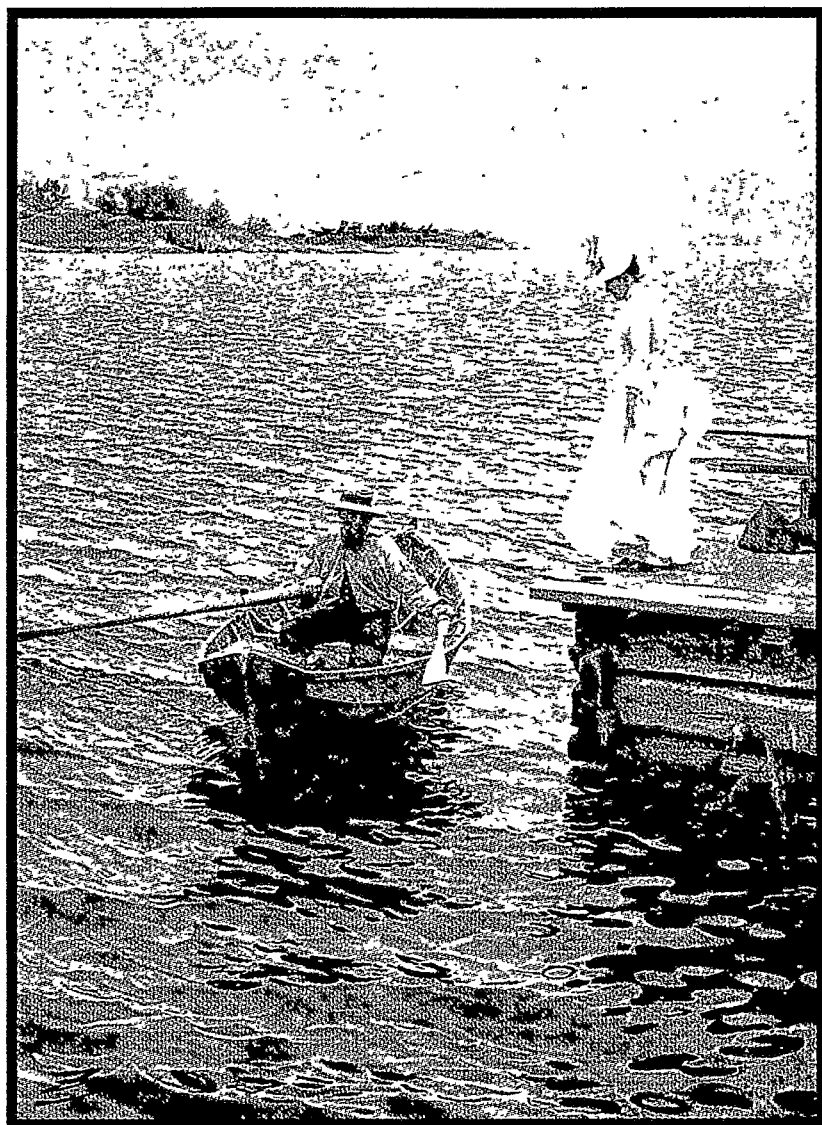
te inom utbildningsområdet av Svenska Läkaresällskapet, det har bland annat kommit till uttryck genom ekonomiskt stöd i examinationsarbetet. Den 2 april hade sällskapet inbjudit Landstingsförbundet till diskussioner om aktuella sjukvårdsfrågor. Som medlem av sällskapets nämnd gavs undertecknad möjlighet att delta. Första punkt på dagordningen var utbildningsfrågor. Från Landstingsförbundet rapporterades då att man under den gångna våren och kommande höst inbjuder till konferenser på ämnet läkarutbildning, tillsammans med Socialstyrelsen och riktade till landstingen. Behovet av ST-kurser påtalades och en grupp med Landstingsförbundet och Socialstyrelsen representerade uppgavs arbeta med denna fråga. Det är tillsvidare (april 1991) oklart om ansvar och ekonomiförhållanden för dessa kurser. Vi påtalade brädskan då det gäller att finna lösningar både vad gäller handledar/studierektorsfunktioner och oklarheterna kring kurser. Vi talade även för behovet av enhetlig bedömning av när specialistkompetens är uppnådd, men fick inget gehör då det gäller obligatorisk examination som ett sätt att uppnå detta.

Läkarförbundet har i Spur-projektet dragit fram i ljuset de problematiska och ibland, i synnerhet för blivande allmänläkare, undermåliga villkor som 1980-talets specialistutbildning skett under. Här har SFAM och DLF medverkat sida vid sida. Hur fortsättningen på det arbetet kommer att se ut vet vi inte ännu, det handlar som vanligt om pengar bland annat.

Det är av mycket stor betydelse att ovan relaterade aktiviteter kompletteras lokalt med påverkande och insiktskapande arbete av distriktsläkarna "på plats". Landstingsförbundet kan bara informera och peka på behov, det är lokalt som det viktiga arbetet måste ske. Samarbete mellan den vetenskapliga föreningen (SFAM) och den fackliga (DLF) är en styrka och ett behov i denna viktiga fråga. Vi måste mobilisera alla goda krafter, både centralt och lokalt, för att skapa den rekryteringsbas som en god utbildning rimligen kan bli och bör vara.

*Mats Ribacke
Ordförande SFAM*

Nytt antihypertensivum med tilltalande metabol profil.



Anders Zorn. SOMMARNÖJE 1886. Akvarell på papper, 76 x 56. (beskuren)

- Fördelaktig effekt på lipidmönstret
- Ingen negativ påverkan på glukosmetabolismen
- Fysiologiskt tilltalande verkningsmekanism med bibehållen fysisk prestationsförmåga
- En gång om dagen

Alfadil
(doxazosin)



PFIZER AB, BOX 501, 183 25 TÄBY. TEL. 08-758 01 30.

Katalogtext

ALFADIL R. Tabletter 1 mg, 2 mg och 4 mg. CO2C A04. Blodtryckssänkande medel. Deklaration. 1 tablett à 1 mg innehåller: Doxazosin, mesyl. respond. doxazosin, 1 mg, lactos. 40 mg et constit. q.s. 1 tablett à 2 mg innehåller: Doxazosin, mesyl. respond. doxazosin, 2 mg, lactos. 40 mg et constit. q.s. 1 tablett à 4 mg innehåller: Doxazosin, mesyl. respond. doxazosin, 4 mg, lactos. 80 mg et constit. q.s. Egenskaper. Den verktsamma substansen i ALFADIL tabletter har den generiska beteckningen doxazosin och är ett kinazolinderivat. Doxazosin utövar sin vasodilaterande effekt genom selektiv och kompetitiv blockad av postsynaptiska alfa-1-receptorer. Doxazosin absorberas så gott som fullständigt efter oral administrering. Biotillgängligheten är ca 63%. Maximal plasmakonzentration uppträder efter ca 2 timmar. Den maximala blodtryckssänkningen ses normalt efter 2-6 timmar. Proteinbindningen är hög (98%). Distributionsvolym: 1 l/kg. Clearance: 1,3 ml/min/kg. Doxazosin metaboliseras i stor utsträckning i levern och mindre än 5% utsöndras oförändrat. Den effektiva halveringstiden vid steady state är ca 10 timmar. Studier på äldre har ej visat några större farmakokinetiska skillnader. I kliniska studier har visats att den blodtryckssänkande effekten kvarstår 24 timmar efter intag av ALFADIL tabletter. Toleransutveckling har ej observerats vid långtidsbehandling med doxazosin. Förhöjd plasmareninaktivitet liksom takykardi är sällsynt vid underhållsterapi. Doxazosin har visat effekter på blodlipiderna med en signifikant ökning av kvoten HDL/totalcholesterol även vid långtidsbehandling. Inga negativa metaboliska effekter har visats. Indikationer. Hypertoni. ALFADIL tabletter kan användas som monoterapi eller i kombination med en utärd eller betablockerande substans, då behandling med diuretika eller betareceptorblockerare ej givit önskad effekt eller är olämplig. Kontraindikationer. ALFADIL rekommenderas tills vidare inte till barn under 12 år. Försiktighet. I tills ytterligare erfarenhet erhållits bör patienter med nedsatt leverfunktion kontrolleras noggrant. Graviditet. Kategori B₁. Se speciellt avsnitt markering. Erfarenheter från människa är begränsade men hitintills har ej någon form av säkerställd störning i reproduktionsprocessen kunnat iakttagas. Fertilitetsstudier på råttor som erhållit höga doser doxazosin har visat reversibla effekter på hanarnas fertilitet (fördröjd ejakulation). I tills ytterligare erfarenheter föreligger för ALFADIL ej ges under graviditet annat än efter särskilt övervägande. Amning. Grupp IV. Uppgift saknas om doxazosin passerar över i modersmjölk. Biverkningar. Förkommande biverkningar härrör huvudsakligen från preparatets farmakologiska egenskaper. Merparten av biverkningarna har varit övergående eller har tolererats vid fortsatt behandling. Vanliga (>1/100). Allmänna Trötthet/illamående, kraftlöshet. Cirk.: Yrsel, postural yrsel, svindel, odem. CNS: Huvudvärk, muskelkramp. GI: Förstoppning, dyspepsi. Lufsvägar: Andnod, nästäppa. Psyk.: Fordröjd ejakulation, apati. Urinvägar: Tata trängningar, ökad urinutsondring. Ögon: Ackommodationsstörningar. Mindre vanliga. Allmänna: Ansikts/generell odem, synkope, ansiktsrodnad, feberfrossbrytningar, blekhet. Cirk.: Postural hypotension, arytmier, perifer ischemi, angina pectoris. CNS: Darrningar, muskelstelhet. GI: Anorexi, aptitökning. Hud: Alopeci. Lufsvägar: Nasblod, bronkospasm, hosta, faryngit. Metabol.: Törst, hypokalemi, gikt. Muskuloskel.: Muskelsmärter, ledsvullnad/ledvärk, muskelsvaghet. Neurol.: Smakförändringar. Psyk.: Mardrömmar, minnesförlust, känslolabilitet. Urinvägar: Inkontinens, urineringssstörningar, dysuri. Ögon: Onormalt tårflöde, fofobi. Öron: Susningar. Sallsynta (<1/1000). Cirk.: Cerebrovaskulär störning. Metabol.: Hypoglykemi. Lufsvägar: Struphuvudsödem. Dosering. ALFADIL tabletter ges en gång dagligen. Initialdosen är 1 mg. Dosen kan beroende på terapissvar ökas till 2 mg efter 1-2 veckor. Om nödvändigt kan dosen sedan fördubblas. Doser på upp till 16 mg har använts men dygnsdoser över 8 mg ger sällan ytterligare blodtrycksreduktion. Förpackningar och priser. Tabletter 1 mg (vita, runda, präglings CN-1, Pfizersymbol). 28 st (dagmärkt, tryckpack), 133,00. 98 st (dagmärkt, tryckpack) 420,00. Tabletter 2 mg (vita, avlånga, valvda med skåra, präglings CN-2, Pfizersymbol). 98 st (dagmärkt, tryckpack) 483,00. 100 st (glas) 492,50. Tabletter 4 mg (vita, rombiska, präglings CN-4, Pfizersymbol). 98 st (dagmärkt, tryckpack), 612,50. 100 st (glas), 625,00. Apotekets utförsäljningspris feb. 1991.

Skall distriktsläkare förebygga?

KJELL LINDSTRÖM

Vi vet med säkerhet att en majoritet av allvarliga sjukdomar och dödsfall före 65 års ålder orsakas av vårt sätt att leva. Vi vet idag också att en stor del av dessa sjukdomar och för tidiga dödsfall troligen kan förebyggas.

Det handlar som alla vet om att påverka matvanor, motionsvanor, bruk av tobak och alkohol och den psykosociala överbelastningen. Det finns exempel på att vi med små medel kan göra stor nytta. Vi vet också att det är mycket svårt att påverka slutresultatet när man kommer in sent i förloppet som sjukvården traditionellt gjort. Vi kan tyvärr endast mycket marginellt påverka förloppet sedan hjärtinfarkten eller cancersjukdomen väl utvecklats. Ändå är det sjukvårdsarbetet som många i hälso- och sjukvården tycker är det viktigaste och det enda som de vill syssla med. Att påverka insjuknandefrekvensen tycks inte vara lika intressant.

Jag förvånas ofta över alla argument mot förebyggande arbete som jag hört under åren.

Tidsbrist. Man hinner inte ens med de sjuka. Det är mycket viktigare att ta väl hand om de sjuka. Det finns ingen tid för nya arbetsuppgifter.

Kunskapsbrist. Vi vet för lite. Vetenskapliga undersökningar ger motstridiga uppfattningar, framför allt när de tolkas av tvivlare.

Respektera patienternas integritet. Vi kan inte lägga oss i våra patienters liv. De måste själva få ta ansvar för vad de vill göra. Om någon vill röka, måste han ha rätt att göra det. Det är inte vår roll att komma med pekpinna.

Skapar oro. Allt tal om risker oroar befolkningen. Vissa anser till och med att oron gör mer skada än de olika riskfaktorerna!

Metodbrist. Vi vet inte hur vi ska göra för att lyckas. Det finns inga bra metoder med bevisad effekt. När inte ens Sveriges bästa medicinklinik (Lars Werkös) lyckas är det ingen idé att någon annan försöker.

Inte vårt bord. Vi är utbildade för sjukvård. Det är andras uppgift att förebygga.

Ja, ursäkterna även bland oss distriktsläkare för att slippa arbeta förebyggande är många. Man undrar över orsakerna. Det handlar förstås om attityder och inställning och inte om vetenskap. För det är ju så att:

- vi säkert har tid om vi vill. Det handlar ju om kanske högst en halv till en timma varje vecka per distriktsläkare.
- vi vet faktiskt en hel del även om mycket kunskap saknas. Vi vet i varje fall tillräckligt för att kunna arbeta de närmaste 5-10 åren.
- efterfrågan finns. Patienterna tycker att hälsovård är viktigt och man vill att vi ska hjälpa dem att förbli friska. Kunskaper om risker och hur man själv kan göra för att minska dessa ger snarare patienten trygghet än oro.
- visst är det vårt bord att bidra i det förebyggande arbetet men tillsammans med många andra.
- det finns många exempel på att det går, om vi bara vill och om vi hjälps åt!

Men vi kanske inte tycker att förebyggande arbete är viktigt?

- trots att en stor del av för tidigt insjuknande i allvarliga sjukdomar och för tidig död kan förebyggas.
- trots att det står i hälso- och sjukvårdslagen att det är vår skyldighet att arbeta förebyggande.

Vår inställning är kanske sådan att vi prioriterar alla övriga viktiga arbetsuppgifter. Som till exempel att skriva ut lugnande mediciner och sjukskriva onda ryggar?

Det är tur att vi inte har samma höga krav på vår dagliga sjukvårdande verksamhet som på förebyggande arbete. För vi är väl inte säkra på att vi alltid gör nytta när vi skriver ut sömnmediciner, analgetica, antibiotika med mera? Vi vet väl inte alltid säkert hur vi ska behandla ryggont, epikondyliter, psykiska insufficienstag med mera?

Jag tror att det för några kan bli ett besvärligt uppvaknande när de upptäcker att de under en lång period i livet arbetat med delvis fel saker!

Jag avslutar med två råd hämtade ur Alfred Frimans bok "Nya grepp och friska vindar".

Råd I: Du blir vad du tänker

Väsentligt fler människor misslyckas i sitt arbete på grund av sina attityder än på förmågan att utföra arbetet. Attityderna är i sin tur beroende av hur du ser på dig själv och din omgivning. De är beroende av vad du tänker, hur du pratar och hur du resonerar med dig själv. De människor som tänker problem - skapar problem. De som tänker möjligheter - skapar möjligheter. Attityder är fråga om personligt val.

Råd II: Det finns två sätt att se på sitt arbete

Man kan se jobbet som ett slags gröt-lunk. En inkomstkälla för att få ihop pengar till nöjen och fritid. Gör man det har man avlagt sig minst en tredjedel av livet och kanske gjort resten av livet mindre meningsfullt.

Man kan också se jobbet som ett medel att förverkliga sina idéer. Ett medel för att bli en aktiv del i ett levande, positivt samhälle. Vara med i ett framåtskridande. Då blir arbetet en viktig del av ditt liv. Du skapar själv dina möjligheter. Valet är ditt.

Författarpresentation

Kjell Lindström, distriktsläkare

Postadress: Habo vårdcentrum, Box 204, 566 00 Habo.

Stor kringpersonal avlastar inte distriktsläkarna

BJÖRN OLSSON

Kjell Lindströms artikel i AllmänMedicin nr 3 1991 är egentligen utmärkt. På ett ganska raljant sätt kritiserar han kvartersakuten i Stockholm och visar oavsiktligt (?) på det systemfel som hittills präglat tänkandet vad gäller organiserandet av allmänmedicinen i Sverige (i varje fall den landstingsdrivna delen).

Att vi upplevt oss styrda av andra i vårt dagliga arbete har ju varit distriktsläkarnas största arbetsmiljöproblem vid sidan av det alltför stora patienttrycket. Patienttrycket mot distriktsläkarna har ju inte heller avlastats trots att man satsat på en stor kringpersonal – antal personer kring varje distriktsläkare är ju vid en internationell jämförelse mycket högt i Sverige. I stället har de många sköterskorna och undersköterskorna på våra vårdcentraler lett till att ett stort antal patient/läkarkontakter sker indirekt via övrig personal, ett sätt för mänsklig kommunikation, som inte kan anses vara särskilt lyckat.

På grund av detta är distriktsläkarna överbelastade och styrda, stressade och hoppar i strömhopp till bättre arbetsförhållanden inom företagshälsovård etc.

Vad Göran Sjönell och hans kollegor i Stockholm gjort är alltså att man avskaffat de byråkratiska system som hindrar patienterna från att komma i direkt kontakt med sin doktor, samtidigt som man inrättat fler distriktsläkartjänster. Med andra ord har man avskaffat systemet för *ransonering av distriktsläkarutbudet till allmänheten*. Liksom alla andra ransoneringssystem har också detta system visat sig vara ineffektivt och mycket av den åtrådda bristvaran (distriktsläkarkraften) försvinner i spill efter vägen. Tänk bara på hur svårt det är att bedöma sjuk-skrivningsbehov, medicineringsbehov, remissbehov på basis av andrahandsuppgifter när rådgivningssköterskan pratat med patienten i telefon och doktorn efter att ha pratat med sköterskan ska ta ställning till ett sådant problem. Sådana situationer uppstår ju dagligen med det (numera) traditionella rådgivningssystemet. Några lättillgängliga snabba läkartider brukar ju i regel inte finnas kvar för den här typen av problem.

Vid Hertsö vårdcentral i Luleå avskaffade vi alla ransoneringssystem och införde öppen mottagning samt

att läkarna själva bokade in alla sina patienttider i november 1990 utan att antalet läkartjänster utökades. Trots att vi nu handlägger något fler läkarbesök, upplever vi vår situation som betydligt lugnare, vi har kontroll över vår arbetsdag och våra patienter har lättare för att få träffa oss. Samtidigt är patienterna nöjda med att få träffa läkaren när man upplever sig ha behov av detta.

Kjell Lindström konstaterar mycket riktigt att vi har brist på distriktsläkare i Sverige. Därför vill han permanenta ransoneringssystemet. Han ser dock inte sambanden korrekt. Om han ställde sig frågan *varför* vi har denna brist, skulle han förstå att den beror på just ransoneringen. Trots alla stolta politiska trumpetfanfarer har distriktsläkarjobbet fortsatt att vara svårrekryterat. Orsaken till detta (vid sidan av att löneläget är lägre än för motsvarande slutenvårdstjänster) tror jag är att distriktsläkarjobbet i ett för stort

upptagningsområde aldrig kan göras attraktivt, oavsett hur många distrikts-skötersketjänster och underskötersketjänster som tillskapas för att hindra patienterna från att komma fram till doktorn.

Slutligen – Kvartersakuten är ett obyråkratiskt system för direktkontakt mellan läkare och patient. I sina detaljer är det helt visst anpassat för Stockholmsförhållanden. Det som jag dock tror är allmängiltigt är behovet av obyråkratiska vårdadministrativa system och att läkarna tar ansvar och makt över sin egen tidbok. Detaljerna skiljer sig mellan stad och land och från vårdcentral till vårdcentral. Att raljera med dem som går i spetsen för förändringsarbetet kan kanske knipa en del billiga skratt, men för inte svensk primärvård framåt.

Björn Olsson, distriktsläkare

Postadress: Hertsö vårdcentral, Box 843, 951 28 Luleå.



CALL FOR ABSTRACTS

The College of Family Physicians of Canada has issued a
CALL FOR PAPERS for:

“THE 13th WONCA WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE”

to be held in Vancouver, B.C. Canada, May 9-14, 1992.
The Conference theme is “Family Medicine in the 21st Century”

All papers will be presented in POSTER format, in either French or English. Some papers will also be selected for oral presentation.
Abstract forms are available by writing to the Conference
Co-ordinator's address below.

Also available: Abstract forms for the CALL FOR MEDICAL/
EDUCATIONAL SOFTWARE, highlighting computer software
relevant to the practice of family medicine.

Deadline for Submissions: September 30, 1991

Abstract forms are available in English and French. To obtain abstract
forms and information about WONCA '92, please contact:

Ms. Terri Garbutt, Co-ordinator, WONCA 1992
The College of Family Physicians of Canada
4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada M2K 2R9
telephone (416) 493-7513 or facsimile (416) 493-3224

(416) - 629-0900

MAGBESVÄR.

SPRITBEGÄR?

PANKREATIT?

PANKREON. (pankreatin)



Verksamma ämnen: pankreasenzymer. Indikation är sekretorisk pankreasinsufficiens med malabsorption, t ex kronisk pankreatit. Pankreon finns som enterogranulat (1,6 g pankreatin) och enterokapslar (0,3 g pankreatin).

"Det gäller att finna dem bland de sjuka som är sjuka p g a sina alkoholvanor."*

Patienter med magsmärtor är ofta svåra att diagnostisera korrekt. Magkatarr? Gallsten? Eller något annat?

För att kunna ställa en riktig diagnos är det viktigt att även kontrollera patientens alkoholkonsumtion. Om det kan misstänkas att han eller hon missbrukar alkohol sedan länge, finns det goda grunder att undersöka pankreasfunktionen.

20% av alla alkoholister med mer än fem års missbruk drabbas av kronisk pankreatit med svåra magsmärtor till följd**.

Att förneka sin sjukdom ingår i alkoholistens beteendemönster, så det är mycket svårt att få sanningsenliga svar och ställa rätt diagnos.

Men det finns vägar att gå. Omfattande studier har gjorts på området, och olika undersökningar har kommit fram till ett antal fungerande frågetekniker.

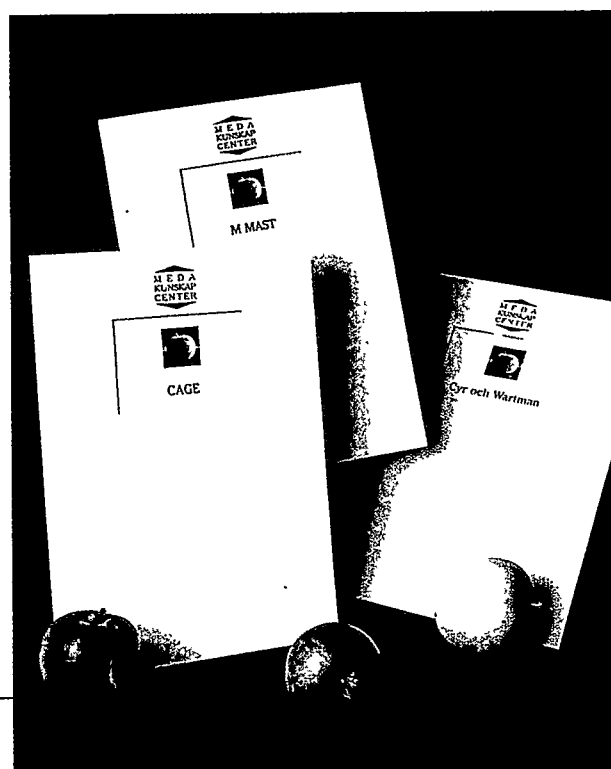
Med riktig frågeteknik kan alkoholism i högre utsträckning diagnostiseras och ett större antal patienter gå till utredning och adekvat terapi.

Olika frågetekniker är ett av de ämnen inom kunskapsområdet Alkoholism som ingår i Meda Kunskap Center.

En första hjälp vid behandling av kronisk pankreatit är substitution med Pankreon Enterokapslar eller Pankreon Enterogranulat.

* Å. Nordén. Alkohol som sjukdomsorsak.

** G. Skude, J. Wadstein. Acta Med Scand 1977. 201:53-58.



Ja tack, sänd mig snarast: ☐ M MAST (frågetekniker) ☐ CAGE (frågetekniker) ☐ Cyr och Wartman ☐ Broschyren "Meda Kunskap Center" ☐ Kontakta mig snarast.

Namn _____

Befattning _____

Sjukhus/klinik _____

Adress _____

Postnr _____ Ortsadress _____

Tel _____

Sänd kupongen till Meda AB, Box 138, 401 22 Göteborg.
Eller ring 031-17 68 40.

Meda Kunskap Center erbjuder produkter, terapier, utbildning, kunskap och service inom följande 14 kunskapsområden: Alkoholism, Anestesi/IVA, Dermatologi, Diabetes, Egenvård, Exokrina Pankreas-sjukdomar, Hörselvård, Kardiologi, Nutrition, Odontologi, Oftalmologi, Ortopedi, Röntgen, Smärta.

Kvartersakuten – en fungerande modell – bra för svensk primärvård

LB 08768

BJÖRN NILSSON

Eftersom jag arbetar på en av de första vårdcentralerna i landet som anammat kvartersakutens arbetssätt, finner jag anledning att svara på Kjell Lindström inlägg i AllmänMedicin nr 3/91.

Vi som arbetar på vårdcentralen Herrhagen i Karlstad trivs utmärkt och jag kan inte tänka mig ett annat arbetssätt. Modellen är nu införd på flera håll i Värmland, bland annat i rent glesbygdsdistrikt.

Kjell Lindströms inledande beskrivning är i stort sett korrekt, även om man anar en hånfull underton. Sedan spårar Kjell Lindström ur. Han kan inte förstå – eller vill inte förstå – att något är grundläggande galet i svensk primärvård. Beklagligtvis verkar det som om han inte vill förstå, vilket är värre än att inte kunna ...

Så låt oss ta det från början igen. Internationellt sett ligger svensk allmänmedicin efter i utveckling. Relationen distriktsläkare/organspecialister är cirka 1/10, endast jämförbart med vissa östeuropeiska länder. Hälften av de utbildade distriktsläkarna hoppar av från specialiteten. Har Kjell Lindström någon teori om vad detta kan bero på?

En grundläggande orsak till avhoppet från yrket är distriktsläkarens arbetssätt. Den funktion de gamla provinsialläkarna hade, har försvunnit i teamsjukvården på de stora vårdcentralerna. Läkaren som patientens förtrogne, med kännedom om en ort, en bygd och de enskilda människornas speciella villkor. Primärkliniken som styrde till rätt vårdinstans. Husläkaren med kontinuitet, tillgänglig på patientens villkor. Den fasta, förtroendefulla patient/läkarrelationen, som är primärvårdens viktigaste kännetecken, den relationen har skadats av telefonköer, hinder för direktkontakt, av byråkratiska konstruktioner med många personer inblandade.

Vi som arbetat några år på en konventionell svensk vårdcentral vet ju vad som gäller: att avverka en lista med en patient var tionde eller tjugonde minut, en lista, där patienten hamnat efter en kontakt, som läkaren inte känner till något om. Patienten har blivit slussad av en eller flera personer till ett undersökningsrum och väntar mer eller mindre avklädd. Är detta att hantera patienten på ett bra och respektfullt sätt? Relationen till läkaren får inte bra förutsättningar.

Vårt arbetssätt innebär att patienten får välja vem han/hon vill kontak-

ta. Det går oftast lätt att komma fram till sin läkare per telefon, annars kan mottagningssköterskan eller vem som svarar i telefonen, förmedla en kontakt. Läkare och patient kommer sedan, om så behövs, gemensamt fram till en lämplig tid. Patienten kommer till väntrummet, betalar hos oss i en reception. Läkaren hämtar patienten i väntrummet före eller efter betalning och man följs åt in i ett kombinerat undersökningsrum och expedition. När patienten klär av sig kan doktorn ägna sig åt journalen och vid påklädningen är det lämpligt att diktera journalnotatet, så man kan fråga om eventuella oklarheter. Detta är lika lätt som det låter och det skapar en mycket god kontakt. En förtroendefull och mer jämbördig relation mellan patient och läkare.

Kjell Lindström vill mobilisera "alla goda krafter" i en tid när teamsjukvården och de stora vårdcentralerna är på väg ut. Dessa är nu prövade i 20–30 år och var står vi? Hög omsättning på distriktsläkare. Få svenskar har en "egen doktor", vilket leder till överlastning på sjukhusens akutmottagningar och polikliniker för triviala åkommor. Jämför Danmark och Norge, för att ta närliggande exempel. Där har gemene man en "egen läkare".

Primärvård kan inte drivas som ett storvaruhus, ett Obs eller Åhléns,

med specialavdelningar för det ena och det andra. Det onda knät till ortoped, det haltande hjärtat till invärtesmedicinare, blodtrycket till blodtryckssköterska och luftrören till astmamottagningen. Själens smärta till psykiatriska teamet i öppenvård. Primärvård ska skötas som en kvartersbutik eller en lanthandel, som med bra kvalitet kan fylla de vardagliga behoven, självklart med ett begränsat utbud. Det återstående får specialister ta hand om, med sina speciella resurser.

Husläkaren med närhet, tillgänglighet och kontinuitet, behövs idag mer än någonsin som en patientens förtrogne i specialistsjukvårdens fortgående specialisering. Patienten behöver husläkaren, sjukvården behöver honom och han behövs i samhället som en resursförvaltare och en hälsofrämjare. Kvartersakuten har visat bra resultat. På vår mottagning känner vi att detta arbetssätt är självklart och rätt. Det ger en arbetstillfredsställelse, som vi tidigare, på konventionellt arbetande vårdcentraler, inte varit i närheten av.

Svensk sjukvård och svensk primärvård står inför förändringar. Det finns ingen anledning att låta rädslan för förändringar ta överhanden.

Författarpresentation

Björn Nilsson, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Herrhagen, Herrhagsgatan 68, 652 21 Karlstad.

Vem vill ordna SFAM-möte 1993?

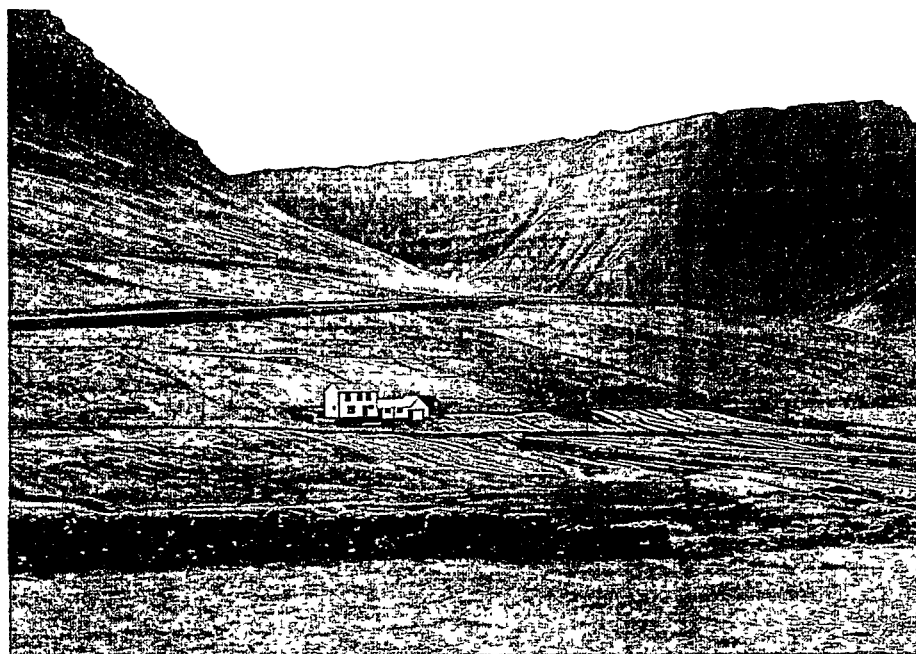
Är du eller ni intresserade av att ordna SFAM-möte på er ort 1993? Förberedelse-tiden bör vara minst ett år. Hör av er till styrelsen – ordförande Mats Ribacke
Läkarhusets hälsocentral
Staketgatan 32
803 11 Gävle

Nordiskt allmänläkarseminarium

6–8 september 1990 Torshavn, Färöarna

DAG DOMEIJ

Ett nordiskt allmänläkarseminarium arrangeras vartannat år i något av de nordiska länderna. Mötesplats varierar beroende på värdland och 1990 var "danska praktiserande läkares organisation" ansvarig för programmet och förlade detta till Färöarna. Förhandlingarna kom att ske i Nordenshus – en mycket vacker byggnad med stora glasväggar, svartbetsad panel, grönklädda stenmurar och grästorvtak och som bekostats och byggts av samtliga nordiska länder. Från Sverige deltog följande representanter: Olof Svender och Kerstin Elmebrant (DLF), Mats Ribacke och Dag Domeij (SFAM), Gunilla Björk (SPLF), Eva Fagersköld (SYLF) samt Ann-Marie Ebenius och Ulf Sköldström (Sveriges Läkarförbund). Från de övriga nordiska länderna deltog cirka åtta deltagare per land.



Färöarna

Färöarna utgörs av 18 öar, varav 17 är bebyggda. Inga inhemska träd finns – endast i Torshavn kan man se några enstaka inplanterade, mycket vindpinade träd. Klimatet är för Norden förhållandevis mildt tack vare Golfströmmen och med en medeltemperatur under vintern på cirka minus 3–4 grader.

47 000 människor, 70 000 får och 20 000 bilar trängs på öarna, där endast strandremsorna är beboeliga på grund av de mycket höga stupande bergen. Landet har ett mycket väl utbyggt vägnät med 13 biltunnlar och färjeförbindelser till alla öar, oavsett hur många som bor på själva ön.

Landet har självstyrelse i egna inre angelägenheter sedan 1946 och färöingarna gör inte dansk värnplikt. Landet är till skillnad mot Danmark inte medlem i EG och en annan mycket märkbar skillnad är de påtagliga spritrestriktionerna. Sprit får inte försäljas inom landet, men varje privatperson kan själv inhandla från utlandet. På restauranger serveras varken vin eller sprit, men däremot på privata klubbar.

Språket härstammar från en västnorsk dialekt och i skrift har det likheter med den isländska. I Nordens hus visades samtidigt som seminariet, en utställning med den medeltida kungaboken, som en gång skrivits på Färöarna, men som på 1600-talet hamnat i Sverige och nu återbördats till Tors-

havn som gåva från den svenska staten. Skolbarn från hela Färöarna kom i stora grupper för att se på denna mycket viktiga symbol för den färöiska nationalkänslan.

Landet har tre sjukhus med sammanlagt 368 vårdplatser och det största sjukhuset ligger självklart i Torshavn, där en tredjedel av befolkningen bor.

Landet är indelat i elva läkardistrikt, varav några omfattar mer än en ö med åtföljande kommunikationsproblem. Distriktsläkargruppen består av 25 distriktsläkare som alla är anställda av kommunen med fast lön men får dessutom ersättning från sjukkassan per besök.

Kommunen ansvarar för lokaler och en del tyngre medicinsk utrustning. Nästan alla distriktsläkare har ensamtagning, men delar jourbördan med övriga kollegor inom samma distrikt. Dessutom kompletteras verksamheten med satellitmottagningar. Varje distriktsläkare har ansvar för cirka 1700–2500 invånare och för tillfället var de flesta tjänster besatta. Vi gjorde besök på några mottagningar som var mycket moderna och välutrustade.

Seminariet

Själva seminariet varade i två dagar och fyra ämnesområden diskuterades – det ekonomiska ansvaret för hälso- och sjukvården, framför allt den öppna sjukvården;

- den nordiska bestämmelserna om ömsesidigt erkännande av specialitet och möjlighet att utöva sitt yrke i annat nordiskt land på samma villkor som landets egna specialitetsläkare;
- kvalitetsutveckling i allmänpraktik;
- läkarrekrytering till glesbygd.

Det ekonomiska ansvaret för den öppna sjukvården

I Norden finns i princip två primärvårdsmodeller – det danska försäkringsstödda husläkarsystemet som bygger på privatpraktik samt de finsk-svenska vårdcentralssystemen som ägs och styrs av kommunal huvudman. Norge har delar av bägge systemen, med såväl kommunalt anställda läkare som privatpraktiker, men kommunen är ansvarig för sjukvården.

Danmark

Den danska allmänläkaren är privatpraktiker och erhåller ersättning per patient från försäkringskassan. Ersättningen regleras genom avtal mellan lä-

*karorganisationerna och amt/länsförbundets förhandlingsorganisation.

Val av läkare kan ske en gång om året och barn under 16 år följer föräldrarnas val. Den utvalda läkaren bör ha sin mottagning inom en mils avstånd från patientens bostad – läkarens upptagningsområde motsvarar alltså inte ett tydligt geografiskt område.

Patienten erlägger ingen patientavgift och remiss krävs för specialistundersökning.

Sjuksköterskor som arbetar i hem-sjukvård och med arbetsuppgifter som motsvarar svenska distriktssköterskors är kommunalt anställda.

3050 allmänpraktiserande läkare finns fördelade över landet och någon brist på läkare föreligger inte. Priset på egen mottagning har därför påtagligt stigit under de senaste åren.

Norge

Primärkommunen har ansvaret för varje kommuns hälso- och sjukvård och allmänläkaren kan antingen vara kommunalt anställd eller privatpraktiserande genom särskilt avtal med kommunen. De flesta allmänläkarna hör till den sistnämnda gruppen och varje år sker en förhandling mellan kommunförbundet och läkarföreningen angående kollektivavtal. För närvarande får den privatpraktiserande läkaren cirka 40 procent av totala omsättningen som driftbidrag och för övrigt får varje läkare en ersättning per åtgärd, men patienten betalar endast 63 norska kronor för ett läkarbesök.

Läkarvalet är fritt och remiss behövs inte för att patienten ska kunna besöka specialist.

Landet har påtagliga rekryteringsproblem till Nordnorge, där de flesta allmänläkarna är kommunalt anställda.

Finland

Den finska allmänläkaren är anställd av kommunen och kommunens hälsovårdsnämnd har ansvaret för all hälso- och sjukvård samt för hälsovårdscentralerna. För närvarande finns i landet cirka 222 hälsovårdscentraler. En stor kommun kan ha flera hälsovårdscentraler medan små kommuner kan tillsammans dela på en central. Läkarna har fast lön samt ersättning för jour och vissa andra uppdrag. Inga besöksavgifter erläggs sedan 1980, men diskussioner pågår för närvarande om återinförande av patientavgift.

Till specialistmottagning krävs remiss.

Landet har cirka 3000 läkartjänster i öppen vård. Var femte tjänst saknar ordinarie befattningshavare och dessutom sker för närvarande en viss flykt från hälsocentralsläkartjänster. En orsak är den sämre löneutvecklingen för hälsocentralsläkare jämfört med sjukhusanställda läkare.

Island

Den isländska allmänläkaren är statligt anställd sedan 1990 liksom all övrig sjukvårdspersonal. Läkarna har fast lön samt ersättning per åtgärd från försäkringskassan. Patienter erlägger ingen avgift.

Landet är indelat i distrikt med en vårdcentral i nästan varje distrikt och för närvarande finns 77 vårdcentraler med cirka 150 allmänläkare, varav endast 77 är specialistkompetenta. Brist på specialistkompetenta allmänläkare bedöms öka under de närmaste åren.

Husläkaren

Folkhälsoinstitutet för hälsovårdsforskning i Helsingfors hade i mitten av 1980-talet utfört en undersökning angående husläkare. Jämförelse gjordes bland annat mellan en grupp hälsocentralsläkare, som fick ansvar för ett begränsat antal invånare (husläkare) och hälsocentralsläkare, som fick ansvar för ett tilldelat befolkningsområde (svensk och finsk primärvårdsmodell).

Det mest intressanta var att *modell I* visade sig vara en klart billigare modell jämfört med *modell II*. Likaså att 95 procent av den utvalda patientgruppen i *modell I* accepterade läkartilldelningen. Kontinuiteten i *modell I* fördubblades och patientens uppfattning om husläkarens ansvars känsla och yrkesskicklighet ökades under försöksperioden. Husläkarna själva upplevde det vara klart mera meningsfullt att arbeta som husläkare, men också mer ansträngande. Handledning, i synnerhet i de permanenta vårdrelationerna, efterlystes dock.

Specialiteten allmänmedicin

Allmänmedicin är en erkänd specialitet i alla nordiska länder utom i Danmark. Detta medför att den danska allmänläkaren inte är jämställd med den svenska allmänläkaren när han eller hon söker tjänst i Sverige och detta påverkar såväl lön som framtida pension.

I Danmark krävs i regel 3,5 års tjänstgöring efter läkarexamen för att den danska läkaren ska kunna öppna egen praktik. Den svenska specialistutbildningen är 4,5 år, det vill säga ett år längre. I Sverige krävs därför att den danska läkaren genomgår en kompletterande efterutbildning i sammanlagt ett år som omfattar sex månaders allmänmedicin med sjukhemsverksamhet, tre månaders allmänpsykiatri, tre månaders pediatrik samt två NLV-kurser. Finland och Norge har ungefär samma krav och självklart ifrågasätts detta av de danska praktiserande läkarnas förening.

Efter en rätt så intensiv diskussion på seminariet, beslöt sig de närvarande för ett uttalande av följande lydelse:

Nordiska allmänläkarseminariet konstaterar

- att danska läkare med auktorisation att driva allmänpraktik inte omfattas av nordiska bestämmelserna om ömsesidigt erkännande av en specialitet och
- att dessa läkare av denna anledning inte kan utöva sitt yrke i annat nordiskt land på samma villkor som specialister i allmänmedicin från Finland, Island, Norge och Sverige.

Nordiska allmänläkarseminariet anser att de nordiska länderna ska ha auktorisation i specialiteten allmänmedicin, som kan godkännas av samtliga nordiska länder.

Kvalitetsutveckling i allmänmedicin

Ett delmål i WHO:s program för europeiska regionens utveckling framåt år 2000 är, att alla medlemsländer senast 1990 ska ha tagit fram ett program för kvalitetssäkring när det gäller patientbehandling. Ett mycket svårnått mål, men samtidigt också en utmaning som gör att diskussionen om kvalitetssäkring får mycket tydligare dignitet.

Fredde Olesen från Danmark påpekade i sitt inledningsanförande hur viktigt det är att läkargruppen själv tar sitt ansvar och formulerar normerna för kvaliteten.

Niels Bentsen, lektor vid institutet för samhällsmedicin i Odense, redogjorde för en modell för Medical Audit – kollegial kvalitetsutvärdering – som prövats i de danska 5-mannagrupperna.

Modellen var föredömligt enkel för kvalitetssäkring och byggde på den enskilda doktors egen registrering och beskrivning av sitt arbetsinnehåll. Med utgångspunkt från ett bestämt ämne registrerar varje doktor i särskilt formulär sin handläggning och detta diskuterades sedan i en grupp av kollegor. Såväl den enskilde läkaren som läkargruppen kunde därmed göra en värdering som bidrag till en kvalitetsförbättring.

Sammanfattningsvis pekade diskussionen på att i samtliga nordiska länder startar mycket ambitiösa program för kvalitetssäkring.

Läkarrekrytering till glesbygd

Danmark har, som tidigare påpekats, inget problem med läkarrekrytering medan Grönland som hör till Danmark har problem, men de har också eget hälsovårdssystem.

I Nordnorges kustland har det varit mycket svårt att rekrytera allmänläkare och i Finmark saknar var tredje specialtjänst ordinarie befattningshavare. Rekryteringsstimulerande åtgärder prövas, som till exempel längre semester och fria resor söderut.

På Island har man gjort en undersökning om glesbygdsläkarens pro-

blem, som kan vara illustrativ för de flesta läkare i glesbygd:

- stor jourbörda med dålig assistans från övrig personal under jourtid;
- stora avstånd inom upptagningsområdet med långa resor som, på grund av naturen, kan bli mycket problematiska;
- isolering och svårigheter att kunna delta i fortbildning;
- vikarieproblem under ledigheter;
- svårigheter att göra sig hörd i läkarföreningar och motsvarande;
- svårigheter för partnern att få arbete.

Det nordiska allmänläkarseminariet var mycket stimulerande och det är viktigt att representanter för de nordiska länderna återkommande utbyter erfarenheter. Vissa problem är oftast desamma, trots olika sjukvårdsorganisationer. Nästa seminarium är planerat till Norge 1992.

Seminarets sociala program var mycket väl organiserat och ansvarig för detta var Kaj Kallsberg från Tors-havn tillsammans med sina 24 kollegor. Vi upplevde kulturaftnar och provade olika inhemska matsensationer, såsom stekt lunnefägel och torkat får-

kött. Utflykter gjordes per buss i den vackra annorlunda naturen som ingav en hisnande känsla genom sina stora kontraster.

De flesta av oss som deltog i seminariet reste sedan hem plötsligt klart medvetna om att Färöarna var ett helt eget land och inte en del av Danmark.

Författarpresentation

Dag Domeij

Postadress: Vårdcentralen, Torkelbergsgatan, 581 25 Linköping.

Allmänläkarutbildning på Irland

LB0 8770

ANNA KÄLLKVIST

Nya Leeuwenhorstgruppen består av allmänläkare från ett tjugotal europeiska länder som sedan 1982 träffas två gånger per år för att arbeta fram och publicera idédokument om allmänmedicinsk utbildning. Gruppens verksamhet och skriftliga dokumentation har tidigare presenterats i AllmänMedicin (1). Som exempel på dess publikationer kan nämnas "Quality assurance", "Basic medical education", "Commentary on teaching in general practice in Europe" och "Vocational training in general practice". Skrifterna kan rekvideras via SFAMs representant i gruppen, Carl Edvard Rudebeck.

Leeuwenhorstgruppen hade i år förlagt ett arbetsmöte till Stockholm i slutet av maj. Stockholms allmänläkare var av Centrum för Praktisk Allmänmedicin inviterade att lyssna till föredrag av fyra av gruppens medlemmar. Den irländske representanten, dr Michael Boland, talade om sitt lands efterutbildning i allmänmedicin, vilket refereras här.

Pionjär

Dr Boland var Irlands förste "tutor" i den allmänmedicinska efterutbildningen. Han har successivt byggt upp den organisation som nu sedan ett antal år tillbaka garanterar att de irländska allmänläkarna får sitt behov av efterutbildning tillgodosett.

Irländsk primärvård

Republiken Irland har 3.4 miljoner invånare och 1850 general practitioners (GP), alltså en GP per 1837 invånare. De flesta av allmänläkarna är i åldern 35-50 år, omkring 30 procent är kvinnor och 20 procent privatpraktiserande. Hela 70 procent av kåren arbetar på enläkarmottagning. Detta innebär att verksamheten är upplagd självständigt utan partners, men behöver inte innebära att man saknar kollegor till vardags. Flera enläkarmottagningar kan vara lokalmässigt placerade i an-

slutning till varandra. Mindre än 30 procent arbetar i lokaler som byggts för ändamålet, mindre än 15 procent har en sköterska anställd och mindre än 5 procent har datoriserade journaler.

Irländska allmänläkare arbetar med capitation contract, det vill säga ersättning per listad medborgare/patient, ett system som förbrukar cirka 10 procent av landets hälso- och sjukvårdsbudget. Genomsnittlig årsinkomst för en GP ligger på 52.000 irländska pund motsvarande cirka 500.000 kronor.

Inga glesbygdproblem

Något problem med rekrytering till glesbygd har man inte. Förklaringarna till detta tycks ganska enkla. Landsbygdsdoktorn med sin kompletta kompetens framhålls i såväl grund- som vidareutbildning som den ideala allmänläkaren. Vidare har glesbygdsdoktorerna ofta mindre än 1000 patienter på sin lista, men får ett särskilt lönetillägg, vilket innebär samma lön för mindre arbete. Slutligen värderas glesbygdserfarenhet som en extra positiv merit vid tjänstansökningar.

Treårig specialistutbildning

Som hos oss är man organiserade i såväl ett fackligt förbund, Irish Medical Organisation, som ett vetenskapligt sällskap, Irish College of General Practitioners. Det senare grundades 1984. I dagsläget har ungefär 40 procent av allmänläkarna genomgått treårig "vocational training" motsvarande en kombination av vår AT och FV/ST. Av de tre åren är ett förlagt till en "training practice", en allmänläkarmottagning med särskilt utvald handledare som dokumenterat pedagogisk skicklighet och klinisk kompetens. Man har fler ansökningar till programmet för specialistutbildning än vad man kan ta emot. Begränsande faktor är tillgången på goda "undervisningsmottagningar".

Continuing medical education

Den icke obligatoriska "vocational training" följs av en likaledes frivillig "continuing medical education", motsvarande vår efterutbildning. Termen avspeglar attityden: det är en fortsatt, ständigt pågående process, färdig blir man aldrig.

Det ekonomiska underlaget för denna efterutbildning kommer ytterst från regeringen, som via Postgraduate Board fördelar pengarna till Irish College of GPs. Därifrån finansieras och organiseras verksamheten, som är betydligt mer formaliserad än hos oss.

Nätverk kring tutorer

Efterutbildningen är uppbyggd som ett rikstäckande nätverk kring tutorer, National Tutor Network. Det består av drygt tusen allmänläkare uppdelade i grupper om 10-20, var och en ledd av en gruppleddare. Tretton tutorer (ur svenskt perspektiv närmast motsvarande "studierektor för efterutbildning") har det övergripande ansvaret för verksamheten inom var sin region. De är själva aktiva allmänläkare, som på deltid fått uppdraget att organisera och leda efterutbildningen. De avlönas årligen med motsvarande 50.000 kronor för sitt uppdrag.

Tutorerna sammanstrålar regelbundet för att stämma av verksamheten i de olika delarna av landet. Dessa möten ägnas interkollegialt stöd, undervisningsplaner, utbyte av material, träning i ledarskap och intervjueteknik samt allt oftare tips och förslag om vad allmänläkare behöver lära från världen utanför sin profession.

Personligt och nära

Tutorerna värvar själva sina gruppdeltagare genom att personligen besöka samtliga kollegor i området. Relevant material kring utbildning och handledning presenteras. Man visar på verksamhetens innovativa idéer och inte minst dess möjlighet till personlig vidareutveckling och tillfredsställelse -

"the fun"! Man känner sina kollegor och framhåller vars och ens personliga kvalifikationer för grupparbetet. "Just du har just detta att bidra med i utbildningen!". Varje litet bidrags betydelse värderas. Deltagarna grupperas geografiskt för att lätt kunna träffas regelbundet. Grupperna är inte större än att alla känner eller snabbt lär känna varandra och kan samarbeta smidigt.

Gruppledare

Varje regional tutor har i sitt nätverk av efterutbildningsgrupper identifierat en samling naturliga gruppledare. Dessa kontaktas telefonledes personligen av tutorn före varje gruppmöte. De samlas också regelbundet till Leaders Group och får särskild träning i gruppledarskap. Förutom denna träning får de ingen extra ersättning för sitt arbete, utan ser det som en heder och en extra merit att ha blivit utvalda.

Grupper

Det dryga tusentalet irländska GPs som deltar i nätverket är uppdelade i 56 grupper, som vardera träffas ungefär en gång per månad för att efterutbilda sig och för att gemensamt se över och kvalitetssäkra sin verksamhet. Syftet är att utbyta erfarenheter, skärskåda, revidera och ständigt förbättra. De fungerar också som "peer groups", man hjälper och stöttar varandra. Dr Boland beskrev arbetet som "the quality cascade" – en trappa där utvecklingsstegen visserligen kan föra ömsom uppåt och nedåt, men till slut ändå alltid bär verksamheten mot ständig förnyelse och förbättring.

En genomsnittlig irländsk allmänläkare beräknas årligen tillbringa 1200 timmar i direkta patientmöten och cirka 20 timmar i efterutbildningsgrupp.

Efterutbildningens funktion

Efterutbildningsgrupperna har strukturerat upp målsättningen för sina träffar kring fem huvudpunkter:

1. Diagnostic – att precisera och kartlägga utbildningsbehoven, såväl de personliga som gruppens.
2. Satisfying – att på optimalt sätt tillfredsställa dessa behov.
3. Contractual – att utarbeta individuella handlingsprogram.

Irländskt nätverk för efterutbildning

Av 1850 irländska allmänläkare deltar drygt 1000 (55%) i månatlig efterutbildning, som försiggår i 56 lokala grupper jämnt spridda över landet. Grupperna leds av 56 gruppledare och organiseras regionsvis av 13 tutorer, som ansvarar för den riksövergripande samordningen.

4. Caring – om konsten att ge varandra professionellt stöd.

5. Entertainment – en huvudtes: det måste vara roligt!

Cirka 60 procent av gruppmedlemmarna deltar varje gång i mötena, vilket motsvarar cirka 32 procent av samtliga GPs. I städerna kommer vanligen mindre än hälften, på landsbygden omkring tre fjärdedelar. Mötena byggs upp kring vardagsarbetets målsättningar, behov, metoder, utvärdering och återkoppling. Oftast är metodiken den, att man gemensamt diskuterar autentiska konsultationer. Inte sällan använder man videoinspelningar. Förskrivningsrutiner är också ofta föremål för granskning.

Variation och redskap

Dr Boland ville särskilt framhålla betydelsen av varierad metodik i grupparbetet. Att finna nya metoder för den gemensamma vidareutvecklingen är väsentligt för att upprätthålla intresse och personligt utbyte. Han betonade också vikten av att medical audit ("medicinsk revision") aldrig får bli disciplinär eller auktoritativt korrigering, utan alltid och endast är ett redskap för att lära via återkoppling, ett sätt att "titta på sitt material" tillsammans med likasinnade kollegor.

Femårigt curriculum

I uppläggningsen av efterutbildningsschemat fokuserar man på gemensamma utbildningsbehov, där tre kriterier har likvärdig betydelse: ämnet ska vara

- vanligt, ofta förekommande, gemensamt för många;
- viktigt, ha verklig betydelse för arbetet och

– problematiskt, något man faktiskt behöver hjälp med.

För att få samtliga relevanta ämnen tillfredsställande avhandlade, räknar dr Boland med en femårs-cykel. Efter fem år är det dags att börja om på nytt.

Utvärdering

Dr Boland avslutade med att berätta om de irländska allmänläkarnas utvärdering av sina träffar. Samtliga ansåg mötena nödvändiga, mycket givande och tillfredsställande. På frågan "Kommer du som resultat av detta möte att ändra din praktik?" blev svaret dock oftast nej. Vilket möjligen visar att irländska allmänläkare har ett stort behov av interkollegial samvaro och utbildning, men är ett konservativt släkte vad gäller egna handlingsrutiner. Vilket i sin tur möjligen visar att allmänmedicinare internationellt sett inte är en alltför heterogen grupp.

Referenser

1. Rudebeck CE. Arbetet i den nya Leeuwenhorstgruppen går vidare. Allmän- Medicin 1990;11:49–51.

Författarpresentation

Anna Källkvist, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg.

De nämnda skrifterna kan beställas från:

Carl Edvard Rudebeck
Kvartersakuten Tor
Surbrunnsgatan 66
113 27 Stockholm

Rapport från EGPRW – våren 1991

ANDERS HÅKANSSON

Som svensk EGPRW-representant rapporterar jag här om en Delphi-studie om den framtida allmänmedicinska forskningen i Europa samt från det nyligen avhållna EGPRW-mötet i Portugal. För den som till äventyrs har glömt det, så står EGPRW för "European General Practice Research Workshop".

En Delphi-studie

"In your opinion, what will be the future (1992–2000) main areas/topics of research in general practice in the European Community?" och "In your opinion, what will be the future (1992–2000) main obstacles to research in general practice in the European Community?"

Dessa två frågor ställdes via brev till de nationella EGPRW-representanterna under hösten/vintern 1990–91. Det var frågan om en Delphi-studie där de tillfrågade i första omgången fick ge korta svar och i andra omgången rangordna alla de inkomna svaren. I den tredje enkätomgången skulle de 20 respektive 15 mest frekventa svaren ännu en gång rangordnas. Svarsfrekvensen bland de 23 tillfrågade allmänpraktikerna var god.

De slutliga svaren på de båda frågorna framgår av Tabellerna I och II. Vad beträffar de fem-sex högst prioriterade forskningsområdena respektive forskningshindren rådde stor enighet mellan de deltagande allmänpraktikerna. Således var de högst prioriterade forskningsområdena: Kvalitet, kroniska sjukdomar, geriatrik, läkemedelsförskrivning, diagnostik och familjehälsa/ohälsa. Högst bland forskningshindren placerades bristen på pengar.

Naturligtvis kan resultatet inte ses som representativt för Europas allmänpraktiker. Därtill var deltagandet alltför begränsat. Men svaren ger ändå en uppfattning om vad ett antal forskande europeiska allmänpraktiker anser om den framtida forskningen.

Madrid-mötet

Vid ett extra EGPRW-möte i Madrid i mars, där jag tyvärr inte hade möjlighet att närvara, diskuterades resultatet av Delphi-studien. Vad beträffar fyra av de fem högst prioriterade forskningsområdena framlades förslag på möjliga framtida samarbetsprojekt: *"Quality – to evaluate the quality of general practitioner service provision; Chronic diseases – to determine the cost effectiveness of management of*

Tabell I

De viktigaste forskningsområdena

1. Quality in general practice
2. Chronic diseases
3. Geriatrics
4. Drug prescription
5. Cost effectiveness of diagnostic approaches
6. The family in health and disease
7. European comparisons of provision/outcome of primary care
8. Preventive care
9. Continuing education
10. Doctor – patient relationship
11. Terminal care
12. Efficiency of health education in general practice
13. Natural history of symptoms/disease
14. The effects of an Europe without frontiers on general practice
15. Early cancer detection in general practice
16. Interaction of doctor attitudes and practice
17. Assessment of health care cost in relation to outcome
18. Cost – benefit of general practice versus specialist care
19. Screening of cardiovascular risk factors in the population
20. AIDS/HIV

diabetic patients in general practice versus hospital care in a number of European countries; *Geriatrics* – to evaluate the potential of general practitioners to increase the numbers of independent elderly patients – to evaluate the effectiveness of targeting "pre-elderly" to detect early complaints; *Diagnostic efficacy* – to evaluate the cost effectiveness of early diagnosis of cervical cancer by Papanicolaou smears in general practice in different European countries – to evaluate the cost effectiveness of diagnosis of streptococcal sore throats."

Porto-mötet

På EGPRW-mötet i Porto den 9–12 maj presenterades och diskuterades såväl Delphi-studien som de ovan nämnda samarbetsprojekten. Mötets tema var just "Collaborative studies". En synpunkt som framfördes var att

Tabell II

De viktigaste forskningshindren

1. Lack of money
2. Lack of research assistant support
3. Differences in problems and interests
4. Lack of general practice departments (university)
5. Lack of time
6. Lack of a co-ordination centre
7. Differences in structure and tasks in general practice
8. Lack of theoretical conceptions of research in general practice
9. Lack of incentives
10. Language problems
11. General practice is not recognised as a speciality in all countries
12. Indifference of general practitioners towards research
13. Lack of objectives (national/European level)
14. Lack of power
15. Tendency to focus on research on technology and procedures

endast de frågeställningar som inte kunde besvaras inom respektive land, borde bli föremål för internationella studier. En annan fråga var i vilken mån forskare från icke EG-anslutna länder skulle få del av eventuella EG-pengar.

Vidare presenterades den nyligen publicerade "The Interface study" (1), där man framför allt studerat samarbetet och arbetsfördelningen mellan allmänpraktiker och specialister i 16 europeiska länder, däribland Sverige. Vad beträffar bredden på allmänpraktikernas arbetsuppgifter tyckte man sig finna en nord/sydlig gradient, med ett brett spektrum i norr och ett smalt i söder. Den svenske allmänläkarens formella position ansågs som "relatively restricted". Länder med en stark allmänmedicin var framför allt Danmark, Holland och Storbritannien. Även om uppgifterna nu är något till åren komna, rekommenderas till läsning kapitlet om de olika ländernas system för hälso- och sjukvård (1). En utvidgande och aktualiserande studie är på gång.



För Samburufolket är förstoppning ett okänt begrepp.

MÅNGA PATIENTER kommer till dig med problem som Samburustammens medicinmän aldrig hört talas om. Samburu lever i nordvästra Kenya, långt ifrån vörtlimpa och TV-sittande.

De är ständigt i rörelse, vandrar med sin boskap, livnär sig på naturens fiberrika gåvor och dricker mycket vätska.

Om alla skötte sig så, skulle problemet med trög mage och förstoppning minimeras.



Du kan inte gärna ordinera din patient att flytta till Kenya, men du kan rekommendera ett bättre liv härhemma. Och du kan

ge hjälp på vägen med Laktulos.

Laktulos är flytande bulk. Varken mer eller mindre.

En klunk om dagen hjälper tarmen att komma igång och arbeta själv.

Kan du ge din patient en bättre lösning på problemet?

Laktulos

Mixtur, 670 mg/ml, bulk laxativ.

EN KLUNK OM DAGEN SÄTTER FART PÅ TRÖGA MAGEN



Kabi Pharmacia

Kabi Pharmacia Sverige AB
Telefon 08-695 80 00



Porto – hamnkvartersexteriör.

Det mest tankeväckande, om än något deprimerande, föredraget hölls av en sovjetisk kollega. I Sovjetunionen har läkarna låg lön och låg status. Flertalet följer dåligt med i den medicinska utvecklingen och de genomgår någon form av "rundsmyrning" endast vart femte år. Till en poliklinik hör 50–70 000 invånare. Där finns en vuxenläkare per 2000 vuxna och en barnläkare per 800 barn. Som vuxenläkare fungerar ofta en internist och hans huvudsakliga, eller enda funktion är att sjukskriva folk. Alla medicinska problem, som inte går att lösa med sjukskrivning, remitteras vidare.

Men även i Sovjet ska sjukvården förbättras. Nyckelfiguren i den sovjetiska sjukvården är tänkt att bli den allmänt praktiserande familjeläkaren. Man försöker här dra lärdomar av hur sjukvården fungerar i olika västeuropeiska länder. Man planerar ett allmänt försäkringssystem, där arbetsgivaren, facket och staten delar på försäkringspremien. Kanske är ett EGPRW-möte i Sovjet möjligt något av de närmaste åren.

Något om Porto och dess vin

Vilka är då mina intryck från vädlandet? Ja, det är ett fattigt land – på väg att bli rikare – ett land fyllt av kontras-

ter. Hästskjutsar på landet och nya småbilar i stan. Fallfärdiga kåkar, staplade på varandra i Portos centrum och flotta villor i stadens utkanter. Svartklädda gummor krypande i potatislanderna på landsbygden och jeansklädda studenter firande terminens slut i kvarteren runt universitetet. På sina ställen uppenbar fattigdom och uppseendeväckande nedskräpning, men också välfyllda saluhallar och söndagsfina småflickor.

På fredagskvällen blev vi på stadens bekostnad inbjudna till portvinsavsmakning och fick då lära oss något om vinets tillkomst. Druvorna odlas i floddalen uppströms Rio Douro, bort mot den spanska gränsen. Efter höstens skörd och den därpå följande jäsningen tillsätts brandy för att höja alkoholhalten. Vinet transporteras sedan med lastbil till Villa Nova de Gaia, beläget på flodens vänstra strand, mitt emot Porto (förr i världen skedde transporten per flodbåt). Efter flera års lagring, i ekfat eller på flaska, är så vinet klart att dricka. Det vin som lagrats på ekfat är såväl billigare som hållbarare. Det kan vara vitt eller rött – torrt eller sött.

Referenser

1. Crombie DL, van der Zee J, Backer P (eds). The interface study. London: The Royal College of General Practitioners, 1990. (Occasional paper 48).

Författarpresentation

Anders Håkansson, med dr, distriktsläkare

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

Nya samarbetsformer – primärvård/företagshälsovård

ÅKE PETERSON

Kan distriktsläkaren ersätta företagsläkaren?

Svar: Ja, efter en genomgripande omorganisation enligt idé som skisseras i nedanstående förslag till nya samarbetsformer mellan primärvård och företagshälsovård.

Nyckelord: Primärvård, företagshälsovård, organisation, samarbete.

Den senaste tiden har det i massmedia diskuterats primärvårdens framtida roll. I Läkartidningen nr 7 och 8 1991 debatterades primärvårdens investeringar och förhoppningar samt husläkarsystemet, där läkaren ska vara

egen företagare. Idag poängteras också tidig rehabilitering och att företagshälsovårdens uppgift i framtiden blir att arbeta förebyggande och att medverka i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten. Distriktsläkarens medverkan nämns knappast.

I Läkartidningen nr 8 1991 togs under rubriken "Aktuellt" upp regeringens förslag om rehabilitering. Bland annat står det att läkaren ska lämna ett utlåtande till försäkringskassan, efter det att patienten varit sjukskriven i fyra veckor, i vilket ska finnas en bedömning av rehabiliteringsbehov och beräknad återstående sjukskrivningstid.

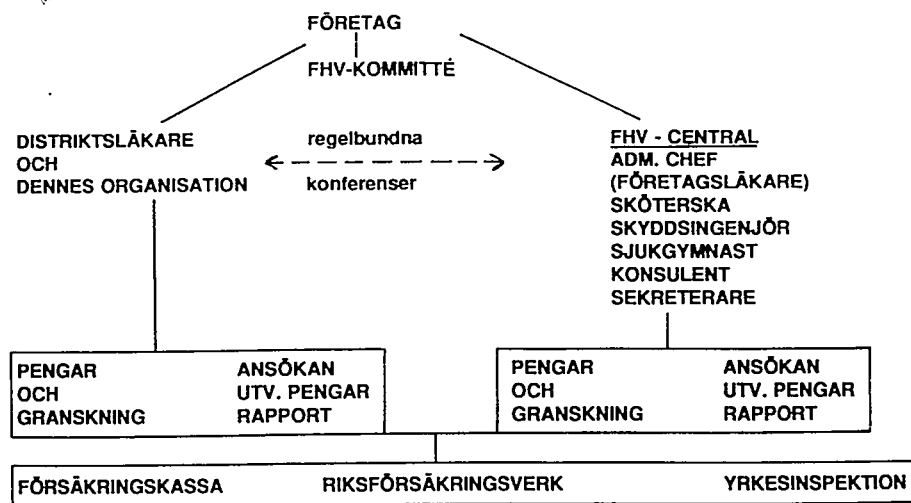
Efter fyra veckors frånvaro från ar-

betet ska också arbetsgivaren svara för att rehabiliteringsbehovet utreds. I regeringens förslag står även att försäkringskassan skall pröva om förtidspension ska utgå efter ett års sjukskrivning.

Man kan ju fråga sig hur detta ska kunna genomföras om inte företagsläkaren kommer att ägna sig åt sjukvård utan endast förebyggande hälsovård. Är det tänkt att företagsläkarens förebyggande verksamhet kommer att eliminera behovet av sjukvård? Hur går annars ekvationen ihop?

Rehabilitering innebär ju att man genom någon form av behandling försöker få en, oftast långtidssjukskriven, person tillbaka till arbete. Var kom-

LBO 6577



mer då företagsläkaren in i bilden då hon/han inte får ägna sig åt sjukvårdande behandling?

Ska företagsläkaren endast vara sammankallande för försäkringskassa, patient, arbetsgivarrepresentant, fackrepresentant och eventuellt behandlande distriktsläkare till rehabiliteringsgrupper?

Sammanfattande behöver inte vara läkare. Till den förebyggande verksamheten inom företagshälsovården (FHV) behövs inte heller någon läkare. Läkaren är en alldeles för dyr resurs för det. Skyddsingenjör, sjukgymnast och sköterska är tillräckliga (funktioner) för den förebyggande verksamheten inom FHV. Kvar ska också vara konsulent (som är legitimerad psykolog) samt sekreterare.

Sammanfattningsvis behövs alltså inte företagsläkare på varje enskild FHV-central.

För att sjukvården ska kunna leva upp till regeringens intentioner måste en omfördelning av resurser diskuteras och genomföras.

Omhändertagandet (läs ansvar för arbetstagarens sjukvård) av patienterna tas helt över av distriktsläkare och företagsläkare som har allmänläkar-kompetens besätter vakanta distriktsläkartjänster. De företagsläkare som har annan specialitet blir medicinskt och administrativt ansvariga för FHV-centralen/erna.

Hur ska då distriktsläkaren kunna ta över företagsläkarens arbetsuppgifter?

För att det ska vara möjligt måste stora förändringar ske. För det första måste distriktsläkarens utbildning kompletteras med kurser motsvarande de som företagsläkaren tillgodogör sig i företagsläkarutbildningen. För det andra måste inom varje kommun ske en inventering av samtliga företag som sedan fördelas mellan distriktsläkare och företagsläkare efter överenskom-melse med Yrkesinspektionen.

Med kompletterande utbildning för distriktsläkaren menas att 4-5 veckor ägnas åt genomgång av de olika ar-

betsmiljöavtalen, Arbetarskyddsstyrelsens och Yrkesinspektionens skyldigheter och ansvar, försäkringsmedicin samt att noggrant studera arbetsmiljölagen.

Efter indelning av kommunens företag ska distriktsläkaren vara företagens, via skyddskommittéer, samarbetspartner och ansvar för arbetstagarernas sjukvård.

Den förebyggande verksamheten står företagshälsovården för.

För att förtydliga: om vårdcentralen har tre distriktsläkartjänster och i kommunen finns 90 företag, ska alltså varje distriktsläkare ha ansvaret för 30 företag, under förutsättning att de är lika stora. Grundtanken är att arbetstagarerna jämnt ska fördelas mellan distriktsläkarna.

Varför denna omorganisation?

Det kan finnas många skäl. Två tas upp i denna debattartikel. Det är samarbetsfrågor mellan företagshälsovård och primärvård samt fördelning av samhällets resurser i form av ekonomiskt stöd.

Vad gäller samarbetet mellan FHV och primärvård finns inga nedskrivna regler för att på bästa sätt hjälpa och bistå arbetstagaren. Oftast finns ett konkurrens- och prestige-tänkande mellan läkarna som omöjliggör ett gott samarbete. Därmed fördröjs rehabilitering, sjukvårdande behandling, omplacering, omskolning m.m.

Distriktsläkaren önskar ibland göra arbetsplatsbesök för att få en uppfattning om förutsättningar för eventuell omplacering, förebyggande vård, att förbättra ventilation, buller, ljusförhållanden m.m.

Detta låter sig inte göras med mindre än att distriktsläkaren överskrider ett flertal befogenheter och dessutom går distriktsläkaren in i arbetsområden som hon/han inte har utbildning i.

För att slippa gå omvägen över FHV till arbetstagarens arbetsmiljö är det alltså nödvändigt att distriktsläkaren får utbildning som ger rätt till ett agerande som idag inte är möjligt.

Vad gäller fördelning av samhällets resurser i form av ekonomiskt stöd skulle en inte oansenlig summa kunna överföras från FHV till förebyggande verksamhet inom primärvård. FHV har av riksdag och regering fått 1.5 miljard till förebyggande vård. Primärvården har inte fått någonting, vad jag förstår.

Om man räknar med att företagsläkaren tjänar i genomsnitt 30.000 kronor i månaden och att det finns omkring 1400 företagsläkare, blir summan, sociala avgifter inräknade, ungefär 840 miljoner och om hälften av företagsläkarna går till primärvård, kan $1.5 + 0.42 =$ cirka 2 miljarder fördelas mellan FHV och primärvård på ett sätt som Yrkesinspektion, Försäkringskassa och fackorganisationerna kommer överens om.

Med hjälp av denna nya ekonomiska resurs skulle man, förutom inköp av hjälpmedel och utgifter för ergonomiska förbättringar, kunna satsa på utbildning i arbetsmiljöfrågor i avsevärt högre grad än vad som görs idag. Man skulle också kunna satsa på olika utvecklingsprojekt för att förbättra arbetsmiljön på företag, verkstäder, inom industrin och inom offentlig sektor.

Yrkesinspektion, Försäkringskassa och Riksförsäkringsverk ska vara de organ som fördelar pengarna till förebyggande verksamhet. Efter samråd med fackrepresentanter.

I den nya organisationen kan distriktsläkaren ha kvar sin funktion som husläkare. Kanske kan den till och med förstärkas.

Försäkringskassans intention att snabbt, redan efter fyra veckors sjukskrivning, börja planera för rehabilitering kan endast uppfyllas och förverkligas om man ändrar den aktuella handläggningen av långtidssjukskrivna. Detta låter sig bara göras om man accepterar ett nytänkande och tillåter en omorganisation och omfördelning av resurser mellan primärvård och FHV.

I den nedan skissade nya organisationen har distriktsläkaren nära kontakt med arbetsgivare, har rätt att göra arbetsplatsbesök, kan delta i skyddskommittéarbete m.m. och därigenom ges underlag till bedömning av en individs arbetsförmåga på ett enklare sätt än vad som är aktuellt idag.

Med denna omorganisation och ökat samarbete med företagshälsovården blir det kortare sjukskrivningsperioder, kortare beslutsvägar och därigenom minskar samhällets kostnader.

Författarpresentation

Åke Peterson, distriktsläkare på Vigelsjö vårdcentral i Norrtälje. Har arbetat 7 år som distriktsläkare och drygt 4 år som företagsläkare på Statshälsan i Norrtälje.



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ, distriktsläkare

Regionala läkemedelsinformationscentraler finns idag på flera platser i Sverige. Som modell står läkemedelscentralen vid Huddinge 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, besvarar efter litteraturnomgång och diskussion vid respektive läkemedelscentral. Frågor och svar lagras sedan i den gemensamma databasen Drugline,

utvecklad vid Huddinge läkemedelscentral och tillgänglig som en del av Medline.

För att ge ökad spridning åt dessa frågor/svar, som behandlas vid läkemedelsinformationscentralerna, publiceras här några frågor som kan intressera läsekretsen i tidskriften AllmänMedicin. Har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp i denna spalt, skriv till Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 13400 Gustavsberg, tel 0766/38500. Denna gång presenteras frågor från Läkemedelsinformationscentralen på Huddinge sjukhus, ELIS vid Lunds lasarett samt LIV, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

FRÅGA

En ammande mamma har av en distriktsläkare fått ett recept på Syntocinon nässpray, 1 sprayning före varje amningstillfälle. Patienten intensivammar. Finns det någon övre gräns för hur många sprayningar man får ta per dygn och hur länge skall man hålla på (patienten har fått totalt 8 flaskor utskrivna)? Finns det risk för biverkningar för moder eller barn?

SVAR

Syntocinon är ett helsyntetiskt oxytocinpreparat. Oxytocin frigörs normalt från hypofysens baklob vid stimulering av bröstvärtan när barnet läggs till bröstet. Detta leder till en snabb kontraktion av myoepitelet runt alveolerna i mjölkkörtlarna och bröstmjölken töms ur bröstet. Ibland kan denna utdrivningsreflex vara störd till exempel vid oro, stress, vid mekanisk, ofta smärtsam tömning av bröstet med pump. Oxytocin spray kan i sådana fall användas för att underlätta utdrivningen av mjölken men dokumentationen för dess effekt är bristfällig. Det saknas studier som dokumenterar effekt av långtidsbehandling (1 vecka) med oxytocinspray. Oxytocin stimulerar endast utdrivningen av mjölken och påverkar inte själva mjölkproduktionen.

På BB-avdelningar på Sahlgrenska sjukhuset används oxytocin spray numera mycket sällan som hjälp vid amning. I de få fall det används sker det endast under mycket kort tid tills kvinnorna kommit igång med amningen. Man har i dessa fall ingen övre gräns för hur många doser man får ta per dygn.

Det finns i litteraturen mycket få rapporter om biverkningar vid behandling med oxytocinspray. Teoretiskt skulle man kunna få symptom i form av smärtsamma uteruskontraktioner, eftervärkar, på samma sätt som man kan få vid normal amning den första tiden efter förlossningen.

Enstaka rapporter om rhinit, ödem, allergiska reaktioner samt anafylaktiska reaktioner (det senare gäller ej spray) finns i läkemedelsverkets biverkningsregister. Det saknas uppgifter om oxytocin går över i bröstmjölk, men absorption av intakt oxytocin från barnets magtarmkanal är ytterst osannolik. Risken för påverkan av barnet är således i det närmaste obefintlig.

Dokumentationen för användning av oxytocin nässpray är alltså ytterst bristfällig och kontrollerade studier för längre tids användning än en vecka saknas helt varför det måste anses vara tveksamt att använda oxytocin för långtidsbehandling.

FRÅGA

Tidigare har metylrosanilinlösning använts mot mycket såriga bröstvärtor i samband med amning. Den används numera inte då den färgar och det inte anses lämpligt att det diande barnet suger på ett sådant bröst. På senare tid har man i stället använt bland annat garvsyreglycerol 2% liniment. Detta innehåller tannin och

glycerol. Tannin har emellertid rapporterats vara cancerframkallande hos djur, varför inte heller detta alternativ är tilltalande. Ett tredje alternativ är färsk citrussaft som droppas på bröstvärtorna. Finns risk för överkänslighet mot citrusfrukter? Vilken terapi bedömer ni som bäst? Finns annan terapi beskriven i litteraturen?

SVAR

Dokumentationen av behandling av såriga bröstvärtor är mycket knapphändig. Därför är det omöjligt att ge ett fullgott svar på denna fråga.

Metylrosanilin/gentianaviolett används för utvärtes bruk, men bör endast användas på oskadad hud på grund av att substansen befunnits vara carcinogen på djur. Det finns även risk för uppkomst av hudnekros.

Garvsyreglycerol 2% innehåller tannin som anses vara cancerframkallande på råtta och mus efter subkutan injektion. I en artikel diskuteras ett möjligt samband mellan tanninhaltig föda och esofaguscancer, men inga vetenskapliga studier styrker misstanken. Brännskador har behandlats med tannin och efter behandling har man funnit att flera patienter fått levernekros. Även rektalt administrerat tannin kan vara levertoxiskt. Vid litteratursökning har ingen specifik uppgift om eventuell överkänslighet mot citrusfrukter efter behandling av bröstvärtor med citrussaft hittats.

Från kliniskt håll rekommenderas utspädd alsollösning i kombination med en indifferent kräm, till exempel Fenuril (karbamidkräm) alternativt kombinationskräm med steroid och antibiotikum (till exempel Kanacombin). Om en sådan kombinationskräm används, bör bröstvärtan tvättas av med koksaltlösning före amningen. Om det rör sig om en mer uttalad impetigo rekommenderas förutom mekanisk rengöring med utspädd alsollösning också lokal behandling med Ecomytrinkrä.

Används metylrosanilin bör koncentrationen vara högst 0.1% och lösningen bör inte administreras oftare än att den blåaktiga missfärgningen hunnit gå bort före nästa applikation (det vill säga cirka en gång/vecka). Det finns annars en viss risk för toxisk dermatit hos modern.

En del studier har gjorts i syfte att förebygga såriga bröstvärtor. I en studie jämfördes olika grupper som använde tvällösning, 70% sprit, salva med AD-vitamin (torskleverolja, vaselin och vattenfri lanolin), koncentrerad AD-lösning (konc dock okänd), lanolin och vanligt vatten.

Resultatet visade att grupperna som använt tvål, sprit eller koncentrerad AD-lösning fick mer problem än kontrollgruppen som bara använde vatten. I de andra grupperna var det inge skillnad jämfört med kontrollgruppen.



FRÅGA

Vilken är bakgrunden till varningen som utfärdats från socialstyrelsen mot att använda nitrofurantoin som förstahandsmedel vid behandling av nedre urinvägsinfektion?

Bakgrund: våren 1990 utfärdade socialstyrelsen rekommendationer om en minskad användning av pivalinsyreinhållande läkemedel på grund av en dokumenterad ökad risk för karnitinbrist. Pivalinsyra ingår i flera läkemedel bland annat mecillinam (Selexid) som används i stor omfattning inom primärvården för behandling av nedre urinvägsinfektion. Efter denna varning finns nu ett ökat behov av alternativa läkemedel. Skulle nitrofurantoin kunna vara ett gott alternativ om dosen justerades i förhållande till en eventuellt minskad njurfunktion?

SVAR

Nitrofurantionets biverkningsspektrum omfattar allmänna och toxiska reaktioner där gastrointestinala reaktioner rapporterats vara de mest frekventa. Polyneuropati har rapporterats hos patienter med nedsatt njurfunktion. Reaktioner på grund av överkänslighet såsom exantem, urtikaria och akuta lungreaktioner har också rapporterats. På senare år har på grundval av tester i cellkulturer och på djur, nitrofurantoin föreslagits kunna ha en tumörinducerande effekt. En direkt karcinogen effekt hos människa har dock inte kunnat påvisas.

Lungbiverkningar av nitrofurantoin omfattar både akuta och kroniska reaktioner. Man har uppskattat att nitrofurantoin i sig självt orsakat mer än hälften av de rapporterade fall av allvarliga läkemedelsinducerade lungreaktioner som finns publicerade i litteraturen. I ett brittiskt material skattades incidensen av akuta lungbiverkningar till omkring 1/1000 behandlade patienter. De kroniska lungreaktionerna hade i detta material en incidens av 0,2/1000 behandlade patienter.

Akuta lungreaktioner har huvudsakligen rapporterats hos 40–50-åriga kvinnor. Biverkan har karaktären av en överkänslighetsreaktion och sensitivisering uppstår tidigast 1–2 veckor efter första exposition under den första behandlingsperioden. Symtomen som uppstår 2–10 timmar efter läkemedelsintag, omfattar dyspné, tachypné, icke HHP produktiv hosta, hög feber, cyanos, bröstsmärtor, ibland artralgi, ryggvärk, huvudvärk, kräkningar, utslag och/eller anafylaktisk chock. När nitrofurantoin utsätts, brukar de kliniska symtomen snabbt avklinga, vanligen inom 1–3 dagar. Den akuta lungreaktionens patogenes anses allergisk och har föreslagits bero på en typ III-reaktion.

De kroniska lungreaktionerna är mer ovanliga och omfattar vanligen äldre patienter än de som råkar ut för den akuta lungbiverkan. Det finns inget klart samband mellan en akut reaktion

och en senare uppträdande kronisk lungreaktion. Symtomen vid den kroniska reaktionen omfattar feber, dyspné, torrhosta, utslag, influensaliknande symtom, trötthet, cyanos, viktförlust och bilirubinstegetring.

Flera författare har föreslagit att bakgrunden till den kroniska lungreaktionen skulle vara toxisk. Inget klart samband har påvisats mellan njurfunktion och tendensen till att utveckla kronisk lungreaktion vid nitrofurantoinbehandling. Liksom vid den akuta reaktionen finns en klar överrepresentation av kvinnor bland rapporterna om kronisk lungreaktion.

Nitrofurantoin verkar alltså inte vara ett självklart alternativ till mecillinam vid behandling av nedre urinvägsinfektioner. Biverkningsprofilen av nitrofurantoin tycks vara av en allvarligare typ. Den rapporterade risken för karnitinbrist vid behandling med exempelvis mecillinam medför att valet av preparat nog måste vägas mot risken i det individuella fallet. Något klart förhållande tycks heller inte råda mellan till exempel njurfunktionen och risken att utveckla akut eller kronisk lungreaktion av nitrofurantoin.

FRÅGA

Föreligger risk för fosterskada efter behandling med mebendazol (Vermox)?

En kvinna född 1959 har behandlats med Vermox 199 mg i engångsdos mot springmask. Det har nu framkommit att kvinnan var gravid i samband med behandlingen som skedde någon eller några veckor efter konceptionen.

SVAR

Mebendazol (Vermox) har placerats i kategori B:3 i FASS när det gäller risker i samband med behandling under graviditet. Erfarenheterna när det gäller behandling under graviditet hos människa är begränsade. Hos mus och råttor har man påvisat embryotoxisk och teratogen effekt vid doser av 10 mg/kg kroppsvikt. Därför avrådes generellt från behandling med mebendazol under graviditet speciellt under första trimestern. Emellertid har inte någon säkerställd störning i reproduktionsprocessen hos människa kunnat iakttagas. I USAs motsvarighet till FASS refereras en undersökning av ett begränsat antal kvinnor som har intagit Vermox under första trimestern. Man fann hos dessa ingen förhöjd incidens av spontana aborter eller missbildningar. Efter en aktuell litteratursökning i databasen Medline har vi inte fått fram någon ytterligare information som skulle förändra tidigare bedömning: risken för missbildning är liten efter en engångsdos av 100 mg mebendazol.

Läkemedelsboken 1991/92

J LARS G NILSSON

Läkemedelsboken 91/92 har just utkommit. Boken är i första hand avsedd för läkare i öppen vård utanför sjukhus och läkare under utbildning, men boken bör även vara till nytta för läkare på sjukhus, särskilt när dessa stöter på problem utanför sin egen specialitet.

Läkemedelsboken är uppställd efter indikationsområden med terapiöversikter och preparatförteckningar. Ett stort antal författare har bidragit med kapitel inom olika terapiområden. Redaktionen har anlitat kunniga och erfarna svenska läkare med erkänd ställning inom sina områden. Alla artiklar har granskats av referenter utom och inom redaktionskommittén.

Kostnadsjämförelser

En nyhet med årets upplaga är att den innehåller lättillgängliga kostnadsjämförelser för de tolv indikationsområden inom öp-

penvård som har de högsta läkemedelskostnaderna. Tanken har varit att presentera den kostnad som blir följden då läkaren skriver sitt recept. Informationen är sammanställd grafiskt så att läkaren snabbt skall få en uppfattning om kostnadseffekterna av sitt läkemedelsval. All information som har sammanställts är hämtad ur FASS 1990.

Distribution

Boken distribueras genom apotekens försorg till samtliga läkararbetsplatser inom vårdinrättningarna. Läkare kan även erhålla privata exemplar genom hänvändelse till sitt lokala apotek. Läkare erhåller boken gratis. Andra befattningshavare kan erhålla boken mot betalning. Priset är då 130 kronor.

SVENSK LÄKEMEDELSSTATISTIK 1990

*Data över läkemedelsförsäljningen 1990 är hämtade ur den en fjortonde upplagan av Apoteksbolagets uppslagsbok **SVENSK LÄKEMEDELSSTATISTIK**, vilken bl a visar hur förändringar i behandlingssätt bidragit till kostnadsökningarna. Boken visar tex att kostnader för medel via astma under 1990 ökade med 19 procent. Den ökade försäljningsvolymen för astmamedel (6 procent) tyder på att astmatiker nu får en betydligt intensivare och sannolikt också effektivare behandling av sin sjukdom till gagn för dem själva och samhället.*

Svensk läkemedelsstatistik beskriver också liknande terapi-förändringar vid tex högt blodtryck och magsår. Mot bakgrund av den ständiga debatten kring psykofarmaka är den minskade försäljningen av dessa medel värd att notera.

**Boken kan beställas från Apoteksbolaget, Förlag,
105 14 STOCKHOLM**





Läkemedelsanvändningen 1990

Kostnaden ökade med 1 miljard

J LARS G NILSSON

Apotekens läkemedelsförsäljning under 1990 har nu sammanställts. Jämfört med 1989 har försäljningen mätt i definierade dygnsdoser (DDD) ökat med 4% och kostnaderna med cirka 12%. Prisökningen under året var under 3% medan den allmänna prisnivån i landet steg med 10.9% (konsumentprisindex).

Den stora kostnadsökningen på läkemedel beror således endast till en mindre del på höjda priser. Drygt 9 av de 12% som kostnaderna ökat beror i stället på ökad volym och ökad användning av dyrare läkemedel, på bekostnad av billigare preparat. En sammanställning av DDD och kostnader för de senaste sju åren framgår av Tabell I.

Enskilda preparat och preparatgrupper

Tabell II visar utvecklingen i DDD och kronor för samtliga läkemedelsgrupper. Grupperna är ordnade efter sjunkande försäljningsvärde. En allmän slutsats är att kostnaderna ökar främst i de översta sex grupperna. Dessa sex grupper står för tillsammans nästan 76% den totala läkemedelsförsäljningen. Detta är

Tabell I. Försäljning av humanläkemedel 1984–1990.

DDD	ändring %	Mkr	
		AUP	ändring %
1984	-1.6	5644	
1985	-0.6	6330	12.2
1986	-1.7	6475	3.9
1987	+0.7	7269	10.6
1988	+5.5	8221	13.1
1989	+3.2	8951	8.9
1990	+4.0	9997	12.0

DDD = Definierade dygnsdoser

AUP = Apotekens utförsäljningspris

Tabell II. Läkemedelsförsäljningen per huvudgrupp 1990.

Läkemedelsgrupp	Försäljning 1990 milj DDD	Ändring 90/89 milj DDD	Ändring 90/89 milj DDD %	Försäljning 1990 AUP Mkr	Ändring 90/89 AUP Mkr	Ändring 90/89 AUP Mkr %	Andel av totala försäljningen %
Matsmältningsorgan m m	1070	49	5	1565	158	11	16
Hjärta, kretslopp	572	1	0	1485	128	9	15
Centrala nervsystemet	494	3	1	1374	140	11	14
Andningsorganen	367	38	12	1199	181	18	12
Infektionssjukdomar	53	1	2	988	98	11	10
Blod, blodbildande organ	97	6	7	962	64	7	10
Rörelseapparaten	104	5	5	432	26	6	4
Urin-, könsorgan	249	15	6	411	58	16	4
Hud	302	17	6	401	38	10	4
Varia	—	—	—	318	43	16	3
Hormoner	76	4	6	284	67	31	3
Tumörer m m	—	—	—	273	19	7	3
Ögon, öron	55	-2	-4	272	21	8	3
Parasitsjukdomar	4	0	0	33	4	14	0
Totalt	3443	137	4	9997	1045	12	100

DDD = Definierade dygnsdoser

AUP = Apotekens utförsäljningspris

också läkemedelsgrupper, där det under senare år skett betydande terapeutiska genombrott och där vi fått flera nya läkemedel. Man kan alltså dra slutsatsen att kostnadsökningen till stor del beror på övergång till dyrare preparat inom läkemedelsgrupper där det skett terapeutiska framsteg. Det finns därför skäl att tro att den fördyring vi iakttagit inom läkemedelsområdet under 1980-talet inte bara lett till ökade kostnader utan att sjukvården även fått ett värde motsvarande denna kostnadsökning. Hälsoekonomiska studier som med tydlighet visar detta saknas dock i stor utsträckning.

Behovet av hälsoekonomiska studier

För de flesta läkemedel saknas idag kalkyler eller studier över deras hälsoekonomiska värde. Det är därför svårt eller omöjligt att bedöma om ökade kostnader på grund av användning av dyrare läkemedel också medför ett ökat värde för sjukvården. Sådana kalkyler eller studier skulle vara av stort värde i samband med att resurser fördelas inom sjukvården och det skulle få en direkt praktisk betydelse då man försöker bedöma preparatets värde i prissättningssammanhang.

Ett exempel på en typ av studie som man borde se mer av publicerades tidigare i år från IHE (Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi) i Lund. Man hade beräknat de hälsoekonomiska konsekvenserna vid behandling av äldre kvinnor med östrogen. Studien gällde kvinnor över 65 år, som under 1988 behandlades med östrogen. Läkemedelskostnaden för gruppen uppskattas till 67 miljoner kronor. Studien visar att den sammanlagda vinsten för den enskilde, för landsting och för försäkringskassa tillsammans utgjorde 307 miljoner kronor.

Det är möjligt att liknande studier över användning av nya och dyrare läkemedel skulle visa att dessa medel faktiskt är lönsamma för sjukvården och för samhället. Det är därför angeläget att i första hand läkemedelsföretagen presenterar sådana kalkyler som kan ingå som en del i läkarnas beslutsunderlag då man väljer läkemedel.

Risikfaktorformulär – ett hjälpmedel i hjärt-kärlpreventionen

LB0 6578

RURIK LÖFMARK · MATS RIBACKE · PETER ROSENBERG

Höga kolesterolvärden är vanliga. En stelbent tillämpning av riktlinjerna för höga blodfetter medför att en stor del av den svenska befolkningen skall behandlas. Vi har konstruerat ett enkelt hjälpmedel för att hitta dem som verkligen har en förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom.

Nyckelord: Hjärt-kärlsjukdomar, pre-
vention, kolesterol/lipider/hyperlipi-
demi, riskfaktorer, vårdprogram.

De senaste åren har vi bevittnat ett ökat intresse bland läkare, massmedia och allmänhet för blodfettrubbningar, särskilt kolesterol. Socialstyrelsen (1) och Hjärt-lungfonden (2) har givit ut riktlinjer för behandling. Vi, en kardiolog och två allmänläkare, blev ombedda att ta fram lokala riktlinjer för hur blodfettrubbningar skulle handläggas inom Gävle sjukvårdsdistrikt. Sedan tidigare finns i Gävleborgs län ett vårdprogram för hypertoni, som har fått ett positivt mottagande (3,4).

Riktlinjerna

Vi fann att de båda nämnda riktlinjerna för hyperlipidemi-behandling i huvudsak kunde ligga till grund för handläggningen även i Gävle. Programmen pekar förtjänstfullt på betydelsen av multipla riskfaktorer. Men den multifaktoriella ansatsen genomförs tyvärr inte konsekvent i och med de gränser för kolesterolvärden som satts upp.

Om man strikt tillämpar de åtgärdsgränser som anges, innebär det exempelvis att en 65-årig kvinna utan andra riskfaktorer och med S-kolesterol 6.5 mmol/l skall få det ångestskapande beskedet om att hon har "för högt kolesterol". Därefter skall hon rådaskas att ändra sina mat- och motionsvanor. Efter ett år ska hon kontrolleras och då eventuellt sättas in på läkemedel.

Omkring hälften av svenska kvinnor i åldern 60-69 år har S-kolesterol 6.5 och högre (5). De har också många kontakter med sjukvården. Vid en hel del av dessa kontakter tas i Gävle blodprov för multipel automatisk analys, där S-kolesterol ingår. I runda tal en tredjedel av Sveriges vuxna befolkning har värden på 6.5 och högre. Dessutom pågår en del screeningsverksamhet, både inom och utom sjukvården, där man bland annat mäter kolesteroltal. Det blir således en avsevärd mängd kolesterolvärden

över "åtgärdsgränsen" att handlägga (6).

Önskemålen

Vi ville därför hitta en metod med vars hjälp man redan tidigt i handläggningen skulle kunna identifiera de patienter vars riskfaktorer behövde kartläggas närmare och lugna de övriga med att deras risk för hjärt-kärlsjukdomar (det vill säga koronarkärlsjukdom, slaganfall och perifera artärsjukdomar) var liten. Vi upplevde det svårt att på ett begripligt sätt svara på patienternas frågor om ett visst värde var "bra", "normalt", "farligt", "för högt" eller annat.

Vi ville också göra det lättare för läkaren att anlägga en multi-faktoriell syn på patienten. På så sätt skulle resultatet av det förebyggande arbetet kunna förbättras jämfört med om vi enbart ser till patientens kolesterol, blodtryck, diabetes mellitus eller någon annan enskild riskfaktor (7). Hjälpmedlet skulle vara enkelt och snabbt att använda vid ett ordinarie läkarbesök. Vi ville dessutom få patienterna mer delaktiga i behandlingen, särskilt som basbehandlingen ju ska vara icke-farmakologisk. Om patienten fick mer begriplig information om betydelsen av multipla riskfaktorer och själv kunde följa förändringen av sin risk i takt med vidtagna åtgärder, skulle följsamheten och resultatet kunna förbättras.

Pedagogisk bedömning

Ett finskt förslag till poängberäkning har utgjort grunden för vårt formulär (8). Därifrån fick vi idén till att ge poäng för diastoliskt och systoliskt blodtryck var för sig. Vi har sedan jämfört med materialen i MRFIT, Framingham-studien och Wilhelmsens med flera Göteborgsstudier och försökt värdera de olika riskfaktorernas betydelse. Två artiklar som ger möjlighet till sifferjämförelser har också bekräftat vår huvudlinje (9,10). Ett par artiklar om diet, viktnedgång och motion har bidragit med underlag till poängberäkningen (11-14). Samuelsson har gjort en gedigen genomgång av riskfaktorerna för slaganfall (15).

Även om de flesta studier pekar i samma riktning, blir de exakta siffrorna något olika. Dessutom får man olika siffror när man studerar olika åldersgrupper, olika kön och olika sjukdomar. Vi har gjort en sammanfattande bedömning av riskfaktorernas genomsnittliga betydelse. Därefter har

poängberäkningen modifierats av pedagogiska skäl. Om man till exempel ger "genomgången hjärtinfarkt" alltför hög poäng, kan det verka nedslående på patienten. Han kan tycka att läget är hopplöst i stället för att känna att han kan göra någonting åt sin risk för en ny hjärtinfarkt. "Brist på motion" har också fått något högre poäng än vad studierna kanske implikerar.

Vi har valt att använda Body-Mass-Index i stället för midja-stuss-kvot trots att det senare nog är bättre korrelerat till risken. Vikten är dock betydligt enklare och begripligare för patienten att själv följa.

Poängtabellerna sammanställdes i ett formulär och kompletterades med ett rutnät med plats för flera mätningar så att patienten kan följa förändringar i tiden. På första sidan finns en bakgrundstext om riskfaktorer, på sista sidan en tolkning av poängsumman (Figur 1).

Ålder

Formuläret är avsett att användas för alla åldrar, men vi finner det motiverat att agera intensivare i lägre åldrar. Starkare indikation för behandling av yngre patienter anges också i Socialstyrelsens Workshop (1, sid 151). Vårdprogrammet i Gävleborgs län har dessutom olika gränser för olika åldrar (3). Därför finns det i formuläret en ålderskorrigering poäng – låg ålder ger hög poäng och vice versa. En del har undrat över detta och tyckt att det borde vara tvärtom: risken för hjärt-kärlsjukdom är ju högre i högre åldrar! Men i stället ska man se det som att en ung människas blodkärl ska exponeras för riskfaktorerna under längre tid än den äldres.

Användning

Vilka patienter ska erbjudas denna analys av riskfaktorer? I första hand ska omhändertagandet av de patienter vi redan har förbättras, det vill säga hypertoner, rökare, kärlsjuka, diabetiker osv. Dessutom ska vi ta hand om de övriga högriskindivider som vi idag har kännedom om (Figur 2). Här är det viktigt med ett samarbete mellan medicinklinik och primärvård – som till exempel när en relativt ung person drabbas av hjärtinfarkt, bör de nära anhöriga utredas av primärvården beträffande riskfaktorer.

Liksom det brittiska consensus-utlandet från 1989 anser vi inte massbestämningar (screening) av kolesteroltal vara motiverade (16). Man

Så här kan du förebygga hjärt- och kärlsjukdomar

Sjukdomar som kärlkramp (angina pectoris), hjärtinfarkt, slagganfall (hjärninfarkt) och pulsåderförkalkningar i benen drabbar en stor del av Sveriges befolkning. Man känner i dag till omkring hälften av de faktorer som orsakar dessa sjukdomar.

De tre viktigaste riskfaktorerna är

*høgt blodtryck
høga blodfetter
tobaksrøkning.*

Bland blodfetterna är det den totala mængden kolesterol som är det enklaste måttet på hur stor risk man løper. Det finns inte någon exakt gräns för när blodtrycket eller kolesterol blir en risk. Ju lägre de är desto mindre är risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Även *øvervøikt* och *brist på motion* ger økad risk.

Årftligheten har økså betydelse. Om du har en nära sløktning, som före 60 års ølder drabbats av någon hjärt- och kärlsjukdom, har du sjølv økså en økad risk. Det är då ønnu viktigare att du minskar de øvriga riskfaktorerna så mycket som møjligt. Samma sak gøller om du sjølv redan har drabbats av en

sådan *sjukdom* eller om du har *sockersjuka* (*diabetes mellitus*).

Førstærker varandra!

Alla dessa riskfaktorer förstærker varandras effekter. Den som har bara en høg riskfaktor kan ha en lägre total risk än den som har flera lätt förhöjda faktorer. Bøsta effekten får du dærfør om du kan pæverke flera faktorer samtidigt.

Lyckligtvis är det ofta møjligt att minska sjukdomsriskerna genom att øndra livsføringen, t ex røkvanor, matvanor och motionsvanor. Ibland kan lækemedel behøvas. Lækemedel förbætt-rar dock bara *en* riskfaktor. Bættre matvanor og mer motion ger sænkø vikt, sænkø blodfett og sænkø blodsocker. Sænkø vikt ger i sin tur lægre blodtryck. Den som slutar røka får øven bættre blodfetter.

Du måste ølltså vøga ihop så mænga riskfaktorer som møjligt för att kunna bedøma din totala risk og för att kunna bedøma t ex hur "farligt" ett visst kolesterolværdø er før dig. Som en hjølp att gøra detta finns på næsta uppslag en modell før pøngberäkning.

Bedømmning av pøngsumman

Det finns øven øndra riskfaktorer som du bør ta hønsyn till vid bedømmningen. Om du *øverkonsumerar alkohol* økar din risk tøver den pøng du fått. Den økar økså om du *snusar* liksom om du utsætts før vissa former av *stress*. Det finns øven en del spesiella økommer du kan ha som økar risken og som din lækare kan opplysa om.

15 pøng og under

Mycket liten risk før hjært- og kærl-sjukdomar. Ingen anledning att øndra på livsstilen. Om du røker bør du dock sluta dærfør att røkningen i sig sjølv kan ørsaka øndra typer av øjukdomar, t ex i luftvøgarna.

16-20 pøng

Ganska liten risk. Om det finns några saker du kan øndra på bør du gøra det.

21-25 pøng

Medelstor risk. Du bør øndra på dina vanor. Gør en ny pøngberäkning øfter ett halvt år. Om pøngen inte har sænkts behøver du hjølp att sluta røka, øndra kosten o s v. Om pøngen trots detta inte går ner og om någon riskfaktor är særskilt stor kan du og din lækare øvervøga behandling med lækemedel.

26 pøng og øver

Stor risk. Øndra genast på flera av dina vanor. Om inte pøngen sænkts drastiskt om ett halvt år trots att du fått hjølp bør du og din lækare øvervøga behandling med lækemedel.

Så här tolkar du resultatet

De skilda faktorerna har något ølika betydelse vid ølika sjukdomar, før mæn og før kvinno og i ølika øldrar. Den här modellen är en sammanvøgning som ger en ungefærlig oppfatning om risken.

Du kan ønvøda pøngberækningen før att se om du har høg eller læg risk og vilka riskfaktorer som du behøver pæverke mest. Du kan følja førøndringen av din risk-pøng. I samråd med din lækare kan du økså øvgøra om du har så øllvarliga riskfaktorer att du behøver ta lækemedel.

Du kan økså jømføra de ølika faktorernas betydelse med varandra. Du kan t ex se att en person som røkt 20 cigaretter per dag genom att sluta røka har minskat sin risk lika mycket som om han/hon minskat sitt blodtryck från 180/105 till 160/85 eller som om hon/han sænkø sitt kolesterol från 8,0 till 5,0. Du kan øven se att den viktuppgång som kan drabba den som slutar røka är længø ifræn lika farlig som røkningen var.

OBSERVERA: Det finns sjukdomar og tilstænd dær pøngberækningen i detta formulær inte ger en riktig bild. Dærfør skall det øndast ønvødas om din lækare ønser det læmpligt.

 LANDSTINGET
GÄVLEBORG

Så här beræknar du din riskpøng

Ålder Riskfaktorerna har ølika betydelse i ølika øldrar. Ålderspøngen jømnar ut detta. 39 år og yngre 7 pøng 40-49 år 5 pøng 50-59 år 3 pøng 60-69 år 1 pøng 70-79 år 0 pøng	Kolesterol (mmol/l) 5,1 og lægre 0 pøng 5,2-6,4 2 pøng 6,5-7,7 4 pøng 7,8-8,9 6 pøng 9,0 og høgre 8 pøng
Årftlighet Hjært- eller kærlsjukdom hos førølder eller syskon førø 60 års ølder Lægg till 4 pøng.	Sjukdom Om du redan drabbats av någon hjært-kærl-sjukdom: Lægg till 6 pøng
Røkning Røker inte 0 pøng 1-14 cig/dag 4 pøng 15-24 cig/dag 6 pøng 25 cig og mer/dag 8 pøng	Sockersjuka (diabetes mellitus) Vølreglerad 2 pøng Medelmætlig 4 pøng Dølligt reglerad 6 pøng
Blodtryck, systoliskt (Det øvre trycket) 139 og lægre 0 pøng 140-159 2 pøng 160-179 4 pøng 180 og høgre 6 pøng	Vikt (Se tabell) Din kroppslængd... 180 Under 80 kg 0 pøng Under 87 kg 1 pøng Under 93 kg 2 pøng Under 100 kg 3 pøng Dærover 4 pøng
Blodtryck, diastoliskt (Det nedre trycket) 79 og lægre 0 pøng 80-89 1 pøng 90-94 2 pøng 95-99 3 pøng 100-104 4 pøng 105-109 5 pøng 110 og høgre 6 pøng	Motion (t ex 20 minuters rask promenad.) Mønst 3 gønger i veckan 0 pøng 2 gønger i veckan 1 pøng 1 gøng i veckan 2 pøng Sporadiskt 3 pøng Aldrig 4 pøng

Din riskpøng	Namn <i>exempel</i>									
Datum	900301		900901							
	Ditt værdø	Pøng	Ditt værdø	Pøng	Ditt værdø	Pøng	Ditt værdø	Pøng	Ditt værdø	Pøng
Ålder	35	7	36	7						
Årftlighet	Nej	0		0						
Røkning	10	4	Nej	0						
Blodtryck systoliskt	170	4	150	2						
Blodtryck diastoliskt	100	4	90	2						
Kolestrol	7,0	4	6,3	2						
Sjukdom	Nej	0		0						
Sockersjuka	Lite	2	Nej	0						
Vikt	95	3	80	0						
Motion	Nej	4	Oføt	0						
Summa	32		13							
Åtgærdøer										

Figur 1.

FÖLJANDE GRUPPER BÖR ERBJUDAS RISKFAKTORANALYS

★ HYPERTONI

★ TOBAKSRÖKNING OCH SNUSNING

★ ÄRFTLIGHET

Hjärt-kärlsjukdom hos förälder eller syskon före 60 års ålder. När till exempel en sådan person drabbas av hjärtinfarkt och vårdas på medicinkliniken, bör de nära anhöriga rekommenderas att söka sin hälsocentral för undersökning.

★ ÄRFTLIGHET

Samma sak gäller för nära anhöriga till patienter med uttalad hyperkolesterolemi, >7.8 mmol/l.

★ HJÄRT-KÄRLSJUKDOM

De patienter som redan drabbats av någon sådan sjukdom behöver ett intensivt omhändertagande för att minimera sina riskfaktorer och därmed minska risken för återinsjuknande.

★ DIABETES MELLITUS

Manifest sjukdom men även patienter med nedsatt glukostolerans.

★ ÖVERVIKT.

BMI >30 (BMI=vikt/längd²)

★ HYPERKOLESTEROLEMI

S-kolesterol >6.5 mmol/l. Om man vid provtagning av andra skäl råkar finna ett förhöjt kolesterolvärde.

Figur 2. Faktaruta

hittar på ett effektivare sätt de patienter som har åtgärdskrävande lipid-rubbningar genom att undersöka dem som redan har andra riskfaktorer. Detta underläts alltför ofta idag, till exempel har man i en studie av kranskärlsopererade patienter funnit, att deras riskfaktorer blir dåligt åtgärdade efter operationen (17).

Formuläret ifylles av läkaren i patientens närvaro. Läkaren skriver in de viktgränser som gäller för patientens längd (tabell finns att tillgå). Patienten får sedan med sig formuläret hem och uppmanas ta med det vid nästa besök. Formuläret är ännu inte utprovat på något systematiskt sätt. Vi har enbart vårt kliniska intryck från knappt hundra patienter samt ett övervägande positivt mottagande från läkarna.

Biverkningar

Det finns förstås risker med formuläret. I vissa fall kan en enda faktor vara mycket hög och kräva åtgärd trots att poängsumman är låg, till exempel en patient med enbart ett högt blodsocker. Det finns även patienter med hjärtsjukdomar som kan få låg poäng trots hög risk. Poängberäkningen kan också skapa oro och ångest hos en del patienter. Därför krävs att en läkare bedömer om användandet av formuläret är lämpligt för patienten, men detta kan även delegeras, till exempel till en sköterska som sköter blodtryckskontroller.

Kritik

Några punkter har vållat en del diskussion. Den första gäller kvinnorna. En del undersökningar pekar på att riskfaktorerna har annan betydelse hos kvinnor än hos män (18). Andra studier pekar dock på att kvinnors

riskfaktorer mer liknar mäns, särskilt då yngre kvinnors. Den eventuellt relativt mindre betydelsen av blodtrycket hos kvinnor skulle i första hand röra koronarsjukdom medan hypertoni är en väletablerad riskfaktor för slaganfall även hos kvinnor (15). En färsk italiensk studie har kommit fram till att rökning ger en massivt ökad risk för hjärtinfarkt hos kvinnor och att även hypertoni ökar risken (19).

Vi anger också tydligt att poängen inte är absolut utan bara ger en ungefärlig uppskattning. I socialstyrelsens rekommendationer anser man att kvinnor med samma riskprofil som män har lika mycket att vinna på intervention (1, sid 151). Vi har därför valt att ha samma formulär för kvinnor och män.

Den andra invändningen gäller, att alkohol inte får några riskpoäng. Alkohol är en stor sjukdomsframkallare, men det är inte i första hand hjärtsjukdomar som är risken. Eftersom vi av praktiska skäl måste begränsa oss i antalet variabler, valde vi att inte ha med alkohol i poängtabellen, men vi anger i formulärets text att den ökar risken. Inte heller snus får några riskpoäng. Här finns fortfarande för lite kunskap för att kunna säga hur stor risken är. Av samma skäl får psykosociala förhållanden också bara en allmän kommentar och inte några detaljerade poäng.

Andras hjälpmedel

Det har även på andra håll gjorts riskfaktor-diagram av olika slag. Vid Norrsjö vårdcentral har man konstruerat en "Hälsoprofil", en folder där patientens värden avsätts grafiskt i åtta staplar. Inga referensområden anges, bara en pil som anger att högre värden

ger ökad risk. Formuläret används i en dialog med patienten och ger honom en lättbegriplig bild över sina riskfaktorer (20). En tänkbar nackdel är dock att om en patient får en hög risknivå på en enda faktor så kan det vara svårt att lugna honom med att hans totala risk är låg. Likaså kan den som har många, lätt förhöjda faktorer ha svårt att inse att han bör ändra sina vanor.

I Skaraborgs län används en "hälsokurva". Tretton olika riskfaktorer ger varsin markering längs en skala med 3-4 steg. Den är konstruerad att användas i ett omfattande screeningprogram och några av riskfaktorerna, till exempel kost och motion, kräver att man fyller i separata frågeformulär innan risknivån kan fastställas. En tidigare version presenterades i AllmänMedicin 1988 (21). I den artikeln talades om möjligheten till poängsummering.

Dyer et al har beskrivit en metod att bedöma risken för kranskärlssjukdom genom några enkla frågor (22). Denna artikel har legat till grund för ett riskfaktorformulär som används på några håll inom företagshälsovården.

En "hälsoprofil", som riktar sig till män 40-50 år, används av primärvården i Sollefteå (stencil). Här får kolesterol, rökning, diastoliskt blodtryck, kroppsmassa och fysisk aktivitet både poäng och en kommentar. Alkohol och stress får enbart kommentarer. Det finns en bedömning av olika poängsummeror. Något formellt utrymme att anteckna flera olika mätningar finns ej. Den tycks i långa stycken bygga på samma idéer som vårt formulär.

Det finns också några dataprogram för beräkning av en patients risk, men bara en minoritet av läkarna har idag tillgång till en egen dator på rummet. Svagheten blir då att man missar det pedagogiska värdet av dialogen. Om inte datorn skriver ut betydelsen av olika blodtrycksvärden, olika kolesterolvärden osv, kan patienten inte heller själv se vad en förändring skulle innebära.

Slutord

Vi har försökt ta fram ett enkelt men samtidigt vederhäftigt och pedagogiskt hjälpmedel som poängterar det multifaktoriella synsättet både för patient och för läkare. Synpunkter på formuläret mottages med tacksamhet.

Referenser

1. National Board of Health and Welfare, Drug Information Committee, Sweden. Treatment of hyperlipidemia. Uppsala: Socialstyrelsens läkemedelsavdelning, 1989. (Workshop 1989:3)
2. Arbetsgrupp tillsatt av Hjärt-lungfonden. Riktlinjer för behandling av hyperkolesterolemi. Stockholm: Hjärt-lungfonden, 1989.

FLUANXOL®

(flupentixol)

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

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

Tabletter 0,25, 0,5, 1 mg

Se även FASS

PRIMPERAN®

(metoklopramid)

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

Suppositorierna är ett bra alternativ då patientens kräkningar
försvårar antiemetikabehandlingen.

Suppositorier, tabletter, mixtur,
injektionsvätska, infusionskoncentrat

Se även FASS

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

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

3. Sundman L. Vårdprogram för högt blodtryck. Gävle: Gävleborgs läns landsting, 1980. (Vårdprogrammet reviderat 1986)
4. Ribacke M. Hypertonisjukvård i Gävleborg. *AllmänMedicin* 1983;4:14-5.
5. Walldius G, Jungner I. Lämpligt med två gränsvärden vid diagnostik och behandling av högt serumkolesterol. *Läkartidningen* 1988;85:3835-9.
6. Kallner A, Hellén M-L. S-kolesterol i primärvården – beställningsmönster och resursbehov. *Läkartidningen* 1989;86:2663-6.
7. Taylor WC, Pass TM, Shepard DS, Komaroff AL. Cholesterol reduction and life expectancy: A model incorporating multipel risk factors. *Ann intern Med* 1987;106:605-14.
8. Hagman E. Kan våra folksjukdomar förebyggas? *Nordisk Medicin* 1987;102:357-9.
9. Perkkänen J, Nissinen A, Puska P, Punsar S, Karvonen JM. Risk factors and 25 years risk of coronary heart disease in a male population with a high incidence of the disease. *BMJ* 1989;299:81-4.
10. Shaper AG, Pocock SJ, Phillips AN, Walker M. Identifying men at high risk of heart attacks: Strategy for use in general practice. *BMJ* 1986;293:474-9.
11. Berglund A, Andersson OK, Berglund G, Fagerberg B. Antihypertensive effect of diet compared with drug treatment in obese men with mild hypertension. *BMJ* 1989;299:480-5.
12. Lindros AK, Hallgren P, Björkman AC et al. Viktnedgång ger överviktiga förbättrad kardiovaskulär riskprofil. *Läkartidningen* 1989;86:4483-43.
13. Pekkanen J, Marti B, Nissinen A et al. Reduction of premature mortality by high physical activity. *Lancet* 1987;i:1473-7.
14. Slaterry ML, Jacobs DR Jr, Nichaman MZ. Leisure time physical activity and coronary heart disease death. *Circulation* 1989;79:304-11.
15. Samuelsson O. Primärprofylaktiska åtgärder mot slaganfall. *Hälsö infor- mation* 1989;6:16-25.
16. Werkö L. Massbestämningar av kolesterolnivån är inte motiverade. *Läkartidningen* 1989;86:2935.
17. Israelsson B, Rüter G, Solem JO. Bristfällig intervention mot riskfaktorer hos koronarkärlsopererade. *Läkartidningen* 1989;86:4121-4.
18. Lapidus L, Bengtsson C. Riskfaktorer för kranskärlssjukdom och för tidig död hos kvinnor. *Läkartidningen* 1987;84:2777-81.
19. Gramenzi A, Gentile A, Fasoli M, Negri E, Parazzini F, La Vecchia C. Association between certain foods and risk of acute myocardial infarction in women. *BMJ* 1990;300:771-3.
20. Intervju med Gideon Hellsten i Aktuellt om Blodfetter. Stockholm: Parke-Davis 1990;1.
21. Persson LG, Lindström K. Riskprofil – ett hjälpmedel vid preventivt arbete. *AllmänMedicin* 1988;9:54-6.
22. Dyer AR, Stamler J, Ubell E et al. A selfscoring five-question risk test for coronary heart disease. *Circulation* 1979;60:914-20.

Författarpresentation

Rurik Löfmark, överläkare, Medicin- kliniken, Länssjukhuset i Gävle.

Mats Ribacke, distriktsläkare, Läkar- husets hälsocentral, Gävle.

**Peter Rosenberg, distriktsläkare, Sö- dertulls hälsocentral.*

Postadress: Box 804, 801 30 Gävle.

Strukturerad avslappningsträning med en grupp yngre hypertoniker – en pilotstudie

CHRISTER PETERSSON · ELISABETH GRAABEK

Vid vårdcentralen i Lammhult genomföres våren 1990 en kurs i avslappning med en grupp hypertoniker i åldern 36-49 år. Gruppen bestod av åtta patienter med pågående farmakologisk behandling och en patient utan behandling. Under de nio kursveckorna träffades deltagarna vid tio tillfällen för praktisk träning. Daglig hemmaträning rekommenderades och dokumenterades i dagbok. Under kursens gång kunde farmakologisk terapi reduceras betydligt. Vid uppföljning efter tolv månader var tre av åtta deltagare medicinfrä och ytterligare två stod på reducerade medicindoser. Gruppmedelvärdena för blodtrycket var oförändrade vid 12-månaderskontrollen jämfört med utgångsvärdena före avslappning. Den subjektiva uppskattningen av avslappningsträningen, mätt på visuell analogskala, var mycket hög och compliance under kursperioden god. Ännu ett år efter kurslut

praktiserar flertalet deltagare avslappning, men nu endast vid upplevt behov.

Nyckelord: Hypertoni, avslappning, utvärderingsstudier, Lammhult.

Till patienter med nyupptäckt, mild hypertoni (diastoliskt BT < 105 mm Hg) utan organskador, rekommenderas numera i vårt land, liksom på de flesta håll i världen, i första hand icke-farmakologisk behandling. Det rör sig om åtgärder som vikttnedgång, saltreduktion i kosten, lågt alkoholintag, motion och stressreduktion. Positiva förändringar av dessa faktorer har i en lång rad studier visat sig kunna påverka ett förhöjt blodtryck gynnsamt, även om resultaten inte varit entydiga.

Framgångsrik icke-farmakologisk behandling kräver större insatser av såväl patienter som läkare. Därför har socialstyrelsen (1) begränsat sina behandlingsrekommendationer till väl-motiverade patienter som uppfyller ovanstående kriterier.

Möjligen speglas värderingen av icke-farmakologisk behandling inom socialstyrelsen och bland ledande hypertoniforskare i landet i ovan nämnda skrift (1), där drygt tre sidor rör icke-farmakologiska metoder, medan 41 sidor handlar om farmakologisk behandling. Avslappning och andra be-

teendeinriktade metoder tillhör inte de mest väldokumenterade och har i vårt land rönt ganska litet intresse. Socialstyrelsen ger avslappningen fyra rader (1).

Vår pilotstudie avsåg att studera effekten av avslappningsträning i en grupp hypertoniker med etablerad farmakologisk behandling. Syftet var dels att undersöka möjligheten av att reducera pågående farmakologisk behandling med bibehållen god blodtryckskontroll, dels att undersöka patientcompliance och subjektiv upplevelse av behandlingen.

Material

Vårdcentralen i Lammhult betjänar en mindre tätort med omgivande landsbygd och en befolkning på cirka 3100 invånare. I åldersgruppen 30-49 år fanns 1 januari 1990, 401 män och 373 kvinnor. Av dessa 774 personer var 22 kända hypertoniker, som behandlades vid vårdcentralen. Samtliga dessa utom en (som tyvärr missades) fick under senhösten 1989 en skriftlig inbjudan om att delta i en avslappningskurs vid vårdcentralen under våren 1990. I inbjudan betonades vikten av att fullfölja kursen och att krav skulle komma att ställas på regelbunden hemmaträning. Tio patienter anmälde positivt intresse. En av dessa

bortföll på grund av annan sjukdom. Kvar blev fem män och fyra kvinnor i åldern 36-49 år med medelåldern 43.6 år (SD 3.7). Åtta av deltagarna stod på regelbunden hypertoniemedicinering, en hade avvecklat sin medicin föregående år i samband med kostomläggning och viktreduktion. Den farmakologiska behandlingen hade pågått mellan 1-13 år med medelbehandlingstid 4.7 år (SD 4.1) för hela gruppen. Terapistart hade i samtliga fall föregåtts av minst tre BT-mätningar vid olika tillfällen. Medelvärde för systoliskt BT vid terapidebut var 148 mm Hg (SD 11.3) och för diastoliskt tryck 106 mm Hg (SD 4.9).

Alla patienter utom en hade hereditet för hypertoni (föräldrar och/eller syskon). Inte någon av patienterna hade tecken på organskador till följd av sin blodtryckssjukdom. Ingen i gruppen var rökare.

De elva inbjudna patienter som ej önskade delta, bestod av sju kvinnor och fyra män med medelålder 42.7 år (SD 3.0). I den gruppen fanns fyra rökare.

Metod

Samtliga deltagare kallades några veckor före kursstart till mottagningen för muntlig information om kursuppläggning, samt för undersökning och provtagning, som upprepades efter kursens slut. Vid dessa tillfällen mättes vikt, midja-stussmått, BMI, total kolesterol, B-glukos och blodtryck. Blodproven togs icke-fastande. Medelvärdet av uppmätt blodtryck vid inledande undersökningstillfälle och det som uppmättes omedelbart före första avslappningsövning någon vecka senare utgjorde utgångsvärde i undersökningen. Avslutningstrycket beräknades på samma sätt som medelvärde av uppmätt tryck efter sista kurstillfället och ett mottagningstryck några veckor senare. För övrigt mättes BT med kvicksilvermanometer före och efter varje kurstillfälle. Dessa tryck låg till grund för eventuell dosreduktion av farmaka. Minst två konsekutiva diastoliska tryck under 90 mm Hg krävdes för dosreduktion. Två hemmablodtrycksmätare cirkulerade mellan deltagarna under de nio kursveckorna. Hemmatrycken har emellertid inte tagits med i resultatredovisningen, då reliabiliteten var svårbedömd.

Kursen omfattade tio träffar à 1.5 timmar. Halva tiden vid varje tillfälle ägnades praktisk avslappningsträning, andra halvan ägnades information och diskussion. Tre videofilmer om samband mellan hypertoni och olika livsstilsfaktorer visades. Filmerna hade producerats till en svensk multicenterstudie om icke-farmakologisk behandling av hypertoni (2). Deltagarna rekommenderades minst ett avslappningspass à 20 minuter dagligen som

hemmaträning. Man förde dagbok över avslappningsövningar i hemmet, liksom över motionsaktiviteter under veckan. Det gavs inga särskilda uppmärksamhet eller råd om ökade eller ändrade motionsvanor.

I dagboken noterades även BT vid hemmaträning. Dagböckerna insamlades veckovis under hela studieperioden.

Före och efter kursen fick deltagarna göra en subjektiv skattning på visuell analogskala av egen spänningsnivå, aktivitetsgrad, stämningsläge, kroppsligt och psykiskt välbefinnande, sömnkvalitet samt upplevelse av hypertoniemedicineringen.

Själva avslappningsträningen leddes av en psykolog med mångårig erfarenhet inom området. Även undersökningsledarna deltog vid samtliga kurstillfällen.

Varje tillfälle inleddes med några yogaövningar. Därefter tillämpades omväxlande progressiv muskelrelaxation, autogen träning och några enkla visualiseringsövningar. För hemmaträning fick varje deltagare köpa ett kassettband specialkomponerat av psykologen i samråd med undersökningsledarna.

Resultat

Effekter på medicinering och blodtryck

Huvudresultaten för de enskilda patienterna är redovisade i Tabell I. Gruppmedelvärdena för blodtrycken vid de viktigaste kontrolltillfällena återfinns i Tabell II. Några signifikanta skillnader i medelvärden kunde inte påvisas under observationsperioden. Omedelbart efter kurslut hade farmakologisk behandling avvecklats för

fem av åtta patienter. Hos tre av dessa fanns emellertid en tendens till tryckstegring. Denna tendens hade hos två patienter accentuerats efter fyra månader (diast BT > 90 vid flera mätningar), varför farmakologisk behandling återupptogs hos dessa båda.

Vid kontroll efter ett år var samtliga patienter utom en välreglerade och medeltrycken något lägre än vid kursstarten. Vad beträffar de enskilda patienterna var tre av åtta medicinfrä och välreglerade, tre var bättre reglerade med oförändrad eller reducerad medicindos, två var något sämre reglerade på ursprunglig medicindos.

Compliance

I medeltal tränade deltagarna avslappning hemma 5.2 gånger/vecka (range 3.6-6.2), vilket innebar nästan ett träningstillfälle à 20 minuter dagligen under de nio kursveckorna.

Antalet motionstillfällen (löpning, cykling, snabb promenad, gymnastik minst 30 minuter) var i genomsnitt 3.5/vecka (range 0-6.2). Närvaron vid kurstillfällena var nästan 100%.

Effekter på livskvalitet

Deltagarna uttryckte stor tillfredsställelse med avslappningen. Livskvalitetsmätning på visuell analogskala visade positiva förändringar för samtliga variabler, mest uttalat för parametern "spänd/avspänd", där den subjektiva skattningen för gruppen förändrades 28% mot större avspändhet. Upplevelsen av medicinbiverkningar minskade med 9%, men var låg redan vid starten.

Hemmaträning efter kursen

Efter avslutad kurs minskade hemmaträningens intensitet successivt.

Tabell I. Blodtrycksvärde och farmakologisk behandling för de enskilda patienterna före och efter kursen, samt efter 12 månader.

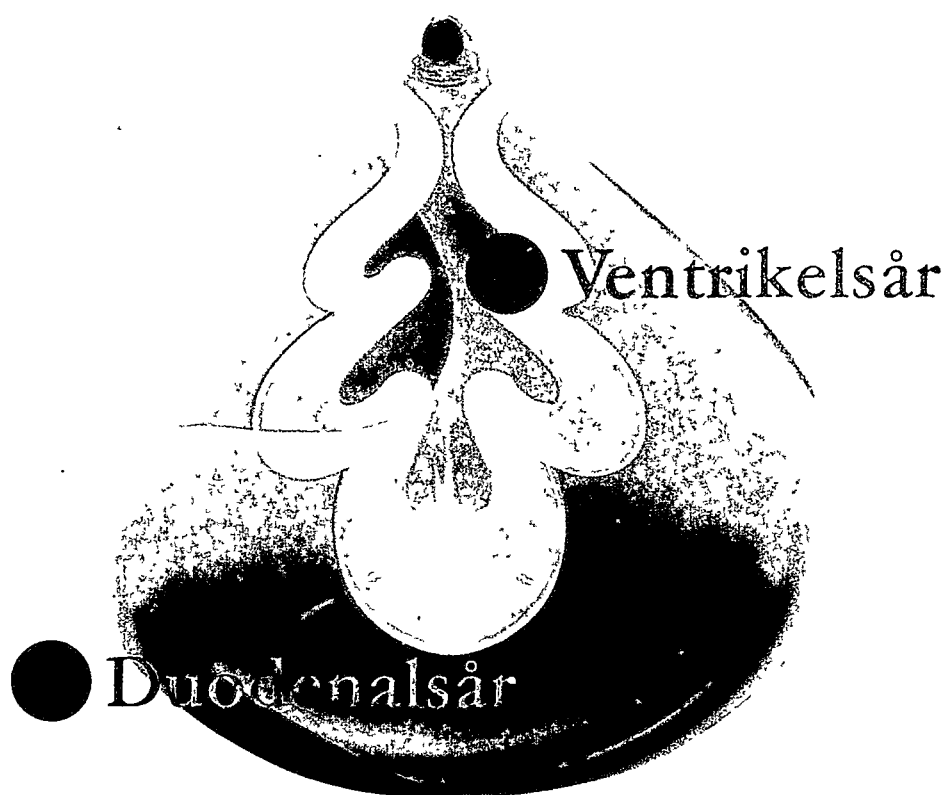
Patienter Nr	Ålder	Kön	Blodtryck			Farmakoterapi Före kurs	Efter 12 månader
			Före kurs	Efter kurs	Efter 12 mån		
1	36	K	118/85	120/86	118/84	Trandate 100 mg × 2	0
2	41	K	135/88	137/94	140/86	Tenormin 25 mg × 1	0
3	42	K	145/95	148/90	120/80	Seloken Zoc 100 mg × 1	Seloken Zoc 100 mg × 1
4	44	M	123/80	135/98	130/88	Renitec 10 mg × 1	Renitec 10 mg × 1
5	44	M	125/88	135/93	133/90	Seloken Zoc 50 mg × 1	0
6	44	M	130/86	141/84	140/90	0	0
7	45	M	150/100	129/89	124/84	Tenormin 100 mg × 1	Tenormin 50 mg × 1
8	47	K	145/98	148/93	136/86	Seloken Zoc 100 mg × 1	Renitec 10 mg × 1
9	49	M	148/87	148/95	150/92	Renitec 20 mg × 1	Renitec 20 mg × 1

Tabell II. Gruppmedelvärden för systoliskt och diastoliskt blodtryck (mm Hg) före och efter kurs, samt vid uppföljning efter fyra och tolv månader.

	Vid studiens början	Omedelbart efter studien	Efter 4 mån	Efter 12 mån
Syst BT	135 (SD 12)	138 (SD 10)	135 (SD 10)	132 (SD 11)
Diast BT	90 (SD 7)	92 (SD 5)	91 (SD 5)	87 (SD 4)

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

Efter fyra månader tränade endast två deltagare helt regelbundet, medan övriga (utom två) tränade några gånger i veckan och då ofta när behovet av avslappning var kännbart. Samma tendens kvarstod efter ett år. De två deltagare, som helt upphört med avslappningsträning angav som orsak bristande tid och motivation.

Övriga mätvariabler

Medelvikten förändrades inte under kursen (84.4 kg före och 83.6 kg efter). Medelvärde för BMI var 28.1 (range 21.6–36.4) vilket antyder att flera av kursdeltagarna var klart överviktiga. Ingen hade midja-stussmått över 1.0. Under den fortsatta uppföljningen har endast en patient kraftigt reducerat sin vikt. Medelvärde för totalcholesterol var 5.7 mmol före och 5.5 mmol efter kursen. För B-glukos var medelvärdet 4.7 mmol såväl före som efter kursen.

Diskussion

Syftet med denna lilla studie var självklart inte att försöka ge ett konklusivt svar på frågan om avslappning har gynnsam effekt på hypertoni. Välviligt tolkat kan man i försöksgruppen ana en positiv trend mot bättre BT-reglering och mindre mediciner, men studiens uppläggning gör det inte möjligt att hävda att avslappningen är den enda, eller ens viktigaste orsaken till förändringarna.

Förutsättningarna för goda resultat var nästan optimala. Deltagarna hade en positiv förhållning och stora förväntningar på terapiformen. Compliance under kursperioden var utomordentligt god, hemmaträningen tillfredsställande och samtliga deltagare rapporterade ökat välbefinnande av övningarna. Rök- och motionsvanor talar för att gruppen var tämligen hälsomedveten.

Redan före kursstart var de flesta deltagare mycket välreglerade i sina tryck, varför det knappast fanns förutsättningar för ytterligare stora BT-sänkningar. Däremot visade det sig möjligt att reducera och avbryta pågående farmakologisk behandling. Fortfarande efter ett år var sålunda tre av åtta deltagare medicinfria (en var medicinfri redan vid undersökningens början) och av övriga fem var tre bättre reglerade på oförändrade eller reducerade medicindoser. Detta är i nivå med de mest gynnsamma resultaten i mer omfattande studier.

I litteraturen på området redovisar framför allt Patel genomgående goda resultat (3–9). Hon har kombinerat avslappning (egentligen en yogaform, som kallas savasana) med bio-feedback. Hennes första studie (3) var upplagd på samma osofistikerade sätt som vår egen: en grupp hypertoniiker med farmakologisk terapi var sin egen

kontrollgrupp efter avslappningsträning. Hennes grupp var emellertid större (20 patienter), klart äldre och låg på högre BT-nivåer (medel 160/102 mm Hg vid studiens början). Senare har Patel förfinat metodiken med matchade kontrollgrupper (5), fortfarande med goda resultat, som verkar stå sig över tiden. I en intressant prospektiv studie följer hon 192 män och kvinnor med minst två kardiovaskulära riskfaktorer (8). Gruppen screenades fram vid en stor londonindustri. Halva gruppen fick avslappningsträning och andra halvan tjänade som kontrollgrupp. Ännu efter fyra år (9) stod sig de goda effekterna på blodtrycket i avslappningsgruppen, som var signifikant bättre reglerad än kontrollgruppen. Den rapporterade kardiovaskulära morbiditeten tycktes också vara lägre i avslappningsgruppen än i kontrollgruppen efter fyra år.

Andra forskare till exempel Adseil (10) har inte kunnat visa några positiva BT-effekter av avslappning, varken som "monoterapi" eller som tillägg till farmakologisk behandling, vilken visade sig klart överlägsen. Även Lubowski (11) fann att farmakologisk terapi generellt var överlägsen avslappning, men ungefär en tredjedel av patienterna i hans studie svarade positivt på avslappning.

Genomgående tycks det vara så att bara en viss andel av hypertoniikerna svarar med BT-sänkning i samband med avslappning. McGrady (12) försökte prediktera dessa responders. Han utnyttjade en rad fysiologiska, biokemiska och psykologiska mätvariabler och fann att ångslighet, spänningshuvudvärk, hög hjärtfrekvens, låg handtemperatur och relativt höga plasma- och urinkortisolnivåer var skapliga prediktorer. Vidare var höga och normalrenin hypertoniiker överrepresenterade i gruppen responders, medan lågrenin hypertoniiker var överrepresenterade bland icke-responders. Kvinnor svarade överlag bättre än män.

En förutsättning för god effekt tycks under alla omständigheter vara välmotiverade patienter. Förväntningar om god effekt har säkert betydelse i sammanhanget (13). I en svensk multicenterstudie av icke-farmakologisk behandling av hypertoni (2) verkade förväntanseffekter vara en av möjliga förklaringar till de gynnsamma resultaten. Studien var visserligen upplagd för att påverka livsstilsfaktorer som kost, motion och stress, men deltagarna tycktes inte i någon större utsträckning följa råden man fick. Trots detta kunde farmakologisk behandling avbrytas hos mer än 40% av de 400 deltagarna i studien. Det verkar inte orimligt att anta att den allmänna omhändertagandenivån med hemmablodtrycksmätningen i centrum åt-

minstone stod för en del av det gynnsamma resultatet.

Vår träning var inte begränsad till någon speciell avslappningsmetod. Progressiv muskelrelaxation och autogen träning användes omväxlande med några inslag av visualisering. Banden för hemmabruk var komponerade på liknande sätt. Det är möjligt att bio-feedback skulle kunnat bidra med ytterligare kvaliteter. Patels framgångar kan antyda detta, men andra undersökningar (13) ger inte bio-feedback företräde framför andra metoder. En annan förklaring till Patels framgång kan vara att hon konsekvent introducerat avslappning i vardagslivet med hjälp av "påminnelsemarkörer" i stressiga situationer.

I framtiden bör det bli lika angeläget att skraddars en icke-farmakologisk, som en farmakologisk hypertoni-behandling. Därför känns det angeläget med forskning som syftar till säkrare identifiering av patienter lämpade för olika typer av behandling. För överviktiga personer bör rimligen vikttnedgång vara en första åtgärd, medan för andra – kanske i första hand sympatikotont präglade individer – avslappning kan vara en första handsåtgärd.

En odiskutabel fördel med de icke-farmakologiska metoderna är att de samtidigt påverkar en rad riskfaktorer, utan biverkningar. Begränsningen ligger i att de kräver insatser och någon grad av livsstilsmodifikation av patienten. Ingen metod är härvidlag självklart lättare än någon annan.

Vad gäller avslappning finns god effekt dokumenterad vid en rad andra tillstånd än hypertoni (14). Vid en vårdcentral tycker vi därför det bör vara naturligt att erbjuda avslappningsterapi i grupper, där man kan blanda människor med olika slags åkommor. Dessa grupper bör kunna fungera inom ramen för den ordinarie verksamheten och ledas av kunnig sjukgymnast eller annan personalkategori.

Referenser

1. Information från socialstyrelsens läkemedelsavdelning. 1990;3:109–64.
2. Åberg H, Tibblin G. Addition of non-pharmacological methods of treatment in patients on antihypertensive drugs: results of previous medication, laboratory test and life quality. *J Intern Med* 1989;226:39–46.
3. Patel C. Yoga and bio-feedback in the management of hypertension. *Lancet* 1973;ii:1053–5.
4. Patel C. 12-month follow-up of yoga and bio-feedback in the management of hypertension. *Lancet* 1975;i:62–3.
5. Patel C. Randomised controlled trial of yoga and bio-feedback in management of hypertension. *Lancet* 1975;i:93–5.
6. Patel C. Reduction of serum cholesterol and blood pressure in hypertensive

- *patients by behaviour modification. J R Coll Gen Pract 1976;26:211-5.
7. Patel C, Carruthers M. Coronary risk factor reduction through biofeed-aided relaxation and meditation. J R Coll Gen Pract 1977;27:401-5.
 8. Patel C, Marmot MG, Terry DJ. Controlled trial of bio-feedback-aided methods in reducing mild hypertension. BMJ 1981;282:2005-8.
 9. Patel C, Marmot MG, Terry DJ, Carruthers M, Hunt B, Patel M. Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow-up. BMJ 1985;290:1103-6.
 10. Adsett CA, Belissimo A, Mitchell A, Wilczynski N, Haynes RB. Behavioral and physiological effects of a beta

- blocker and relaxation therapy on mild hypertensives. Psychosom Med 1989;51:523-36.
11. Luborsky L, Crits-Christoph P, Brady JP et al. Behavioral versus pharmacological treatments for essential hypertension - a needed comparison. Psychosom Med 1982;44:203-13.
 12. McGrady A, Higgins T. Prediction of response to biofeedback-assisted relaxation in hypertensives: development of a hypertensive predictor profile (HYPP). Psychosom Med 1989;51:277-84.
 13. Goldstein B, Shapiro D, Thananopavaran C. Home relaxation techniques for essential hypertension. Psychosom Med 1984;46:398-414.

14. Öst L-G. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. Behav Res Ther 1987;25:397-409.

Författarpresentation

Christer Petersson, distriktsläkare
Elisabeth Graabek, hypertonisköterska

Postadress: Vårdcentralen, 360 30 Lammhult.

Distriktsläkaren förskriver många och billiga läkemedel

NB06580

Lokal förskrivningsstudie i Växjö kommun

INGRID JACOBSSON · ANDERS HÅKANSSON · PER ANDRÉN

Under mars månad 1990 förskrevs 26 756 reciper av läkare verksamma i Kronobergs län till patienter boende i Växjö kommun. I de nio olika vårdcentralsområdena varierade distriktsläkarnas andel av totalantalet reciper från 35 till 77 procent. Medelkostnaden per recipe varierade från 122 kronor för distriktsläkarna till 158 för privatläkarna.

Nyckelord: Distriktsläkare, läkemedelsförskrivning, utvärderingsstudier, Växjö.

Distriktsläkarna i kommunen ville av apoteket ha uppgifter om de individuella förskrivningsprofilerna. Man önskade värdera sin egen läkemedelsförskrivning med möjlighet till terapeutisk självvranskan. Detta genom att för varje läkare studera följsamheten till läkemedelslistan och kostnaderna för förskrivningen. Vidare ville man jämföra läkemedelsförskrivningen mellan olika vårdcentraler, liksom mellan olika förskrivarkategorier, samt få en uppfattning om distriktsläkarnas andel av den totala förskrivningen inom de olika vårdcentralsområdena. I denna artikel redogörs för de sistnämnda frågeställningarna, medan de individuella olikheterna redan tagits upp i många öppenhetiga och givande diskussioner på hemmaplan.

Studieområde

Växjö kommun hade vid årsskiftet 1989-90 knappt 69 000 invånare. Där

fanns nio vårdcentraler, varav fem i staden och fyra på landet. I stadsdistrikten hade varje distriktsläkare att i genomsnitt ta hand om knappt 3 000 människor, medan motsvarande siffra för landsbygdsdistrikten var knappt 2 000. I vårdcentralernas upptagningsområden bodde mellan 3 000 och 15 000 invånare. I kommunen fanns åtta apotek, varav ett sjukhusapotek, fyra vårdcentralapotek och tre vanliga apotek.

Metod

Under mars månad 1990 ADB-registrerades samtliga recept som expedierades på något av kommunens apotek. Förutom preparat, styrka och mängd, registrerades också förskrivande läkare och patientens bostadsort. Samtliga 31 distriktsläkare i kommunen (inkluderande utbildningsläkare under distriktstjänstgöring) hade en personlig kod. Övriga läkare hemmahörande i Kronobergs län registrerades på en av följande kategorier: Övriga distriktsläkare (gäller framför allt läkemedelsförskrivning på den för flera kommuner gemensamma jourläkarcentralen), lasarettsläkare (inklusive psykiatriker), privatläkare respektive företagsläkare. I restgruppen övriga förskrivare ingick tandläkare, veterinärer, sjuksköterskor, barnmorskor respektive läkare utanför Kronobergs län. Varje inlämnat läkarrecept gavs också en bostadskod från 1 till 9 beroende på vilken vårdcentralens upptagningsområde patienten tillhörde.

Databearbetningen av materialet gjordes av Apoteksbolaget. Totalt ingick i studien 36 110 reciper. Efter det att recept skrivna av övriga förskrivare och/eller skrivna till patienter boende

utanför Växjö kommun bortsorterats, återstod 26 756 reciper.

Resultat

Av de 26 756 recipena skrev distriktsläkare 44,2 procent, medan lasarettsläkare skrev 32,9 procent och privatläkare 19,8 procent (Tabell I). I stadsdistrikten varierade distriktsläkarnas andel mellan 35,0-43,7 procent, medan motsvarande intervall för landsbygdsdistrikten var 52,2-76,9 procent. Distriktet med högst andel distriktsläkarrecepten är beläget fyra mil från centralorten och läkarbemanningen är där ungefär en distriktsläkare per 1 500 invånare.

Varje ATC-grupps andel av den totala mängden förskrivna reciper för olika läkarkategorier presenteras i Tabell II. För distriktsläkarna dominerade ATC-grupperna A (magmedel, diabetesmedel och vitaminer), C (hjärtmedel, blodtrycksmedel och diuretika), J (antibiotika, antimykotika och kemoterapeutika), N (analgetika, migränmedel, antiepileptika, parkinsonmedel och lugnande medel) och R (näsdroppar, antiastmatika, hostmedel och antihistaminer). Flertalet skillnader mellan vårdcentralerna torde betingats av olikheter i befolkningens struktur samt, inom vissa terapiområden, av specialintresserade läkare. Fördelningen för de privatpraktiserande läkarna speglar tillgången på specialistkompetens inom denna läkarkategori. Företagsläkarna utmärkte sig genom en hög andel förskrivningar inom gruppen rörelseapparatsmedel.

Läkemedelskostnaderna i kronor per recipe för olika läkarkategorier framgår av Tabell III. Medelvärde för samtliga expeditioner låg för distrikts-

läkarna på 122 kronor. Motsvarande siffra var för företagsläkarna 148, för lasarettsläkarna 154 och för privatläkarna 158 kronor per recipe. Jämfört med såväl lasarettsläkarna som privatläkarna låg distriktsläkarna lägre i medelkostnad för hela tolv av femton ATC-grupper (Wilcoxon's teckenrang-test; båda med $p < 0.05$). Där emot var prisskillnaden gentemot företagsläkarna inte signifikant.

Om den undersökta månaden är representativ för 1990, skulle kostnaden för läkarnas öppenvårdsförskrivning till växjöborna uppgå till i runda tal 45 miljoner kronor per år. Om alla förskrivare höll sig till preparat med samma pris som distriktsläkarna skulle kostnaden minska till 39 miljoner, medan den skulle öka till 52 miljoner om alla förskrev i enlighet med privatläkarna. Vi kom fram till nästan samma resultat, oavsett om vi, som

här, för de båda läkarkategorierna räknade ut kostnaden ATC-grupp för ATC-grupp, eller om vi i uträkningen utgick från respektive läkarkategoriens genomsnittliga kostnad per recipe.

Vi undersökte också den totala läkemedelsförskrivningen (uttryckt i DDD per 1000 invånare och dag) till befolkningen i olika vårdcentralsområden. Här sågs genomgående högst siffror för ATC-grupperna A, C, D, N och R. Inom några grupper var skillnaderna mellan de olika vårdcentralsområdena upp till trefaldiga.

Diskussion

Bland de studerade läkarkategorierna skrevs flest recept av distriktsläkarna. Detta trots närheten till ett stort centrallasarett och ett stort antal privatläkare i tätorten. Dock bör påpekas att en tredjedel av recipea förskrevs av lasarettsläkare. Distriktsläkardomi-

nansen bland recipea var naturligtvis mera uttalad på landsbygden. Detta rimligen beroende på, såväl ett ökat avstånd till staden och dess sjukvårdsutbud, som den betydligt högre distriktsläkartätheten på landet.

Att medelkostnaden per recipe var högre för lasarettsläkarna jämfört med distriktsläkarna är förstaeligt. Sannolikt har man på lasarettsmottagningarna fler komplicerade fall, som kräver något dyrare läkemedel. Även bland privatläkarna förekommer naturligtvis komplicerade fall, vilket ibland skulle kunna förklara användningen av dyrare preparat. Dock är det svårförklarligt varför privatläkarna inom nästan samtliga läkemedelsgrupper valt dyrare preparat än distriktsläkarna. Kanske är det så att distriktsläkarna är mer informerade om läkemedelskostnader och i större utsträckning håller sig till de av den lokala läkemedelskommittén rekommenderade preparaten. Det i texten givna räkneexemplet är naturligtvis mycket grovt, men det visar ändå på en betydande besparingspotential. Variationsvidden i läkemedelskostnad mellan vårdcentralerna tyder på att besparingar kan göras även här.

Jämfört med försäljningen inom ramen för läkemedelsförmånen i hela Sverige år 1989 (1), var den procentuella fördelningen av recipea på ATC-grupper i denna studie nästan identisk. Detta bör innebära att växjöborna under mars 1990 försågs med ett likartat läkemedelsspektrum som svenskarna i övrigt under hela 1989, vilket antyder att studieresultaten kan

Tabell I. Procentuell fördelning av olika vårdcentralsområdets recipea på olika läkarkategorier (n=26756 recipea).

Förskrivare	Område		
	Växjö kommun (medelvärde)	Stad variationsvidd (mellan vårdcentralsområden)	Land variationsvidd (mellan vårdcentralsområden)
Distriktsläkare	44.2	35.0-43.7	52.2-76.9
Lasarettsläkare	32.9	33.1-37.8	14.4-31.5
Privatläkare	19.8	18.2-25.3	5.3-14.1
Företagsläkare	3.1	3.0-4.5	1.5-3.4

Tabell II. Procentuell fördelning av olika läkarkategoriernas recipea på olika ATC-grupper

ATC-grupp		Förskrivare					
		Distriktsläkare n = 11 817 recipea		Lasarettsläkare 8809	Privatläkare 5301	Företagsläkare 829	TOTALT 26 756
		Medel- värde	Variations- vidd mellan vårdcentralerna				
A	Matsmältning	9.7	9.2–11.0	9.9	8.1	11.1	9.5
B	Blod	1.9	1.1–3.4	2.8	1.3	0.4	2.0
C	Hjärta	20.1	14.1–23.4	13.1	10.7	16.9	15.8
D	Hud	4.3	3.1–7.0	7.1	13.7	6.9	7.2
G	Urin och kön	2.6	1.5–2.8	7.3	12.4	1.2	6.0
H	Hormoner	1.6	1.0–2.3	2.8	1.7	0.6	2.0
J	Infektioner	14.6	7.8–19.0	8.8	7.8	5.9	11.1
L	Tumörer	0	0.0–0.1	0.5	0	0	0.2
M	Rörelseapparaten	5.1	3.9–6.6	4.2	3.9	15.8	4.9
N	CNS	17.2	12.5–31.2	17.9	16.0	20.8	17.3
P	Parasiter	0.4	0.3–0.5	0.5	0.3	0.4	0.4
R	Andningsorganen	17.9	11.7–23.2	12.7	15.4	13.4	15.5
S	Ögon och öron	3.8	2.1–6.4	10.1	4.3	3.0	6.0
V	Varia	0.4	0.0–0.6	0.5	0.5	3.5	0.5
	Övrigt	0.6	0.1–0.9	1.7	3.9	0.2	1.6
TOTALT (%)		100		100	100	100	100



När sömnlöshet blir en svår knut att lösa.

Sömn är av avgörande betydelse för psykiskt välbefinnande.

Propavan är ett tilltalande alternativ av sömnmedel vid olika sömnrubbingar. 1-2 tabletter till natten minskar antalet spontana uppvaknanden. Toleransutveckling har ej iakttagits och propiomazin är ej beroendeframkallande.

Propavan är även lämpligt om missbruk förekommer och kan med fördel ordinerats till äldre patienter. Längre tids sömnsvårigheter bör utredas med avseende på psykisk eller somatisk sjukdom.

PROPAVAN

Δ Propiomazin, tabletter 25 mg; 20 st, 50 st eller 100 st.

God natt utan beroende.



Kabi Pharmacia

Kabi Pharmacia AB Sverige
Telefon 08-695 80 00

Tabell III. Läkemedelskostnad (kronor per recipe) för olika läkarkategorier (n=26 756 recipe)

ATC kod	Förskrivare		Lasarettsläkare	Privatläkare	Företagsläkare
	Distriktsläkare				
	Medelvärde	Variationsvidd (mellan vårdcentraler)			
A	186	142–230	240	203	248
B	167	100–281	204	232	283
C	189	155–225	201	207	262
D	96	70–98	121	140	80
G	142	109–197	140	116	166
H	65	31–88	70	58	94
J	92	87–98	137	171	131
L	579	0–918	474	53	0
M	134	102–175	201	137	126
N	71	58–97	102	88	84
P	117	82–170	67	132	39
R	98	77–147	166	217	108
S	56	31–65	88	117	83
V	148	0–391	277	232	144
Övriga	154	84–194	231	237	135
TOTALT	122	106–135	154	158	148

vara generaliserbara även utanför Växjö kommun.

Vad beträffar den procentuella fördelningen av recipen på ATC-grupper, sågs stora skillnader mellan de olika vårdcentralerna. Ännu större skillnader (upp till trefaldiga inom vissa preparatgrupper) sågs då den totala läkemedelsförskrivningen till befolkningen i olika vårdcentralsområden jämfördes. Till viss del har dessa skillnader naturligtvis rationella förklaringar, såsom exempelvis olika befolkningsstruktur i olika områden, men sannolikt döljer sig här också en hel del irrationella förklaringar. Det skulle vara intressant att i mera djuplodande studier söka dessa förklaringar.

Referenser

- 1. Johansson H, Nordenstam I. Svensk läkemedelsstatistik 1989. Stockholm: Apoteksbolaget 1990:54.

Författarpresentation

Ingrid Jacobsson, apotekare

*Anders Håkansson, med dr, distriktsläkare

Per Andrén, distriktsläkare

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

Alkoholpatienter i Täby

PER WÄNDELL

Under en månad 1988 registrerades vid Täbys fyra vårdcentraler alla läkarbesök, där symptom eller diagnos kunde bindas till alkohol som underliggande orsak. Alkoholsambandet bedömdes av varje enskild läkare. Syftet var att få en grov uppfattning om problemets storlek. Säkert samband med alkohol fanns vid 33 av 2725 besök (1.2 procent). Det förekom stora variationer mellan de enskilda läkarna och i viss mån även mellan vårdcentralerna.

Nyckelord: Alkohol, distriktsläkare, könsfördelning, primärvård, åldersfördelning.

Sedan 1986 har en "Arbetsgrupp för missbruksfrågor i Täby" funnits. Den bildades i samband med utvärderingen av ett "Underlag för vårdprogram för människor med alkoholproblem" (1). I arbetsgruppen finns företrädare för både socialtjänst och sjukvård (primärvård, psykiatri, toxikologi).

För att få en uppfattning om hur många patienter med alkoholproblem

som söker på Täbys vårdcentraler, utfördes denna undersökning under april månad 1988.

Metod

Varje läkare på Täbys fyra vårdcentraler noterade vid alla patientbesök om det fanns symptom relaterade till alkohol, antingen säkra eller misstänkta sådana. Undersökningen byggde alltså på de enskilda läkarnas bedömning, då syftet enbart var att få en grov uppskattning av alkoholproblemets storlek i patientklientelet. Studien genomfördes inom ramen för det ordinarie arbetet på vårdcentralerna.

Resultat

Antalet besök och andelen alkoholpatienter framgår av Tabell I. Siffrorna ligger som synes allmänt lågt, men med klar manlig dominans. Skillnaden mellan vårdcentralerna framgår även, framför allt mellan Näsbypark och Täby Kyrkby. Näsbypark och Täby sjukhus har ett äldre patientklientel med en andel över 65 år på 42 % respektive 33% jämfört med 13% och 11% för Täby Kyrkby och Vallatorp. Andelen kvinnor i totala antalet besök ligger på 60% med mycket små variationer mellan vårdcentralerna.

En uppdelning av säkra och misstänkta alkoholpatienter för olika läkarkategorier gjordes och skillnaderna framträder, men materialet är litet (Tabell I).

Diskussion

Andelen säkra eller misstänkta alkoholpatienter var i undersökningen endast 2.8%. Vid tidigare undersökningar i primärvården har varierande resultat erhållits, men metodiken har också växlat. I en undersökning från Olofström visades, att endast 20% av alkoholmissbrukarna fick korrekt diagnos på vårdcentralen. Vidare framkom i den gruppen en överkonsumtion av sjukvård på tre gånger (2). Det finns inga skäl att tro att Täby skulle skilja sig härvidlag, utan de låga siffrorna antyder helt klart en underdiagnostik. Det bör dock framhållas, att det sociala mönstret varierar. Täby är en välmående kommun med hög medelinkomst och siffrorna för alkoholdöd och alkoholcirrhos är lägre än för Stockholms län i övrigt (1). Allmänt anges frekvensen alkoholister vara högst i socialgrupp 3, medan andelen rubricerade som högkonsumenter utan alkoholberoende är högst i socialgrupp 1 (3).

LB 0 6581

Notabelt är skillnaden i rapportering mellan vårdcentralerna, där Näsbypark och Täby sjukhus har en högre andel flerbostadshus än framför allt Vallatorp. Den största skillnaden finns dock bland de enskilda doktorerna, med en variation mellan 0 och 17 patienter, om både säkert och misstänkt samband räknas. Även inom samma vårdcentral noterades stora skillnader. Det är orimligt att tänka sig att detta skulle betingas av skilda patientklientel medan däremot differensen mellan distriktsläkare och underläkare är begriplig. Underläkarna har fler akutbesök med luftvägsinfektioner och kan inte heller bygga upp samma långvariga patientkontakt som distriktsläkarna. Det är ofta svårt eller omöjligt att diganostisera eller ens misstänka ett alkoholmissbruk vid ett enstaka besök.

Orsaken till den stora spridningen mellan läkarnas rapportering vad gäller antalet och andelen alkoholbesök känner vi inte. Det kan finnas flera tänkbara förklaringar. En som ibland antyds är att läkarens egna alkoholvanor medför olika attityder till missbruksdiagnostik, (Tabell II).

En annan förklaring kan vara terapeutisk nihilism – eftersom alkoholism är svår eller omöjlig att behandla lönar det sig inte heller att diagnostisera den. Detta kan säkert ha sin betydelse, då kunskapen om olika alternativ och strategier vid behandling av alkoholism varierar. Därtill varierar också handläggningen av problem av psykosocial natur mellan olika läkare mer än handläggningen av mer renodlat medicinska frågor, då ju vår utbildning är helt centrerad kring de senare. Vi har också olika förväntningar och föreställningar om hur missbrukare ser ut och uppträder. Enligt Romelsjö missades alkoholismdiagnosen vid vårdcentralerna i 80% av fallen (2,4) och det gäller säkert generellt. Vi är dåliga på att upptäcka ett alkoholmissbruk, som ofta mycket väl kan döljas.

Inom primärvården är vi också ovana att handskas med missbrukare. Det tycks som om varje läkare har sin egen stil i patientkontakten och saknar förmåga att kunna inta olika hållningar gentemot olika individer (5). Det vore givetvis önskvärt att vi kunde träna upp vår förmåga till ökad flexibilitet och därmed också möta psykiskt sjuka, missbrukande eller manipulerande patienter på ett bättre sätt.

En annan intressant aspekt är om patientkontakten skiljer sig mellan manliga och kvinnliga läkare. Det manliga sägs ofta vara mer exekutivt, instrumentellt eller objektivt, medan det kvinnliga skulle vara mer vårdande, omhändertagande och subjektivt. Möjligen skulle då kvinnliga läkare vara mer lyhörda och benägna till en

Tabell I. Totalantalet besök och andelen alkoholrelaterade besök på de olika vårdcentralerna.

Vårdcentral	Totalantal besök (april 1988)	Därav alkoholrelaterade (%) Säkert	Säkert+Misstänkt	Andel män (%) Säkert+Misstänkt
Näsbypark	421	2.4	5.5	87
Täby Kyrkby	511	0.8	1.0	60
Täby sjukhus	1194	1.0	2.7	63
Vallatorp	599	1.2	2.7	94
Täby PVO	2725	1.2	2.8	76

Tabell II. Antal (andel) alkoholrelaterade besök (säkra och misstänkta) för olika läkarkategorier.

Läkarkategori (antal läkare)	Antal besök	Andel av besöken (%)
Manliga underläkare (3 st)	7	1.3
Kvinnliga underläkare (4 st)	16	2.3
Manliga distriktsläkare (6 st)	28	2.6
Kvinnliga distriktsläkare (3 st)	25	6.1
Samtliga	76	2.8

mer empatisk och personlig kontakt och lättare fånga upp ett dolt missbruk. Dock krävs ju både det inkännande och distansering i den kliniska kontakten.

Ytterligare en mekanism förtjänar att nämnas – oförmågan att tänka i många banor och testa olika hypoteser samtidigt. Alkohol kan ligga bakom en rad olika sjukdomstillstånd och kallas "The Second Great Imitator" (3). Möjligheten finns att alkoholmissbruk helt enkelt glöms bort i raden av andra tänkbara sjukdomshypoteser.

Slutligen kan vi peka på allmänmedicinens breda kunskapsområde, där den enskilde läkaren inte alltid uppdaterar sina praktiska färdigheter. Vi känner till alkoholanamnes, statusbild och användbara laboratorieparametrar, men gör ändå inte bruk av dem, kanske beroende på tidspress. Vi har mer en benägenhet att hålla oss

till de gamla invanda spåren än att växla in på nya.

Referenser

1. Länskommittén för missbrukar- och institutionsfrågor. Underlag för vårdprogram för människor med alkoholproblem. Stockholm, 1986.
2. Socialstyrelsen. Alkohol och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen 1987.
3. Nordén Å (red). Alkohol som sjukdomsorsak. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1988.
4. Svenska Läkaresällskapet. Problemet alkohol. Stockholm: Svenska Läkaresällskapets handlingar, Spri 1986;95(4).
5. Byrne PS, Long B. Doctors talking to patients. London: HMSO 1976.

Författarpresentation

Per Wändell, distriktsläkare. Vid studiens genomförande distriktsläkare vid Vallatorps vårdcentral, Täby.

Postadress: Åkersberga sjukhus, Box 506, 184 25 Åkersberga.

KURS I 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. Om flera deltagare kommer från samma arbetsplats underlättas den praktiska tillämpningen av familje- och systemterapeutiska tekniker.

Kursen kommer att löpa under 3+2+2 dagar med praktikperioder däremellan.

Kurstid: 3-5 februari, 5-6 mars, 7-8 maj 1992

Kurskostnad: 6900 kronor

Kursledare: Bernt Andersson, Eli Keller – familjeterapeuter och utbildare
Hans Thörn – distriktsläkare

Information av och anmälan senast den 27 oktober till:

Andersson & Keller, Rosenlundsgatan 29, 118 63 Stockholm
tel 08 – 669 10 63 eller Hans Thörn, Vårdcentralen, 455 00 Munkedal
tel 0524 – 114 00

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.

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

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

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

Indikationer. Vaginal candidiasis.

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

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

Vid upprepad dosering i doser som överskrider humandosen har i djurförsök på råttor påvisats ökad intrauterin fosterdöd, en effekt som också påvisats med imidazolpreparat, samt ökad förekomst av urinvägssmissbildningar (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



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

Diclin Promotion S-8911 Dif-02

BVC-studie i Blekinge (I)

LB 06582

BVC-barnen – hur mår de? Hur mår mödrarna?

ANNEGRETE LILJESTRAND

Sedan Sveriges BVC-verksamhet startade för cirka 50 år sedan har mycket stora sociala och ekonomiska förändringar skett. Barnens fysiska hälsa är idag mycket bättre – det vet vi. Det förebyggande arbetet på BVC når alla barn. Vi upptäcker och botar det mesta av det som kan botas och flera barnsjukdomar är "bortvaccinerade". Barns sjukvårdskonsumtion är dock inte mindre nu än förr. Bättre sjukvårdsutbud kan vara en förklaring. Allergier hos barn och psykosomatiska besvär kan vara en annan. En tredje förklaring kan vara att barn som vistas på dagis har flera luftvägsinfektioner, men också har större krav på sig att vara helt friska och pigga för att kunna lämnas där.

Nyckelord: Hälсотillstånd, intervju/enkätundersökningar, BVC, Blekinge.

Barnfamiljernas situation har på senare år förändrats betydligt. Båda föräldrarna yrkesarbetar utanför hemmet i mycket större utsträckning nu och barnomsorgen är ordnad på dagis eller hos kommunal dagmamma. Sociala försäkringar har givit båda föräldrarna större möjligheter att vara hemma när barnen är små eller tillfälligt sjuka. Barnfamiljerna är dock en sårbar grupp som påverkas mycket av ekonomiska åtstramningar. Ökad oro och stress hos barnfamiljer samt försämrat socialt nätverk på grund av flyttning och skilsmässor är något som är vanligare nu.

För att belysa vad som styr BVC-barns sjukvårdsbehov gjordes våren 1990 en enkätundersökning till småbarnsföräldrar. Målsättningen med undersökningen var också att bedöma i vilken grad BVC idag svarar mot barnfamiljernas behov av stöd och rådgivning.

Material

För undersökningen utvaldes två för Blekinge representativa BVC-distrikt, Hässlegårdens och Kättilsmåla BVC.

Hässlegården är ett nybyggt förortsområde med villor, radhus och enstaka flerfamiljshus. Flera "dagis/fritids" finns, samt låg- och mellanstadieskola.

Vårdcentralen är belägen 2 km bort. Där finns BVC och MVC samt distriktsläkare, som också fungerar som BVC-läkare. Centrallasarettet i Karlskrona ligger 8 km bort. Antalet inskrivna på Hässlegårdens BVC var i mars 1990 450 barn. Antalet nyfödda per år har minskat successivt från 73 barn 1983 till 37 barn år 1989. I 89% av familjerna fanns syskon.

Kättilsmåla är ett glesbebyggt landsbygdssdistrikt med mindre tätort, där distriktssköterskan har sin mottagning med BVC. I området finns inget dagis och det är ont om kvinnoarbetsplatser utanför hemmet. Avståndet till vårdcentralen är 12 km. Distriktsläkaren är också BVC-läkare. Antalet barn inskrivna på Kättilsmåla BVC var i mars 1990 162. Antalet födda per år ligger relativt konstant mellan 20 och 25 barn. I 85% av familjerna fanns syskon.

Metod

En skriftlig enkät utformades med 65 delfrågor som berörde bland annat barnomsorg, bostadsmiljö och kontakter med BVC. Dessutom ställdes personliga frågor till modern om arbete och vardagsliv. Av samtliga i mars 1990 inskrivna barn på Hässlegårdens och Kättilsmåla BVC utvaldes slumpvis alla barn födda i mars, juni, september och december, sammanlagt 194 barn. Av dessa hade 22 barn yngre syskon som också var födda i samma urvalsmånader, varför de borttogs så att varje familj fick besvara endast en enkät. Mödrarna var uppgiftslämnare och enkäterna aidentifierades.

Ett följebrev med information till föräldrarna om undersökningen medskickades. Av totalt 172 enkäter besvarades 140 varav 107 från Hässlegården och 33 från Kättilsmåla. Av de 32 som inte svarade var 2 invandrarfamiljer, 2 hade flyttat från området, 1 familj hade valt en annan BVC och 2 var nyinflyttade och hade ej haft kontakt med BVC. Nettourvalet var således 165 och svarsfrekvensen var 85%. Ingen skillnad i svarsfrekvens sågs mellan de två områdena.

Resultat

Barnens familjebakgrund

De undersökta barnens ålder var jämnt fördelad. I åldersgruppen 0–2 år var 40% av barnen hemma *heltid*, 31% *deltid* hos dagmamma eller på dagis och 25% *heltid* hos dagmamma eller på dagis. I åldersgrupperna 3–4 och 5–7 år var motsvarande siffror 31 respektive 13% för hemma *heltid*, 50

respektive 64% för barntillsyn *deltid* och 17 respektive 13% för barntillsyn *heltid*. Färre barn (22%) var hemma *heltid* i förorten jämfört med på landsbygden (36%). Dagis fanns inte på landsbygden.

92% av de undersökta barnen levde med båda föräldrarna. Av mödrarna hade 113 (81%) lönearbete utanför hemmet. Ingen större skillnad sågs mellan förort och landsbygd. Av kvinnorna med lönearbete bosatta i förorten, arbetade färre heltid än av kvinnorna i landsbygdsområdet. I förorten var 27% av de lönearbetande mödrarna tjänstemän på mellannivå mot 11% i landsbygdssdistriktet, medan 28% av de lönearbetande mödrarna i förorten arbetade som ej facklärd i tjänsteproduktion mot 52% i landsbygdssdistriktet. Det tycks således finnas socioekonomiska skillnader mellan områdena.

Så här hade mödrarna det

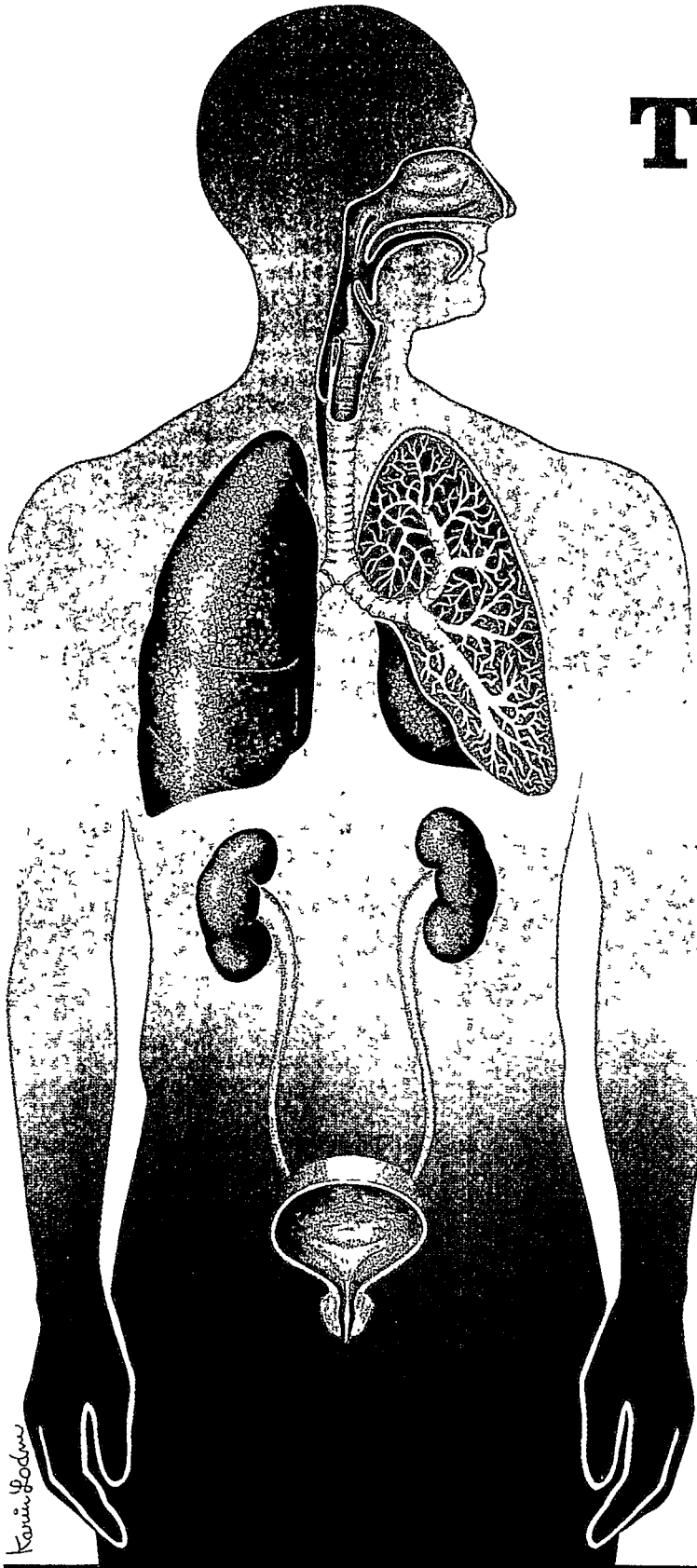
Av mödrarna uppgav 42% att de haft ryggvärk under de senaste tre månaderna. Likaså uppgav 42% att de hade haft huvudvärk under de senaste tre månaderna, medan 18% hade haft magsmärtor och 15% sömnbesvär under samma tid. Av de 140 mödrarna hade 32 (23%) haft både ryggvärk och huvudvärk. Något samband mellan kvinnans yrke och förekomst av ett eller flera av de nämnda hälsobesvaren kunde ej påvisas.

Av de 24 mödrar (17%) som angav att de rökte dagligen, hade 17 (71%) haft ryggvärk och 15 (62%) huvudvärk under de senaste tre månaderna – 7 (29%) av dessa mödrar hade haft både rygg- och huvudvärk. 23% av mödrarna med arbetaryrken rökte mot 4% av mödrarna i tjänstemannayrke på mellannivå.

Bland de 140 mödrarna fanns 39 (28%) som uppgav att de inte haft något av de nämnda hälsobesvaren under de senaste tre månaderna – 2 (0.5%) av dessa mödrar rökte dagligen, övriga var icke-rökare.

39 av mödrarna (28%) uppgav att de ibland kände sig ensamma och 76 (54%) att de ofta eller ibland oroade sig för ekonomin. 41 av kvinnorna (29%) motionerade ofta och 91 (65%) kände sig oftast nöjda i sitt dagliga liv.

Bland mödrarna utan de nämnda hälsobesvaren svarade 12 (31%) att de ofta eller ibland oroade sig för ekonomin jämfört med 26 (81%) av de 32 mödrarna med både rygg- och huvudvärk. 32 av de 29 kvinnorna utan häl-



Tarivid[®]
ofloxacin

tar i vid...

- klamydiainfektioner
- urinvägsinfektioner
- nedre luftvägsinfektioner

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

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

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

Hoechst 

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

sobesvär (81%) kände sig oftast nöjda med sina liv jämfört med endast 14 av de 32 kvinnorna (41%) med både rygg- och huvudvärk. Detta tyder på ett samband mellan vardagsbekymmer och kroppsliga besvär.

Endast 12% av kvinnorna med arbetaryrken motionerade regelbundet jämfört med 57% av dem med tjänstemannayrke.

Av samtliga mödrar tyckte 27% att de själva hade största ansvaret för barnuppfostran. Av mödrarna med tjänstemannayrke uppgav 14% att de ofta kände största ansvaret för barnets uppfostran mot 30% av de icke-facklädda mödrarna i arbetaryrken.

Vad gäller hemmets skötsel uppgav 47% att de hade största ansvaret – 32% av mödrarna med tjänstemannayrke jämfört med 53% av de icke-facklädda med arbetaryrken.

Barnens hälsa

Mödrarna ombads bedöma sina barns hälsa under det senaste året. Bedömningen gjordes med fem alternativ – från mycket god till mycket dålig. Mycket god hälsa hos barnet uppgav 53%, ganska god 36%, varken bra eller dålig 7% och ganska dålig 4%. Ingen mor bedömde barnets hälsa som mycket dålig.

Av de 39 mödrar som inte hade några hälsobesvär, upplevde 74% att barnets hälsa var mycket god jämfört med 34% av mödrarna som hade både ryggvärk och huvudvärk (Figur 1).

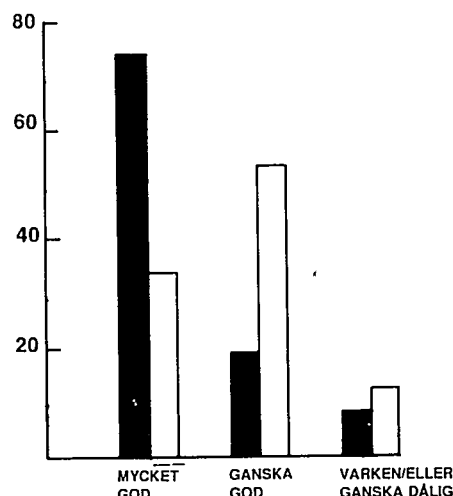
På den öppna frågan "Vilka hälsobesvär har barnet haft?" svarade 77 mödrar och av dessa angav 67 ÖLSymtom (förkylning, öronbesvär, halsfluss), 6 magbesvär (diarré) och 5 allergiska besvär (astma, eksem).

Barnens sjukvårdskonsumtion

Barnen i förorten hade oftare sökt vård på vårdcentral och sjukhusmottagning än landsbygdsbarnen och 31% av förortsbarnen hade varit inlagda på sjukhus jämfört med 18% av landsbygdsbarnen (Figur 2). Barn till mödrar med tjänstemannayrke hade dubbelt så ofta legat inlagda på sjukhus och dubbelt så ofta besökt sjukhusmottagning som barn till mödrar med arbetaryrken. Barn till mödrar med arbetaryrken hade tre gånger så ofta besökt distriktsköterskan för hälsobesvär som barn till mödrar med tjänstemannayrke. Vårdcentral och jourcentral besöktes i samma frekvens oberoende av moderns yrke. Sociala faktorer tycks påverka vårdefterfrågan.

De 39 mödrarna utan egna hälsobesvär hade sökt sjukvård för barnet i 69% och endast 13% av deras barn hade vårdats på sjukhus. Av de 32 mödrar som hade både rygg- och huvudvärk hade 33 (84%) sökt vård för sina barn och 14 (44%) av barnen hade varit inlagda på sjukhus.

ANDEL (%)



BARNENS HÄLSA

Figur 1. Mödrarnas bedömning av sina barns hälsotillstånd i relation till mödrarnas egna hälsobesvär. Fyllda staplar: mödrar utan hälsobesvär (n=39), ofyllda staplar: mödrar med hälsobesvär (rygg- och huvudvärk (n=32).

Mödrarna med arbetaryrken i förorten hade sökt sjukvård för sina barn på samma sätt som mödrar med arbetaryrken från landsbygden. Distriktsköterskan hade uppsökts för sjukvård av få barn. Barnen till mödrar med arbetaryrken hade dock sökt henne (18%).

Diskussion

De undersökta grupperna är representativa för Blekinge och svarsfrekvensen är acceptabel för denna typ av enkätundersökningar. Vid granskning av

BVC-journaler och eventuella vårdcentralsjournaler för de barn respektive mödrar där enkätsvar ej inkommit, framkommer inget som talar för att de skiljer sig från materialet i övrigt. Fördelning av barnens ålder samt mödrarnas yrke och civilstånd är likartad.

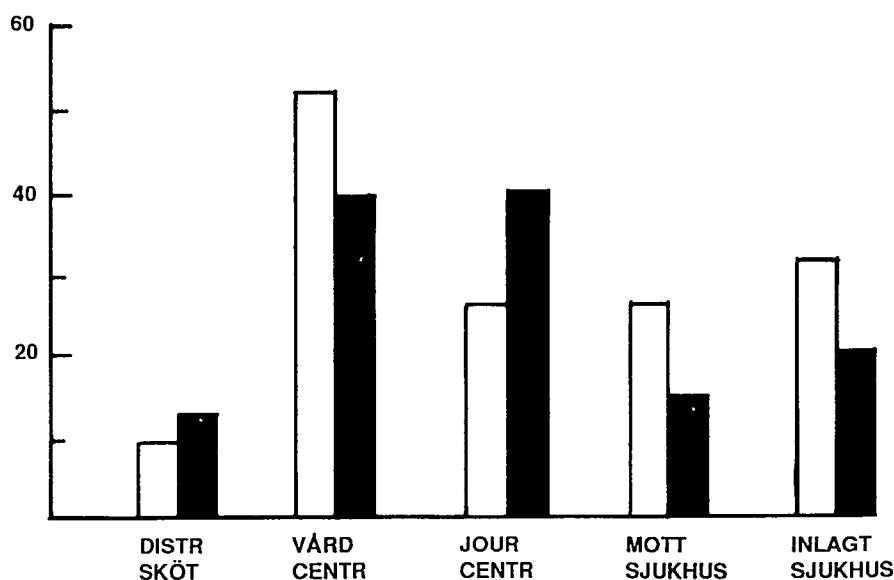
De undersökta 140 barnen lever nästan samtliga med både mor och far, har nästan alla syskon samt en välfungerande barnomsorg. Med denna bakgrund kan barnen anses vara privilegierade (1).

Undersökningen har ej visat någon större skillnad i hur barnfamiljerna mår på landsbygden jämfört med i förorten, men landsbygdsgruppen var å andra sidan relativt liten. Mödrarnas yrkesarbete är relaterat till de möjligheter för kvinnoarbete som finns (2). Glädjande är att relativt få av småbarnsmödrarna röker jämfört med landet som helhet (3). Ett stort arbete vad gäller rökavvänjning har gjorts i området (4) och detta bidrar troligtvis. Både mödrarnas rökvanor och deras motionsvanor är i denna undersökning klart relaterade till deras yrkesutbildning.

Ett aktivt upplysnings- och motivationsarbete i livsstilsfrågor är av mycket stor betydelse för befolkningens framtida hälsa i allmänhet och för en minskning av de idag allt tydligare klassrelaterade skillnaderna i hälsoläget i synnerhet. Ett speciellt ansvar och en speciell möjlighet att arbeta med dessa frågor har MVC och BVC, som ju när och arbetar med hela familjen.

Många av småbarnsmödrarna uppgav sig ha magsmärtor, ryggvärk, huvudvärk eller sömnbesvär. Värk är

ANDEL (%)



BARNENS SJUKVÅRDSKONSUMTION

Figur 2. Barnens sjukvårdskonsumtion under det senaste året, i förekommande fall. Flera alternativ kunde ges. Ofyllda staplar: barn från förorten (n=107), fyllda staplar: barn från landsbygden (n=33).

vanligt idag (3). Det talas mycket om värk och olika typer av belastningsskador i vårt samhälle och jag tror att detta påverkar många kvinnors upplevelse av sin kropp och av de besvär som hör till vardagen. Som distriktsläkare kan jag uppleva en ökad somatisering och en ökad oro av psykosomatisk karaktär, som ej står i proportion till den goda hälsa, som de allra flesta kvinnor har. Det är för många småbarnsmödrar både svårt, stressigt och tröttnande att kombinera rollerna som yrkeskvinna och mor. Samtidigt är kvinnans inkomst oftast nödvändig för att klara ekonomin. Vi hjälper troligen kvinnan bäst om vi ser hela hennes situation och stödjer henne i att se och förstärka allt det friska och positiva som finns i hennes liv. Det är sannolikt också viktigt att sjukvården undviker att bidra till att kvinnor somatiserar och fixeras i en sjukroll som kan vara svår att ta sig ur.

Resultaten visar väsentliga skillnader i barnens vårdkonsumtion. En del av förklaringen till detta kan vara avstånden till vårdcentral och centrallasarett, men beror troligen främst på befolkningens olika sociala sammansättning (5).

Hemarbetande och lågutbildade kvinnor är vanligare på landsbygden. Dessa mödrar söker sjukvård för sina barn på en mera basal nivå. De rådfrågar distriktssköterskan oftare än den välutbildade kvinnan och söker mindre ofta specialistmottagningar. Det är

betydligt vanligare att den välutbildade mammans barn blir inlagt på sjukhus. Om orsakerna till detta beror på en större sjuklighet hos barnet vet vi inte, men troligen finns helt andra skäl. Den välutbildade kvinnan som är mitt i sin yrkeskarriär har inte samma förutsättningar att stanna hemma om barnet är sjukt som den ej facklärda kvinnan. Den välutbildade kvinnan vet kanske också bättre hur hon ska komma igenom spärrarna till specialistmottagning eller sjukhus. Hon vill ha det som hon upplever som bäst för sitt barn, även om det kanske från vårdgivarens synpunkt kan upplevas som en överkonsumtion av vård.

Den yrkesarbetande kvinnan har många krav på sig både på arbetet och hemma. Om barnet är sjukt uppstår ofta problem vad gäller jobbet och tillsynen av barnet. Att söka sjukvård för barnet kan från vårdgivarens synpunkt upplevas som en lösning.

Vår undersökning har också visat att de mödrar, som har mycket egna hälsobesvär i stor utsträckning oroar sig för ekonomin och känner sig missnöjda i sina liv. Barnen till dessa mödrar upplevs av mödrarna att ha sämre hälsa och har större vårdkonsumtion än barn till mödrar utan egna hälsobesvär. Kan det vara så att mödrarna överför sin egen oro och kroppsliga besvär till barnen? Är den miljö barnen lever i mera sjukdomsframkallande? Rör det sig om psykosomatiska sjukdomar hos både mor och barn –

eller är hela familjen "sjuk"? (6).

Det är en stor utmaning för oss som distriktsläkare och BVC-läkare att se när familjerna mår dåligt, att förstå de signaler på psykosocial ohälsa som vi mottar. Det är viktigt att vi inte också somatiserar, utan i stället stannar upp och försöker stödja familjerna i alla livssituationer och visar vad som är friskt och vad som är sjukt och vad som behövs för att må bra. En bra kontinuitet i mötet med hälso- och sjukvården på olika nivåer och för alla familjens medlemmar är en nödvändig förutsättning för detta och det viktigaste instrument vi har för att förebygga en ökad sjuklighet hos barnen.

Referenser

1. Köhler L, Merrick J. Barns hälsa och välfärd. Lund: Studentlitteratur, 1984.
2. Jakobsson G. Familjen i välfärdsstaten. Åbo: Åbo Akademis förlag, 1988.
3. Sveriges officiella statistik. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1989.
4. Lendahls L, Liljestrand J. Smoking during pregnancy in Blekinge 1984-88. Scand J Prim Health Care 1989;7:189-92.
5. Rasmussen F. Self care, medical care and prescription of drugs in early childhood. Uppsala: Uppsala universitet, 1988 (Thesis).
6. Ginsburg BE, Bohman L. Vårdkontinuitet för barnfamiljer. Stockholm: Stockholms läns landsting, SPRI, 1983.

BVC-studie i Blekinge (II)

Hur fungerar BVC?

ANNEGRETE LILJESTRAND

I föregående artikel beskrevs en enkät till BVC-barns mödrar i två BVC-distrikt i Blekinge. Där redovisades mödrarnas uppfattning om barnens hälso-tillstånd och där beskrevs också barnens sjukvårdskonsumtion. I denna andra del presenteras mödrarnas uppfattning om BVC.

Nyckelord: Föräldrar, attityder, intervju/enkätundersökningar, BVC, Blekinge.

Material och metod

Materialet består av mödrarna till en slumpvis utvald tredjedel av de barn som var inskrivna vid två barnavårdscentraler, en i villaförort och en på landsbygd. En skriftlig enkät utsändes till de 165 mödrarna och svarsfrekvensen var 85%. Signifikansberäkningar vid jämförelser gjordes med t-test.

Resultat

Barnens miljö

De 140 undersökta barnen levde med både mor och far i 92%. På landsbygden var 24% av föräldrarna sammanboende utan att vara gifta mot 9% i förorten. 88% av barnen hade syskon. På landsbygden hade 21% av familjerna mer än tre barn (i förorten 7%). Ingen av mödrarna var under 20 år och 59% av mödrarna var mellan 30 och 40 år gamla.

De flesta mödrar (60%) var mycket nöjda med sitt bostadsområde. Lekamrater fanns för barnen i stor utsträckning (83%) och lekmiljön utomhus upplevdes som mycket bra eller ganska bra (88%). Trafiken utanför huset upplevdes dock som farlig av 45% på landsbygden mot 24% i förorten ($p=0.03$). Tretton barn (9%) hade i eller i närheten av hemmet någon gång råkat ut för olyckshändelse som hade krävt sjukvård.

Barnomsorg

Barnomsorgen såg helt olika ut i de två områdena, eftersom dagis inte fanns i landsbygdsområdet. 75% av familjerna var mycket nöjda med sin nuvarande barnomsorg. I båda de undersökta områdena hade dock 20% tidigare bytt barntillsyn för att den inte fungerade bra. Den öppna frågan: "Vad var det som inte fungerade?" besvarades av många med "dagmammas höga sjukfrånvaro och osäkerhet att få lämna barnen", "dagmamman orkade inte med alla barnen, för många små barn", eller liknande.

Föräldrasynpunkter på BVC

Den mindre BVC-mottagningen på landsbygden hade högre kontinuitet hos både distriktssköterska och BVC-läkare. Mödrarna på landsbygden upplevde i större utsträckning att det alltid fanns tillräckligt med tid för frågor och även att de alltid kunde fråga om allt på BVC. De kände sig också mycket välkomna (Tabell I).

Förtroendet och tryggheten i kontakten med BVC-sköterskan speglas också av i hur hög grad man frågar på BVC om man oroar sig för barnets hälsa eller miljö. Omkring 75% av mödrarna uppgav att man skulle fråga på barnavårdscentralen om barnet matvägrade, hade sömnproblem, kissade på sig, bajsade löst, gick inåt med fötterna eller ofta var förkyllt. Knappt hälften av mödrarna skulle fråga på BVC om barnet var aggressivt, en tredjedel skulle fråga vid problem i relationen mellan syskonen, 20–30% vid beteendeproblem eller kamratproblem och färre än var tionde skulle fråga på BVC vid barnpassningsproblem, problem i barnets lekmiljö eller vid problem i föräldrarnas parrelation. Inga signifikanta skillnader mellan förort och landsbygd sågs i dessa svar.

Föräldranätverk – vem frågar man först

Föräldrarna fick ange vilken person de först skulle fråga vid oro för barnets hälsa och sedan vem man därefter skulle fråga, i rangordningen 1–5. Föräldrarna fick på samma sätt rangordna vem man skulle fråga vid uppfostringsproblem.

Både vid oro för barnets hälsa och vid uppfostringsproblem angav majoriteten (83 respektive 94%) att man i första hand frågar maken till råds. Distriktssköterskan tillfrågas av de flesta i andra hand vid oro för barnets hälsa och i tredje hand vid uppfostringsproblem. Vid uppfostringsproblem angav de flesta att de i andra hand skulle rådfråga morförälder och många skulle också fråga en nära vän.

Föräldragrupperna

Av de 140 mödrarna hade 52 (37%) deltagit i föräldragrupper på BVC och 66% av mödrarna till barn födda 1987 eller senare hade deltagit. Ingen skillnad sågs mellan förort och landsbygd och ingen samvariation fanns med mödrarnas yrke. Mycket få fäder, to-

talt 11 (8%) hade någon gång deltagit i föräldragrupp på BVC.

Av de mödrar som deltagit i föräldragrupp tyckte 61% att det hade varit mycket eller ganska värdefullt, 26% varken värdefullt eller värdelöst och 13% ganska eller helt värdelöst.

Nio föräldrar hade i enkätsvaret lämnat förslag på hur föräldragrupperna på BVC kunde förbättras. Flera önskade att samma grupp föräldrar som i MVC-gruppen skulle fortsätta som BVC-grupp och att gruppen också skulle fortsätta att träffas efter barnets första levnadsår.

Övriga föräldrasynpunkter

Den skriftliga information som delas ut på BVC lästes alltid av 62% och 58% tyckte att nästan allt informationsmaterial var bra.

35 föräldrar hade lämnat spontana synpunkter på hur de tyckte att BVC-arbetet kunde förbättras. Personligare omhändertagande, kortare väntetid, längre telefon tid och tätare kontroller efter barnets första levnadsår var de vanligaste förslagen.

Diskussion

BVC är en mycket väl inarbetad institution, där vi når alla barn i åldrarna 0–7 år. Kontrollen av barnens fysiska hälsa är mycket bra. Värdet av hälsoövervakning, vaccinationer och rådfrågning om enkla vardagshälsoproblem sätts av föräldrarna mycket högt.

Är BVC då bra på alla sätt? Har vi tillräckligt med tid och förmår vi att skapa en trygg och förtrolig miljö? Föräldrarna ger oss en del av svaren. De tycker att de i mycket hög utsträckning får den tid på BVC de behöver och att de alltid eller nästan alltid kan fråga om allting. Undersökningen visar också att den lilla BVC-enheten på landsbygden uppskattas mycket av barnfamiljerna där. Här upplever mödrarna en stor trygghet i kontakten med BVC och distriktssköterskan blir som en nära vän. Något

svårare är det att skapa samma stämning av närhet och förtroende på den stora BVC-mottagningen som tillsammans med flera andra barnavårdscentraler är inrymda på vårdcentralen.

Att arbeta psykosocialt är ett av huvudmålen för BVC. Mödrarna svarar dock att de i mycket liten utsträckning skulle fråga på BVC om de hade problem av psykosocial karaktär, till exempel med barnpassning, relationsproblem mellan syskon eller mellan makarna, aggressivitet eller uppförandeproblem hos barnet. Hur ska man då stödja och hjälpa barnfamiljerna om problemen inte presenteras? Jag tror tyvärr att många föräldrar fortfarande upplever BVC som en institution där barnen får sina vaccinationer och en kontroll av sin fysiska hälsa. Alla önskar ju friska barn och helst ska man inte upptäcka några fel, speciellt inte av psykosomatisk karaktär. Om några barnfamiljer inte önskar hjälp från BVC på dessa områden ska vi då ändå vara aktiva och fråga? Detta kan troligen av många kännas som om BVC-personal lägger sig i. Säkert är också att många barnfamiljer väljer att få hjälp och råd av närstående, ofta mor- eller farföräldrar. Vi vet att sjukvården inte kan lösa alla problem som beror på sociala missförhållanden.

Men det finns många mödrar, de ensamstående, de resursfattiga och de vi kallar problemfamiljer, som nog behöver oss. Vi måste bli bättre på att se och förstå när vi behövs och när psykosociala missförhållanden finns och då ge mycket mer av alla våra resurser inklusive prioritering i tid för att uppmuntra och stödja i föräldrarollen. Om det behövs kunskapsöverföring måste den ges på rätt nivå och på barnfamiljernas villkor. Det är familjen som ska klara av vardagen.

En stor viktig satsning i BVC-arbetet är föräldragrupperna. Fortfarande deltar dock få föräldrar och framför allt lyser fäderna med sin frånvaro. De som deltar är inte odelat positiva. Säkert passar föräldragrupperna för en del men inte för alla. Kanske är det så att *de vi vill nå* inte kommer och då måste det finnas andra sätt att mötas. Flera naturliga mötesplatser nära barnfamiljers bostadsområden efterlyses, platser där barn och föräldrar kan mötas, leka och vara tillsammans – öppna förskolor, barnbibliotek, barn-timmar i kyrkans eller friluftsförbundens regi, teatergrupper eller hobbylokaler i kvarteret.

Referenser

1. Mark A et al. BVC 50 år. Läkartidningen 1989;86:233–47.
2. Köhler L, Merrick J. Barns hälsa och välfärd. Lund: Studentlitteratur, 1984.
3. Höjer B. Sjuksköterskan i barnhälsovården. Stockholm: Karolinska institutet, 1986 (Thesis).

Tabell 1. Mödrarnas uppfattning om BVC (%)

	Landsbygd (n=33)	Förort (n=107)	
Alltid/oftast samma distriktssköterska	88	65	p=0.004
Alltid/oftast samma distriktsläkare	85	75	
Alltid tillräckligt med tid	64	43	p=0.02
Nästan alltid tid nog	30	43	
Kan alltid fråga om allt	58	36	p=0.01
Kan nästan alltid fråga om allt	39	35	
Vet ej om man kan fråga	0	22	
BVC mycket värdefull för barnhälsan	64	48	
BVC ganska värdefull för barnhälsan	33	43	
Känner sig mycket välkomna på BVC	79	59	p=0.01
Känner sig ganska välkomna på BVC	9	29	

4. Magnusson M. Ger barnvårdscentralen bra service? Uppsala: Uppsala läns landsting, 1990. Rapport 1990-11-01.

Författarpresentation

Annegrete Liljestrand, distriktsläkare

Postadress: Lyckeby vårdcentral, Källevägen 12, 371 62 Lyckeby.

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.

Recensioner

LB0 6584

Yrkesdermatologi

SIGFRID FREGERT
BERT BJÖRKNER
MAGNUS BRUZE
INGER DAHLQUIST
BIRGITTA GRUVBERGER
KARIN PERSSON
LENA TRULSSON
ERIK ZIMMERSON

*Lund: Studentlitteratur, 1990.
397 sidor.
ISBN 91 44 25151 3*

I min gamla Rorsman "Dermatologi & venerologi" 1972, kan man via sakregistret hitta två ställen där ordet "yrkesdermatologi" förekommer och innebörden kort beskrivs. Nu finns denna specialvolym på området. Som huvudförfattare, självklart Sigfrid Fregert, som tillsammans med sina medarbetare skrivit en ovanligt helgjuten lärobok. Från specialitetens början 1957 och till och med 1990, har man samlat kunskaper och utvecklat metoder som nu publiceras och som torde bli en klassiker.

På omslaget har man avbildat en hand: "... 75% av arbetsdermatoserna är lokaliserade till händerna" och "90% av de yrkesbetingade hudsjukdomarna utgörs av kontakteksem". Boken lyckas med imponerande kraft precisera väsentliga fakta i en fantasitisk sammanställning av sitt ämnesområdes vetande. När man har läst den förstår man helt klart, att man i sin hand har såväl en lärobok som en handbok.

Konsekvent logisk disposition: hudens anatomi, fysiologi, immunologi, påverkbarhet av fysiska/kemiska faktorer. Därefter "Kontakteksem" samt "Försämring av primärt icke arbetsbetingade hudsjukdomar".

Med kapitlet "Utbrott av hudsjuk-

domar på arbetsplatser", närmar man sig beskrivningen av det detektivarbete som utredning av (hand)eksem kan bli, i synnerhet om patienten och hans skyddsombud uppfattar tillståndet som yrkessjukdom. I kapitlet "Kontakallergen" får man lära sig massor av nytt till exempel om kathoner, kolofonium, epoxysystem och så vidare. Författaren påpekar också att naturen själv kan vara farlig – det finns en halv miljon växter på jorden och av de cirka 10 000 substanser som hittills identifierats i växter, har 1/10 visat sig utgöra potenta allergener. Detta är värt att komma ihåg när man träffar någon av de patienter som går runt mellan läkare, apotek, hälsokostaffärer och som inhandlar naturmedel och kosmetika via veckotidningarnas postorderfirmor.

I kapitlet "Undersökningsmetoder" stimuleras läsaren nog mest av "lapp-testning" där man genom fynd av vissa kombinationer av positivt testresultat kan peka ut kontaktväg arbete/fritid. På sidan 293 finns en riktig pärla: "Kontakteksem i olika yrken och branscher" som ger möjligheten att säga till patienten "... säg mig vad du jobbar med och jag ska tala om för dig vad du råkat ut för".

"Förebyggande åtgärder" är ett lärorikt kapitel. Det väcker minnen av patienter som kunde fara riktigt illa, därför att man i deras ungdom inte ens tänkte på att tänka förebyggande. Numera kan man i förebyggande syfte anlita Data-basen Daisy för att få information om hur olika kemikalier tränger genom olika skyddshandskar och bärräkrämer. Det har gått framåt med stormsteg inom yrkesdermatologin!

Boken får särskilt stort värde för oss inom vardagssjukvården, genom att avslutas med några kapitel om "Lagar och föreskrifter" samt "Arbetskade-

försäkring" och "Rehab". Som en briljant final finns "Förslag till företagsläkares yrkesdermatologiska verksamhet" samt sakregister som är fullt i höjd med bokens kvalitet.

Det syns att man haft målsättningen att skapa LÄROBOK och HANDBOK i en och samma volym – och lyckats mycket bra.

Johannes Jokumsen, distriktsläkare.

Postadress: Viksjö vårdcentral, Box 4008,
175 04 Järfälla.

Urogenitala infektioner – diagnostik, terapi och prevention inom allmänmedicin

En rundabordskonferens 10–11 november 1988

Redaktörer
BIRGITTA HOVELIUS
TORSTEN SANDBERG

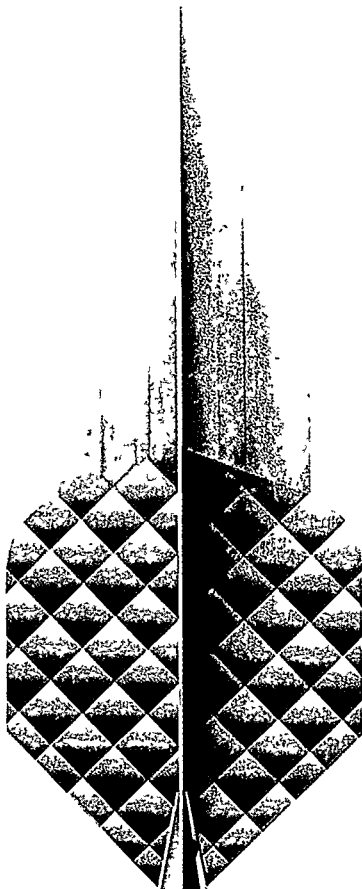
*Södertälje: Astra Läkemedel AB,
1989.*

Pris: 125 kronor. 197 sidor.

Mycket har hänt sedan allmänheten på 1950–60-talen skrämdes upp av läkarkåren om urinvägsinfektionernas farlighet.

Denna lilla bok på mindre än 200 sidor, ger en god bild av hur omhändertagandet av patienter med urinvägsinfektioner utvecklats och förbättrats. Åtta distriktsläkare – en urolog, en gynekolog, en infektionsläkare, en pediatriker, en geriatriker och en mikrobiolog – presenterar fall, diskuterar diagnostik och behandling och förenas i gemensamma bedömningar.

Urinvägsinfektioner är problem, som jag genom tiderna mest kommit i beröring med genom samspel med



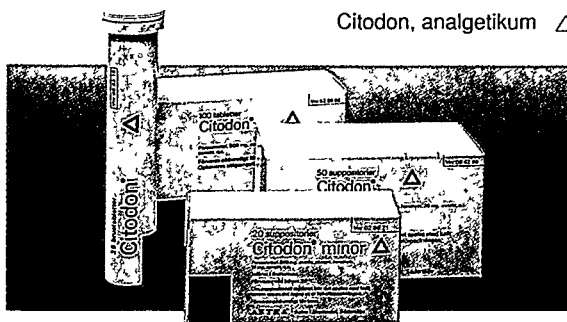
Citodon

Citodon[®]

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

***vid akuta smärttillstånd
t ex från rygg/nacke***

Citodon, analgetikum △



Tabletter – brustabletter – suppositorier

Snabbt tillslag* Effektivt

* vanligen inom 30 minuter



Astra Läkemedel AB

151 85 Sodertälje

mina kollegor, mindre som direkt engagerad läkare. Kanske liknar jag mest en oerfaren AT-läkare i behov av utbildning. Här får jag vad jag är ute efter.

Tonen i boken anges av Lisbeth Nordström, som beskriver hur man tar hand om barn med urinvägsinfektioner. Det är en upplevelse att ta del av alla hennes praktiska anvisningar för att dämpa det främmande och skrämmande som möter den lilla patienten. Samtidigt övertygar hon läsaren om att hon vet vad hon talar om.

Samma attityd behövs och tillämpas i kapitel om urinvägsinfektioner hos kvinnor, urogenitala infektioner hos män, urinvägsinfektioner hos äldre, fluor vaginalis etc.

Ju snabbare patienten kan få besked om vad det gäller, desto snabbare kan också adekvat terapi sättas in. Utvecklingen inom de diagnostiska metoderna har varit enorm. Birgitta Hovelius visar hur mycket man kan göra på vårdcentralen. Hon granskar sakkunnigt fördelar och nackdelar. Få torde kunna mäta sig med henne vad gäller kompetens på området. Claes Schalén kompletterar med ett utmärkt mikrobiologiskt avsnitt.

Magnus Eriksson skriver om råd och profylax och åter möter man samma ton av engagemang som i inledningskapitlet. Patienten som berättar om doktorn "som inte ville befatta sig med urinvägsinfektioner", antyder att allt kanske ännu inte är så välbeställt som vi vill tro. Den lilla boken borde vara ett verksamt vapen för att uppnå en bättre sakernas ordning.

Åke Nordén, professor em.
Postadress: Prostvågen 5, 240 10 Dalby.

Sexuella övergrepp mot barn

Handläggningsrutiner i Halmstads, Laholms och Hylte kommuner.

Halmstad: Referensgruppen avseende sexuella övergrepp mot barn i södra Halland, 1990.

Pris: 25 kronor. 35 sidor.
ISBN 91 630 0051 2

Många allmänläkare har i sin verksamhet ställts inför frågan: har detta barn utsatts för någon form av sexuell övergrepp? När fakta är uppenbara blir agerandet också enkelt, åtminstone rent tekniskt. Men hur många av oss har inte stått där med bara vaga misstankar och en krypande oro. Vad göra? Kanske tillfogar jag bara barnet ytterligare skada om jag agerar? Vilken klok och praktiskt erfaren person kan jag med förtroende vända mig till? Ibland, kanske alltför ofta, blir nog svaret "expectans". Alternativt försöker man skjuta över ansvaret på

någon annan, dock inte socialförvaltningen. Såväl de vuxnas som barnens rättssäkerhet kan ju sättas på spel. Det rör sig ofta om händelser som är svåra att bevisa objektivt. Man riskerar att sätta hela familjen i kris.

Nu finns en liten instruktiv "handbok", som kan vara till god hjälp. Tre kommuner i södra Halland har utifrån befintlig kunskap och egna erfarenheter utarbetat en välstrukturerad handledning för personal inom hälso- och sjukvård (läkare, sjuksköterskor, barnmorskor), socialförvaltning, barnomsorg, skola, kvinnojourer, polis och juridiska handläggare. Syftet är att förbättra handläggningen vid misstänkta övergrepp mot barn. Fallgroparna är onekligen många.

Ska jag anmäla eller inte? Hur går det till? Vad händer sedan? På ett suveränt klart, koncist och lättöverskådligt sätt presenteras här såväl lagstadgade fakta som klara handlingslinjer och klok, praktisk erfarenhet. Den lokala referensgruppen (bestående av representanter för alla de instanser som kan tänkas bli involverade) har lagt ner ett gediget arbete på att ta fram "fakta i målet" och redovisar uppenbarligen ett flerårigt, gott samarbete.

Framförallt sätts barnet i centrum. Man betonar vikten av snabbt samråd mellan berörda parter, snabb och för alla inblandade skonsam utredning samt betydelsen av vård och behandling.

Vad säger lagen? Aktuella stycken i såväl brottsbalk som socialtjänstlag, sekretesslag och lagen om vård av unga (LVU) redovisas. Lagarnas konsekvenser förklaras enkelt och begripligt. När kan sekretessen brytas? Anmälnings- och uppgiftsskyldighet avhandlas konstruktivt. Vem ska utfärda läkarintyg, när och hur? I detta lilla häfte får man snabb vägledning och fallgroparna är väl belysta. Goda referenser ges till den som vill fördjupa sig i litteraturen antingen medicinskt/vetenskapligt eller mera skönlitterärt.

Dessa halländska erfarenheter borde kunna utgöra mall för liknande instruktioner och lokala samarbetsorganisationer runt om i landet. Alla allmänläkare borde ha tillgång till en liknande förteckning över lokala referenspersoner att kontakta vid misstanke om övergrepp mot barn. Det är ett rimligt krav från barnens sida! Häftet rekommenderas som "vårdprogram" och för initierande av lokalt samarbetande referensgrupper. Det kan beställas hos barnhälsovårdens i Halmstad sekreterare, tel 035-13 41 43 (förmiddagar).

Anna Källkvist, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg.

Epidemiology in general practice

Redaktör

DAVID MORELL

Oxford: Oxford General Practice Series 14

Oxford Medical Publication (1988)
155 sidor.

ISBN 0 19 261603 X

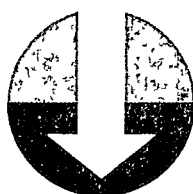
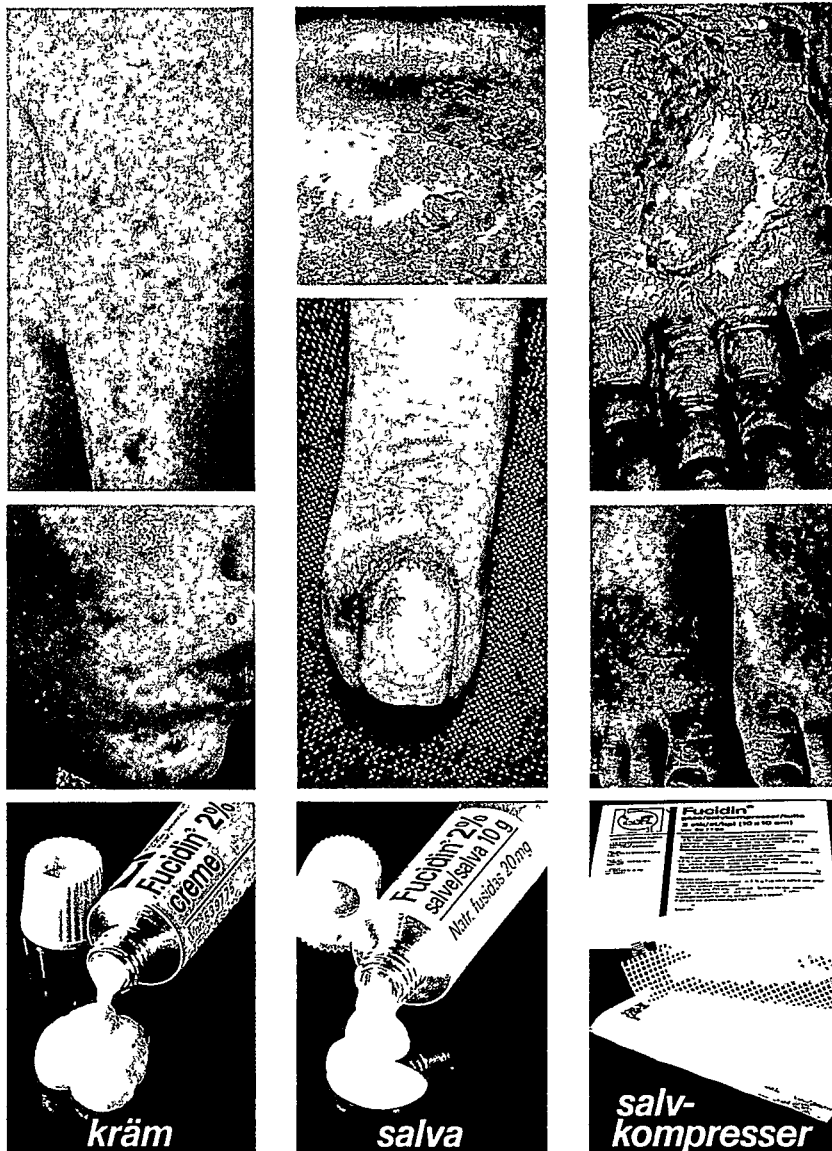
Tänk er en kul och spännande bok som handlar om allmänläkarens vardag och beskriver verkligheten precis som den ser ut! Tänk er att boken dessutom på ett underfundigt och roande sätt visar hur man ur den ibland fullkomligt deprimerande röran på mottagningen, med fel patienter som söker på fel tid med fel symtom, dels kan mäta och beskriva vardagen på ett vetenskapligt användbart sätt och hur man faktiskt kan bringa reda i oredan och dessutom ta reda på om det var värt ansträngningen att försöka förändra den. "Epidemiology in general practice" är spännande, intressant och mycket pedagogisk. Den handlar om tillämpbar epidemiologi i allmänläkarens vardag.

Första kapitlet beskriver en vanlig dag på distriktsläkarmottagningen. Ett tiotal patienter, som söker på mottagningen, beskrivs relativt ingående. Bland dem finns den vanliga blandningen av personer som söker för vad man som läkare uppfattar som ingenting – en liten minimal, knappt synlig röd fläck – och dem med svåra symtom – som barnet som har andningssvårigheter, är febrigt och blekt och där man inte vill störa på jourtid. Dr Preston har nyligen börjat arbeta på mottagningen och under förmiddagen grannar han på många frågor som uppstår i anslutning till patienterna. Är det inte ovanligt många som söker för "ingenting"? Varför pressas alltid tre-fyra extra jourfall in under ordinarie mottagningstid? Varför är det alltid han som måste ta flest hembesök? Borde man gå mer in för case-finding metodik? Varför är smearscreeningen i sån oreda?

Under dagen hinner dr Preston undra många gånger, precis som vi alla gör. I resten av boken besvarar författarna, alla allmänläkare, problemen ett efter ett och anger hur man epidemiologiskt ska förfara för att lösa dem. Greppet är genialt – varje allmänläkare känner igen sig, nyfikenheten väcks eftersom man själv ofta försökt tackla just de problem som dr Preston möter. På det här sättet är boken mycket pedagogisk, mycket lättläst och mycket rolig. Tänk er det – att en lärobok i allmänmedicinens epidemiologi kan vara allt detta!

Cecilia Björkelund, med dr, allmänläkare

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



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 exantern och rash kan förekomma men är mycket sällsynta.

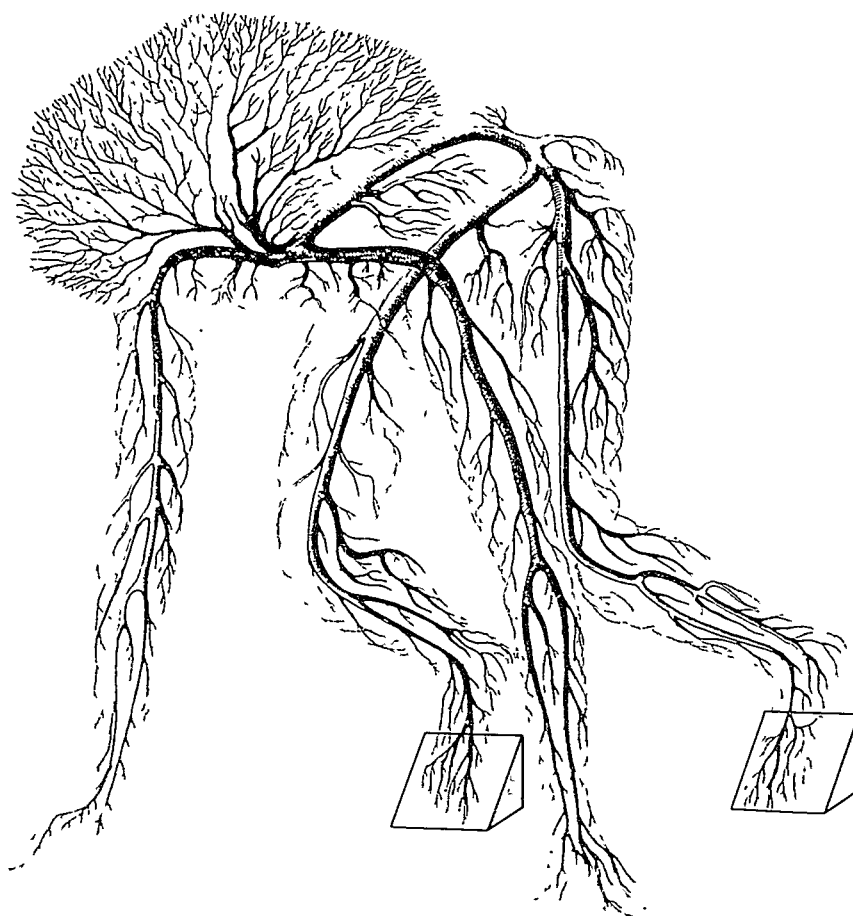
Användning: Fucidin kram och salva appliceras 2–3 gånger dagligen på det infekterade hudområdet. Om ett skyddande förband anläggs är en applicering dagligen tillräcklig. Fucidin salvkompresser lägges på såret och täckes med lämpligt förband. På starkt vätskande sårytor bör kompressen bytas varje dag.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



LÖVENS LÄKEMEDEL

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

24-timmarsloppet.



Ett dygn är som ett 24-timmarsloppet.

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

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

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

Att Plendil har 24-timmarseffekt är mycket väl dokumenterat:

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

Det är ingen skillnad i blodtryck -

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

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

Starta alltid behandlingen med 5 mg.⁽³⁾

Referenser. 1. Faison Lanahan 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.

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