

ALLMÄN MEDICIN

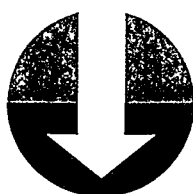
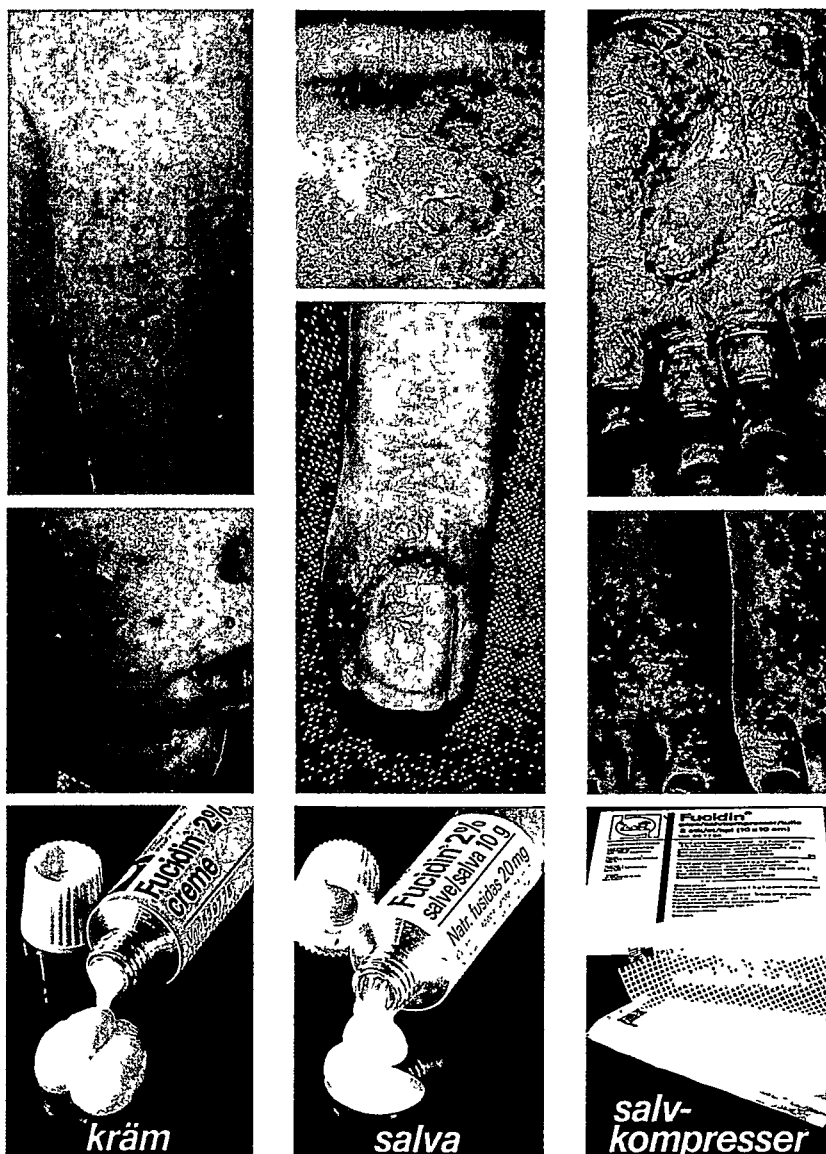
Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



TEMA
Glesbygd

5
1991

Forskningsenheten
i Vilhelmina



Lokal behandling med FUCIDIN®

fusid

Indikationer: Hudinfektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för fusidinsyra.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot fusidinsyra.

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

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



LÖVENS LÄKEMEDEL

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

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
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 Annonserförmedling,
Alströmergatan 18, n b, 112 47 Stockholm
Tel: 08/651 67 60

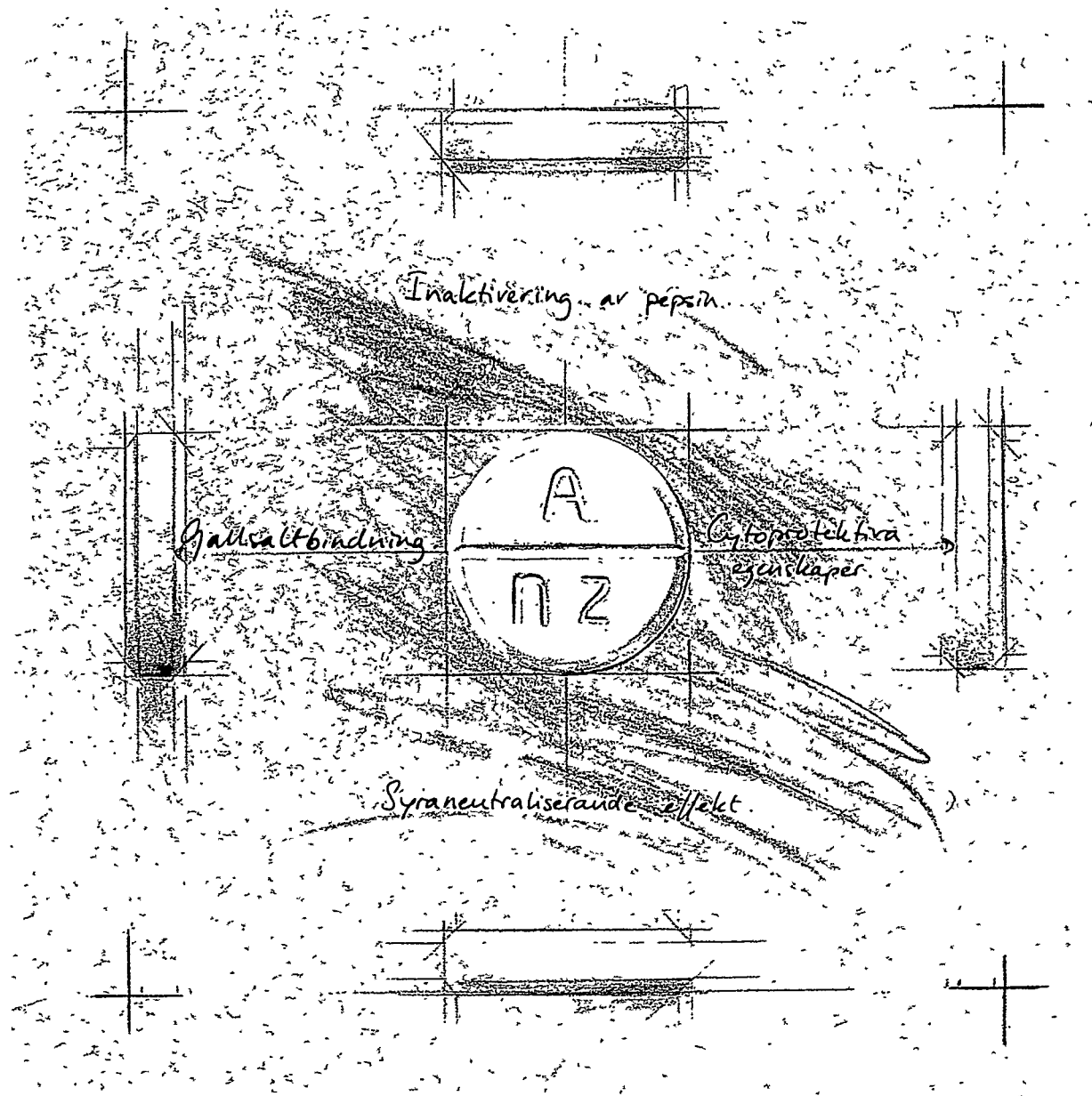
Prenumerationsavgift:
405 kr per år, för studerande 150 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlems-
avgiften till Svensk Förening för Allmän-
medicin).

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	187
Ledare	
Allmänmedicin i glesbygd – en tillgång för forskning och undervisning <i>Göran Westman</i>	188
<i>Ingemar Hermansson</i> – hedersdoktor	188
Nytt från SFAM	
SFAM närmar sig Europa <i>Christina Nerbrand</i>	189
Debatt	
Vård på lika villkor i glesbygderna <i>Ingrid Sehlberg, Ingemar Hermansson</i>	189
Kvartersakuten – utveckling eller nedrustning? <i>Kjell Lindström</i>	190
Doktorsavhandlingar från primärvården	
Urinvägsinfektioner i primärvården "Urinary tract infections in primary health care in northern Sweden – epidemiological, bacteriological and clinical aspects" <i>Sven Ferry</i>	192
Tema Forskningsenheten i Vilhelmina	
Glesbygdsläkare i Vilhelmina <i>Ingemar Hermansson</i>	195
Allmänmedicin i samverkan – erfarenheter från fyra NLV-kurser i glesbygd <i>Göran Westman, Ingemar Hermansson</i>	196
Regional forskningsenhet i Vilhelmina <i>Lena Ström</i>	199
Utsläppningshotad i glesbygd – en studie från Vilhelmina <i>Ingemar Hermansson</i>	202
 Apoteksbolaget	207–210
Missbruksvård i glesbygd – erfarenheter från öppenvård i två glesbygdskommuner <i>Margit Andersson</i>	211
Diabetes i Vilhelmina kommun. Förekomst – komplikationer – vård <i>Ann-Christin Hellgren</i>	213
Reagera, reflektera, red ut och rapportera – utveckling i primärvårdens vardagsarbete <i>Hampus von Post</i>	218
Erfarenheter från Israel <i>Gunnel M Jönsson</i>	220
Det medicinska seendets arkeologi <i>Bodil Persson</i>	225
Fallbeskrivning	
Behovet av ortopedisk medicin <i>Roger Svensson</i>	227
Recensioner	
Bloch I, Hohne L. Fysioterapi till tortyroffer <i>Ingemar Andersson</i>	228
Terminal pleje. Døende patienter og deres pårørende <i>Bengt Nordling</i>	228
Gulman NC. Praktisk geronto-psykiatri <i>Bengt Nordling</i>	230
Laerum E, Fugelli P. Forskningsveiledning <i>Cecilia Björkelund</i>	230
Mjell J, Natvig B, Thorsen O, Winge O. Helseopplysning i praksis "Førfriskningsboka" <i>Håkan Cars</i>	231
Modell M, Boyd R. Paediatric problems in general practice <i>Bo Werner</i>	231
Egenomsorg <i>Bengt Nordling</i>	232
Degervik I, Nord L-L. Katastrofmedicin <i>Ulla-Britt Larsson, Ann-Britt Zackrisson</i>	232



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:

- syranneutraliserande 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 tuggtabletter som binder 25 mmol HCl/tablett.

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

1991

OKTOBER

□ **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, Box 5610, 114 86 Stockholm. Tel 08-790 33 91.

□ **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: Rehab inom primärvården.

Information: Karin Svenninger, Centrum för samhällsmedicin, 240 10 Dalby. Tel 046-29 92 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: Aldres hälsa.

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

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

Information: Svenska 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.

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

□ **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 ryggdiagnos.

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 antiabacica 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.

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, allmänläkavård 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.

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.

Allmänmedicin i glesbygd – en tillgång för forskning och undervisning

GÖRAN WESTMAN

Vi ser idag hur glesbygden breder ut sig i Sverige. Det är inte bara i Norrland utan i hela Sverige som människors boende koncentreras till större städer. Redan några mil utanför tätorterna blir det glest mellan husen. Det är ändå många som väljer att bo och leva på detta sätt. Andra kan vara tvingade till det. Ur ett nordiskt eller europeiskt perspektiv är det en realitet för åtskilliga miljoner människor.

Samhällsproblemen formuleras och löses många gånger med tätorten som utgångspunkt. Medicinska problem och vårdens organisatoriska lösningar går ofta samma öde till mötes. Senast nu i diskussionen om nödvändigheten av en sammanhållen primärvårdsorganisation inför ett ändrat huvudmannaskap för vården utanför sjukhus.

Glesbygden har i och för sig unika problem som bara går att studera på ort och ställe. Vårdens rättvisa fördelning till alla kräver därför glesbygdsmedicinsk kunskap för sin fördelning. Glesbygdssamhället kan emellertid synliggöra förhållanden med relevans för samhället i stort. Här finns kanske den viktigaste kunskapskällan för framtiden. Det blir därför nödvändigt med forskning och utvecklingsarbete där inte bara metoderna för forskning utan också uppgifternas formulering och avgränsning görs utifrån ett glesbygdsperspektiv. En nära samverkan mellan universitet och praktikens företrädare är vad som krävs, men det är något som inte kommer till stånd av sig självt. Ansträngningar måste göras från olika håll samtidigt. Här följer några exempel på områden för samverkan.

Glesbygdssamhället som undervisningsmodell

Lokalsamhället är avgränsat och synligt. Hälso- och sjukvården kan ses i sitt samhälleliga sammanhang. Försäkringskassa, arbetsvård, skola och socialtjänst blir inte bara samhälleliga funktioner, utan också personer att arbeta med. Yrkesrollen som allmänläkare får i viss mån sin avgränsning utifrån de förväntningar som andra kan ha på medicinens företrädare med avstånd till sjukhusvårdens anläggningar. Denna förutsättning har lite utnyttjats i läkares grund-, specialist- och vidareutbildning. I framtiden kan den vara den tillgång som behövs, för att morgondagens läkare skall klara uppgiften att optimera medicinsk behandling utifrån enskilda patienters förutsättningar och behov. I detta nummer av AllmänMedicin finns redovisat erfarenheter från fyra NLV-kurser, som nyttjat dessa förutsättningar.

Allmänläkarrollens naturliga avgränsning

I glesbygd tvingas allmänläkare till en avgränsning av sin yrkesroll just därför att det saknas alternativ. Det gäller såväl medicinsk kompetens, befolkningsansvar som utvecklandet av en integrerad yrkesroll. Tillgänglighet och kontinuitet i vården är i glesbygdssamhället inte önskvärda mål i sig utan tvingande förutsättningar. Härtill kommer ett behov av att kunna se sig själv som person med möjligheter och begränsningar. Yrkesrollen formas genom åren där de personliga förutsättningarna blir en viktig del av det som finns och det som kan utvecklas. Förslag på en regionalt anpassad studieplan utifrån SFAMs övergripande

målsättning för den allmänmedicinska specialiteten har beskrivits i Läkartidningen nr 24, 1991.

Utveckling av medicinsk kompetens

Allmänläkare i glesbygd får kanske i större utsträckning än sina kollegor i tätort sin legitimitet genom att vara just läkare. Det förväntas att hon eller han kan företräda den medicinska världen på ett professionellt sätt. Till det krävs, förutom en god samverkan med specialistkollegor på sjukhus, också en förmåga till självständigt medicinskt handlande. Primärt omhändertagande vid olycksfall, förlösningssvårdens organisation, röntgenservice, övervakning vid medicinska transporter samt tidig diagnostik och behandling av livshotande tillstånd blir angelägna uppgifter att fundera över. Det är därför glädjande att se försök i regionen med röntgenbildtolkning via telefonnätet, ortopedmedicinsk diagnostik och behandling av smärta i rörelseapparaten samt försök med fibrinolysbehandling i glesbygd av misstänkta hjärtinfarkter.

Detta temanummer ger exempel på forskning och utvecklingsarbete som bedrivits vid forskningsenheten med i huvudsak samhällsmedicinsk inriktning. Steget till familjemedicinskt innehåll med betoning av arbetet med enskilda patienter i deras närmiljö är därför inte långt och projekt med sådant innehåll är under utveckling. Framtiden får utvisa om samhället i stort kan dra nytta av den kunskap som genereras i ett glesbygdssamhälle.

Göran Westman, docent.

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



Distriktsläkare Ingemar Hermansson utnämns till hedersdoktor vid Umeå universitet.

Medicinska fakulteten vid Umeå universitet har utsett distriktsläkare Ingemar Hermansson, Vilhelmina till hedersdoktor. Han promoveras lördagen den 12 oktober 1991. Hans gästföreläsning har titeln "Primärvård för alla år 2000? En utmaning för allmänmedicinen", och äger rum torsdagen den 10 oktober. Lokal: Sal B, Regionsjukhuset, 9 tr.

SFAM närmar sig Europa

Att öppna dörren mot Europa, att se hur och under vilka förhållanden allmänmedicinen verkar i olika länder, har blivit alltmer angeläget för svenska allmänmedicinare inför EG-debatten i Sverige.

Allmänmedicinens ställning i olika länder i Europa, som specialitet och arbetssätt, kommer att ha betydelse även för oss. I ett internationellt samarbete med denna infallsvinkel är det viktigt att SFAM deltar och därför är nu SFAM medlem i SIMG, Societas Internationalis Medicinæ Generalis – *International Society of General Practice*. Våra nordiska grannar, som under flera år varit medlemmar i SIMG liksom övriga länder i Europa, välkomnar nu Sverige som medlem.

SIMG bildades 1959 i Österrike som en förening för allmänmedicinare i Europa. Från att från starten ha varit en förening med enskilda medlemmar, består nu SIMG av de nationella allmänmedicinska föreningarna i Österrike, Portugal, Danmark, Grekland, Island, Israel, Finland, Nederländerna, Norge, Schweiz, Storbritannien, Frankrike, Tjeckoslovakien, Ungern, Jugoslavien och nu också Sverige. Ursprungligen dominerade de tysktalande länderna, men sedan framför allt Royal College of General Practitio-

ners i Storbritannien fått ett stort inflytande, är organisationen nu tvåspråkig med engelska och tyska som likvärdiga språk.

SIMG är en vetenskaplig förening där kvalitet och kunskap inom allmänmedicinen främjas.

Föreningens målsättning är att verka för

- utveckling av den akademiska allmänmedicinen i medlemsländerna;
- allmänmedicinens utrymme i grundutbildningen;
- specialistutbildning;
- god efterutbildning;
- internationella kontakter mellan medlemsländer och enskilda medlemmar;
- forskning inom den allmänmedicinska verksamheten.

Som information till medlemsländerna görs en aktiv kartläggning av förhållanden inom allmänmedicinen i Europa. Dessa basfakta kommer att publiceras och finnas tillgängliga för SFAM.

SIMG har ett internationellt samarbete med WHO och WONCA.

SIMG bidrar till gemenskap inom den europeiska allmänmedicinen genom att arrangera möten, där medlemmar från olika länder kan mötas.

SIMG har årligen en höstkongress i

Klagenfurt, där allmänmedicinsk forskning presenteras och utbildningsfrågor debatteras. I september 1991 anordnas "44th International Congress on General Practice" med rubriken "Health problems in modern civilisation" med deltagande föreläsare från flera medlemsländer. I Klagenfurt väljs också SIMGs styrelse för en tre-års period.

Vårmöten arrangeras i olika länder i samarbete med den nationella allmänmedicinföreningen som då också medverkar i programplaneringen. Vårmotet 1991 var i Paris. SFAMs medlemmar är mycket välkomna att delta i kommande möten som kommer att annonseras i AllmänMedicin framöver.

SIMG utdelar årligen "the Janssen Prize" för framgångsrik allmänmedicinsk forskning och även "Hippocratesmedaljen" till en allmänmedicinare som speciellt främjat den allmänmedicinska verksamheten.

SIMG utger tidskriften *Allgemein Medizin (General Practice)*. Redaktörer hämtas från ett flertal medlemsländer.

Christina Nerbrand, chefsöverläkare, vice ordförande i SFAM.

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



LB 6587

Vård på lika villkor i glesbygderna

INGRID SEHLBERG · INGEMAR HERMANSSON

Primärvårdens mottagningar diskuteras. Minisjukhusmodellen har kritiserats. Ett närmande till befolkningen genom vårdlag och kvartersakuter har rekommenderats. Listning av 1500 patienter per distriktsläkare kan ge kontinuitet. Kanske skall distriktsläkaren bli mer av en privatföretagare, finansierad av försäkringskassamedel. Förslag om att ta bort mottagningssköterskan som funktion har fått genomslag på flera håll.

I glesbygderna råder dock förhållanden som kräver bevarande av en resursstark mottagning. Inget sjukvårdsalternativ finns utöver vårdcentralens mottagning. Olycksfall, trafikoffer, akuta medicinska katastroftillstånd måste få ett adekvat omhändertagande på bästa medicinska nivå. Mottagningarna måste vara ut-

rustade med ett antal laboratoriemetoder och röntgen, återupplivningsutrustning i akutrum, omgående kunna el-konvertera kammarflimmer. Telefonrådgivning behövs i områden med stora avstånd (1). En välutrustad mottagning måste alltid vara bemannad med välutbildad personal. Alla vårdlag kan inte åka ut på hembesök samtidigt.

Glesbygdens mottagningssköterska

De nämnda förhållandena talar bestämt för att en speciell mottagnings-sköterska finns kvar som ansvarig för utrustning och personal vid sidan av läkare. Denna sköterska behöver en påbyggnadsutbildning utöver distrikts-sköterskekompetens. För utbildningen behövs tjänstgöringar på akutmottagning på sjukhus, på vissa specialist-

mottagningar såsom barn, infektion, öron, ögon och hud, gärna i form av minst en månads praktiktjänstgöring per specialitet. Katastrofmedicinsk kurs är nödvändig. Översiktskurser om laboratoriemetoder och röntgen bör krävas. Kurs om kristerapi är viktig. En administrativ kurs med personalledning är också viktig. Till en sådan sköterska kan den ledningsansvarige läkaren delegera mycket och bevara mycket av sin roll som patientläkare. Vi föreslår därför organiserandet av kurser och tjänstgöringar av nämnt slag för glesbygdens mottagningssköterskor.

Glesbygdens distriktsläkare

Glesbygdsläkaren behöver en bred och tillräckligt djup medicinsk kompetens, för att kunna ansvara för befolk-

nmngens hälsa. Detta kräver i specialinriktade, individuella program, enligt den nya specialisttjänstgöringen, utbildning i samtliga medicinska specialiteter och ett antal kurser i humanistiska och samhällsvetenskapliga ämnen. En utvidgad checklista över färdigheter måste skapas. Kirurgi, öron, ögon, gynekologi med flera kräver kunskap i ett antal ingrepp och undersökningsmetoder, där åtgärden av geografiska skäl bör ske på orten. Läkaren måste känna trygghet i sin aktivitet och patienten bli adekvat omhändertagen på närmaste geografiska nivå, det vill säga vid sin vårdcentral.

Vår lag talar om vård på lika villkor. För att detta skall omfatta glesbygdernas befolkning, måste glesbygdens läkare stå på högsta möjliga nivå. Inga alternativ finns tillgängliga. Vad som missas på primärnivån är i allmänhet missat för framtiden. En av oss (IH) har utformat ett ambitiöst förslag till glesbygdsläkarutbildning med handledning av glesbygdsläkare, en kombination av glesbygdstjänstgöringar och sjukhustjänstgöringar, projektarbete om glesbygdsmedicinskt problem och en speciell glesbygdsläkarexamen. Detta är inte avsett som en ny special-

tet, men som en specialinriktad utbildning för att lagens krav om lika vård skall uppnås. Politiska instanser och fackliga företrädare bör komma överens om sådant. En form av behörighet med lönepåslag bör inrättas, oavsett vem som blir arbetsgivare i framtiden – kommunen, landstinget eller någon annan. Förslaget presenterades i juni 1990 för Nordiska Federationen för Medicinsk Utbildning och har lagts fram för diskussion på andra ställen (2, 3).

Sammanfattning

Vid omorganisering av primärvård måste man tänka på, att olika krav ställs på denna vård under olika geografiska förhållanden. Glesbygdens mottagningsfunktion måste finnas kvar och förstärkas. Detta kräver medicinska metoder och utrustning på modern nivå. Om sådant skall introduceras, måste personalen ha en hög medicinsk kompetens och speciell utbildning för sin uppgift. Befolkningens behov skall styra resurserna. Glesbygdens behöver en speciell mottagnings-sköterska med utbildning utöver distriktssköterskans. Glesbygdens behöver också en specialinriktning av ut-

bildningen för sina läkare inom ramen för framtidens specialisttjänstgöring och med en påbyggnad som kan leda fram till vår föreslagna behörighet. Denna läkare måste givetvis fortfarande remittera, men kan med trygghet i sin yrkesroll åta sig alla typer av patientproblem. En stark läkaridentitet får inte utesluta ett sinne för humanistiska, samhällsvetenskapliga och existentiella problem. Lagens krav om vård på lika villkor måste uppfyllas.

Referenser

1. Westlund L, Sehlberg I. Mottagnings-sköterska i glesbygd – en resursperson i primärvården. AllmänMedicin 1985;6:189–90.
2. Hermansson I. En utbildning för glesbygdsläkare. Läkartidningen 1991;88:2193–4.
3. Hermansson I. Glesbygdsmedicinen och läkarutbildningen. 7. Nordiske kongress i Allmenmedisin Oslo. Abstracts: 3. 1991.

Författarpresentation

Ingrid Sehlberg, avdelningsföreståndare.

Ingemar Hermansson, distriktsläkare.

Postadress: Sjukstugan, 912 00 Vihelmina.

LB 0 6588

Kvartersakuten – utveckling eller nedrustning?

KJELL LINDSTRÖM

Tack Björn Nilsson och Björn Olsson för era inlägg i AllmänMedicin 4/1991 som svar på mitt debattinlägg om kvartersakuten i AllmänMedicin 3/1991. Det är viktigt att vi distriktsläkare verkligen deltar i debatten om vad primärvården skall innehålla och hur den skall organiseras.

Vi tycks diskutera flera frågor. Dels om man får bättre arbetsvillkor som distriktsläkare, och därmed bättre rekrytering, genom att organisera primärvården enligt "kvartersakuten" och dels vad primärvården skall innehålla och om detta kan klaras av "kvartersakuter".

Distriktsläkarens arbetsvillkor

När det gäller våra arbetsvillkor, har dessa utretts och diskuterats i omgångar under många år. Redan på 1950-talet konstaterade ÖHS-utredningen, att den så kallade provinsialläkarkrisen berodde på dåliga arbetsvillkor i form av ensamarbete, för stor arbetsbörda med mera. Som bot rekommenderade man bland annat att öka antalet tjänster med 40 procent och att skapa vårdcentraler där flera provinsialläkare arbetade tillsammans och hade stöd och hjälp av kringpersonal.

Sedan dess har det varit kris både här och där, oftast beroende på underbemanning, vakanser och för stor arbetsbörda. Det är utan tvekan ett tufft jobb att vara distriktsläkare.

Det är emellertid en myt, att ett av huvudproblemen är att sjuksköterskorna styr distriktsläkaren och hindrar patienterna att komma till läkare. Det är patienternas efterfrågan på läkartid i kombination med för få distriktsläkare som leder till för stor arbetsbörda och en känsla av att man inte kan påverka sin arbetssituation. Det är vårdcentralschefens ansvar att se till, att även distriktsläkarna har en så dräglig arbetssituation att man orkar fortsätta sitt arbete. Det är naturligtvis vårdcentralschefen och inte mottagnings-sköterskorna som avgör, hur arbetet skall organiseras. Därför tycker jag att det är orättvist att ge mottagnings-sköterskan skulden både för dåliga arbetsvillkor för distriktsläkarna och dålig patienttillgänglighet.

Jag kan ändå se två skäl till att minska ner på kringpersonal och mottagnings-sköterskor: för det första att man inte har råd. Det blir naturligtvis billigare med mindre kringpersonal – men knappast bättre eller effektivare. Det

andra skälet är dålig ledning, det vill säga att man inte klarar att administrera en organisation med för många anställda. Till exempel klarar man inte att organisera en bra telefontillgänglighet eller att få kompetent personal som stannar. Men för patienten är det naturligtvis bäst att kunna ringa och få en tid för sitt läkarbesök, i stället för att gå och ta en kölp i väntrummet och sätta sig att vänta. Tandläkare, frisörer, advokater, banker med flera erbjuder den självklara servicen.

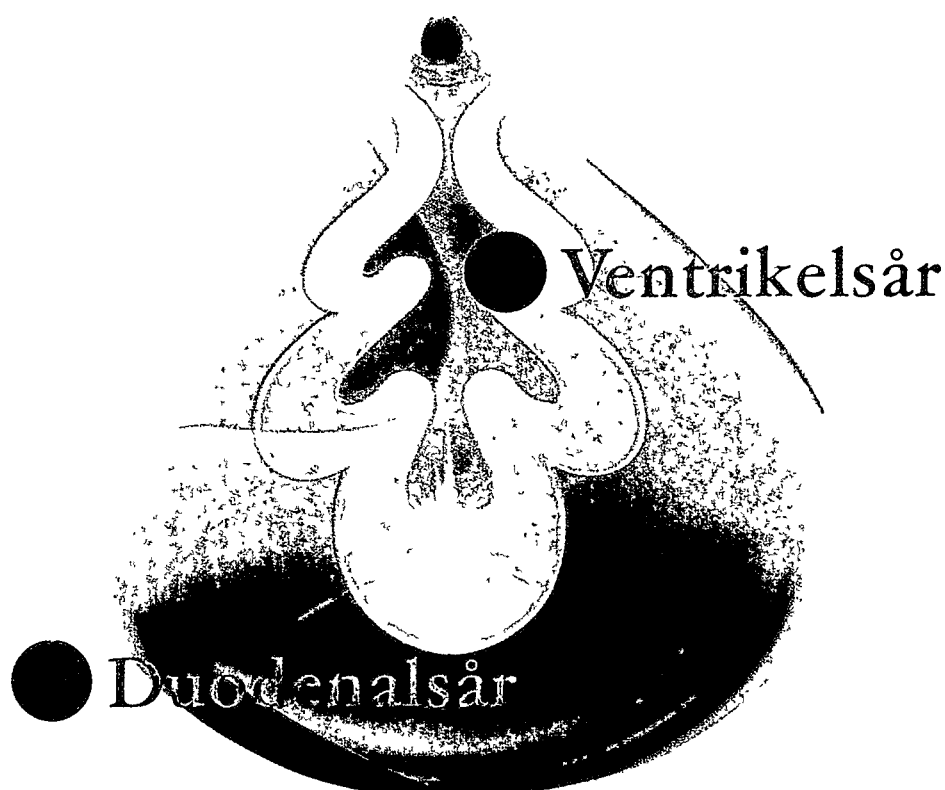
Nej, för att förbättra våra arbetsvillkor krävs nog mer än att avskeda mottagnings-sköterskan och starta med öppen mottagning och egen tidbok. Det krävs kanske annat arbetsinnehåll, ekonomiska morötter, högre anseende inom läkarkåren och i befolkningen, mera makt med mera. Det är inte bra om politiker och administratörer fås att tro, att mottagnings-sköterskan är huvudproblemet.

Primärvårdens innehåll

Primärvården är inte bara läkarbesök. En välfungerande primärvård skall ha invånarnas förtroende och klara den basala hälso- och sjukvården, det vill säga det som inte kräver sjukhusens

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 H_2 -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

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

resurser. Det skall vara självklart för invånarna att vända sig till vårdcentralen i frågor som rör hälso- och sjukvård och man skall uppleva att primärvården nästan alltid kan lösa problemen. Åtminstone 75 procent av alla läkarbesök kan klaras av primärvården, 95 procent av alla jourbesök, så gott som all rehabilitering, hela omsorgsverksamheten, ansvaret för psykisk hälsa, förebyggande hälsovård med mera. För detta krävs en utbyggd samverkan med sjukhusläkare, försäkringskassa, företagshälsovård, arbetsförmedling, socialvård med flera. Det krävs också en jourorganisation och en samverkan mellan läkare och andra personalkategorier på vårdcentralen. Helt säkert kan sjuksköterskor göra viktiga insatser när det gäller till exempel telefonrådgivning, diabetesvård, allergi och astma, förebyggande hälsovård med mera. All icke-farmakologisk behandling kräver omfattande information och utbildning av patienterna som är tidsödande och där sjuksköterskorna dessutom ofta informerar på ett bättre sätt än läkaren.

Att klara av att lösa invånarnas hälso- och sjukvårdsproblem ger oss nog det bästa anseendet hos alla. Att behöva hänvisa och skicka patienter kors och tvärs leder till att patienterna kanske tycker att det är lika bra att redan från början söka på sjukhuset eller hos någon annan.

Björn Nilsson menar i sitt inlägg, att "primärvården skall skötas som en kvartersbutik eller en lanthandel med ett begränsat utbud". Kvartersbutiker och lanthandlare fanns på provinsialläkarens tid. Folk går inte dit längre. De går i stället till en mer välsorterad affär med bättre service och som har de varor som efterfrågas. Men naturligtvis kan vi lära befolkningen att gå till kvartersbutiker igen, om det inte finns något annat alternativ.

Björn Olsson skriver i sitt inlägg, att "Göran Sjönell och hans kollegor i Stockholm avskaffat de byråkratiska system som hindrar patienten att komma i direktkontakt med sin doktor". Varför sköter man då mindre än hälften av invånarnas läkarbesök? På min vårdcentral med "byråkratiska sy-

stem" klarar vi 75 procent av invånarnas läkarbesök. Hur blir det med tillgängligheten och arbetsvillkoren på kvartersakuten, när man når upp till detta (75 procent) och plötsligt nästan dubbelt så många patienter vill komma?

Jag är kritisk mot kvartersakuten som organisationsform, därför att man förenklar problemen alltför mycket. Mottagningssköterskan är inte en slavdrivare för distriktsläkarna eller ett hinder för patienterna. Primärvården, åtminstone utanför storstaden, är inte bara läkarbesök, utan mycket mer som en kvartersakut knappast kan klara.

Kvartersakuten har säkert en del fördelar med sin enkla organisation, men också klara brister och stor sårbarhet. Tyvärr har marknadsföringen varit bättre än själva idén. Det finns sällan enkla lösningar på svåra problem.

Författarpresentation

Kjell Lindström, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 266 00 Habo.

Doktorsavhandlingar från primärvården



Sven Ferry

AB 06589

Andra norrländska disputationen:

Urinvägsinfektioner i primärvården

– Urinary tract infections in primary health care in northern Sweden – epidemiological, bacteriological and clinical aspects

Sven Ferry disputerade den 9 juni 1988 vid Institutionen för allmänmedicin i Umeå. Avhandlingen byggde, dels på ett årsmaterial insamlat vid Vännäs vårdcentral representerande urinvägsinfektioner i oselektad primärvård, dels på en multicenterstudie vid 17 vårdcentraler i Västerbotten med exklusion av institutionsvårdade patienter, därigenom speglade okomplicerade infektioner. Opponent var docent Birgitta Hovelius från Dalby och ordförande var professorn i klinisk bakteriologi Stig Holm från Umeå. Handledare hade varit docenterna Bengt Mattsson inom allmänmedicin och Lars G Burman inom bakteriologi.

Bättre sent än aldrig!

Det gäller i allra högsta grad detta avhandlingsreferat. Men referatet är väl skrivet och avhandlingen behandlar ett för allmänmedicinären både viktigt och vanligt område. Därför vill vi publicera referatet, även om det gått mer än tre år sedan disputationen.

Redaktionen

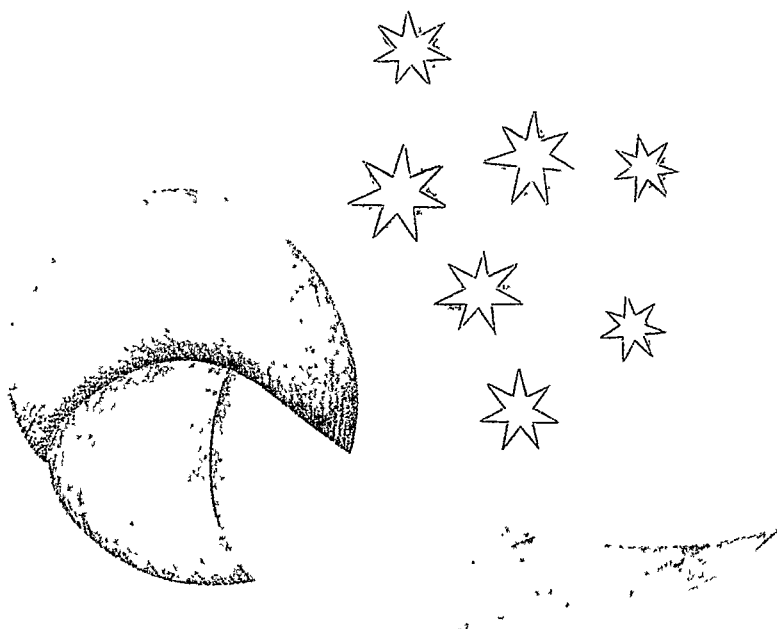
Nyckelord: Urinvägsinfektioner, epidemiologi, diagnostik, bakteriologi, terapi, forskning, avhandlingar.

UVI i oselektad primärvård respektive okomplicerad UVI

Ett årsmaterial insamlades vid Vännäs vårdcentral, där alla patienter som sökte för misstänkt urinvägsinfektion (UVI) eller kontroll efter UVI ingick



Respondenten distriktsläkare Sven Ferry med doktorshatt och avhandling i anslutning till promoveringen i juni 1991, det vill säga 3 år efter disputationen.



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 sömnrubbningar. 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 ordineras 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

med totalt 632 besök. Under 1981 introducerades ett vårdprogram om UVI i primärvården i Västerbotten. Ett år därefter genomfördes en delutvärdering av vårdprogrammet, varvid 17 vårdcentraler deltog under en månad med 355 episoder. Avhandlingen bygger på dessa två patientmaterial med sex artiklar publicerade i engelskspråkiga tidskrifter samt en ramberättelse, som även innehåller en del kompletterande information.

Epidemiologi

Epidemiologin beskrevs genom årlig incidens av UVI i Vännäs, vilken ökade med åldern från 0.5% under barndomen till nästan 10% bland de äldsta. Risken för återinsjuknande var relativt oberoende av ålder och kön och utgjorde cirka 50%. Av alla UVI drabbades 13% av männen och andelen ökade efter medelåldern och utgjorde 40% vid över 80 års ålder. Vännäsmaterialet representerade oselektad primärvård, medan multicentermaterialet utgjordes av okomplicerade UVI från primärvården, då de manliga infektionerna bara uppgick till 7% totalt.

Bakteriologi och antibiotikaresistens

Bakteriologin dominerades av *E.coli* jämnt fördelat över året, medan den näst vanligaste bakterien, *S.saprofyticus*, visade en topp i juli-augusti, framför allt hos fertila kvinnor, då 50% av episoderna hos dessa orsakades av denna bakterie. *S.saprofyticus* förekom knappast vid terapivikt eller recidiverande infektioner. Vid terapivikt ökade gramnegativa bakterier andra än *E.coli*, såsom *Proteus* och *Pseudomonas*. Före behandling var resistensen mot sju testade antibiotika generellt låg med ett medelvärde av 7%, vilket ökade vid terapivikt till 24%, men återgick till "preterapinivåer" vid tidigt recidiv en månad efter avslutad behandling. Samma låga resistensnivåer förekom också i gruppen med upprepade recidiv.

Symtompresentation

Vid okomplicerad UVI hade 92% symtom, varav täta trängningar och sveda var vanligast och förekom i 77% respektive 70%, medan 35% drabbades av inkontinens. Flanksmärtor hade högst sensitivitet för hög UVI, 88%, men rapporterades också av 23% med låg infektion.

Klinisk presentation

Symtomgivande låg UVI dominerade med 56% i Vännäs och 75% i multicentermaterialet, medan symtomgivande hög infektion utgjorde 12 respektive 5%, kontroll efter behandling 25 respektive 16% och gruppen övriga (bland annat med asymtomatisk bakteriuri) utgjorde 7 respektive 4%. Kliniska presentationen varierade både med ålder och kön med mind-

re klassiska symtom hos äldre och hos män. Medelväntetiden mellan sjukdomsdebut och konsultationsdag varierade mycket mellan olika vårdcentraler med ett medeltal av, överraskande nog, åtta dagar.

Symtomfrihet ej mått på bakteriefrihet

Inträdandet av symtomfrihet efter behandling, visade en brant stigande kurva som planade ut efter fem dagar. Av dem som blivit bakteriefria, hade bara 2/3 uppnått symtomfrihet vid kontroll efter en vecka, medan 1/3 av dem med kvarstående bakteriuri också hade blivit besvärsfria. Symtomfrihet kan således inte användas som mått på bakteriefrihet.

Samma terapiutfall oavsett *in vitro* resistens

Bakteriologisk terapivikt förekom i 8% och tidigt recidiv inom en månad efter avslutad behandling i 12%, utan någon significant skillnad mellan olika antibiotika och oavsett om bakterien varit känslig eller resistent mot given drog. Detta illustrerade att rutinerna vid de bakteriologiska laboratorierna för att sätta gräns för resistens, fokuseras mer på komplicerade infektioner och att det sällan är nödvändigt att göra resistensbestämning vid allmänmedicinsk mottagning.

Optimal diagnostik: Nitrit + sediment + Uricult med Gram-gruppering och undergrupper

I Vännäsmaterialet utvärderades de olika diagnostiska metoderna Nitrit, Uriglox, Uricult, Sensicult och sedimentmikroskopi. Genom standardisering av sedimentmetoden inklusive färgning, fann man att en kombination av minst fem vita blodkroppar/synfält och/eller minst måttlig bakteriemängd med förstoring 400X gav optimalt utfall med en sensitivitet vid symtomgivande UVI på 97% och en specificitet på 86%. Uricult överensstämde väl med konventionell odling med en sensitivitet på 94% och specificitet på 90% vid symtomgivande infektioner. Kliniskt viktiga skillnader vid antalsbedömning mellan Uricult avläst vid 17 vårdcentraler och specialtränade laboratorieassistenter på bakteriologiska laboratoriet förelåg endast i 3%.

Prediktionen av antibiotikaresistens med hjälp av Sensicult var dock bara 50% jämfört med konventionell urinodling med resistensbestämning. Vid Uricultavläsning gjordes också Grambedömning och laktosavläsning vid Gram-negativa respektive katalasavläsning vid Gram-positiva bakterier. Denna Grambedömning med undergrupper fungerade bra vid vårdcentralerna jämfört med bakteriologiska laboratoriet och gav samma möjligheter att rikta terapin som vid användande av Sensicult.

Nitrit och Uriglox gav låg sensitivitet men hög specificitet. Effektiviteten av sediment var högre än för kemtesten. Sensicult kunde inte rekommenderas i stället för Uricult och Uriglox var dyrare och mer tidskrävande samt tillförde nästan ingenting om man redan använt Nitrit.

En kombination av Nitrit, sediment och Uricult med Gram-gruppering och undergrupper rekommenderades som optimal diagnostisk modell.

Postterapi kontroll oftast onödig vid besvärsfrihet

I ramberättelsen diskuterades betydelsen av asymtomatisk bakteriuri i olika patientgrupper. Screening, behandling och kontroll rekommenderades för gravida. Merparten av "postterapi-kontroller" hos patienter som har blivit besvärsfria föreslogs att slopas, framför allt hos kvinnor med sporadiska, låga infektioner, vilket kan medföra stora besparingar både för patienterna och sjukvården.

Disputation och opposition

Disputationen genomfördes under trevliga former i stort samförstånd mellan opponent och respondent, som var den andre distriktsläkaren i norra regionen att försvara en allmänmedicinsk avhandling.

Avhandlingens kliniska betydelse

Avhandlingen belyser ett ämnesområde med en omfattning av cirka en miljon läkarbesök i landet per år. Innehållet har spritts genom olika typer av fortbildningar och även fått klinisk betydelse, bland annat genom att delvis utgöra underlaget till Läkemedelsverkets workshop: Treatment of Urinary Tract Infections 1990:2, med spridning över landet, men även internationellt. Avhandlingen utgör också grundplåten i det fortbildningsmaterial för landets distriktsläkarkår, som jag i egenskap av ordförande i arbetsgruppen, läkemedelsfortbildning för distriktsläkare i allmänmedicin, ämnesområde UVI, planerar att sprida till distriktsläkarkollegorna under hösten 1991.

Rapportfördröjning och promovering

En bidragande orsak till den långa fördröjningen av rapporteringen från disputationen var att den kollegiala fotografen lyckades med konststycket att tappa filmrullen i golvet och att framställa ett bra fotografi från videofilm har visat sig svårt. Detta har jag försökt kompensera med en fräsch bild tagen i anslutning till promoveringen i juni 1991, tre år efter disputationen.

Författarpresentation

Sven Ferry, distriktsläkare.

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

Glesbygdsläkare i Vilhelmina

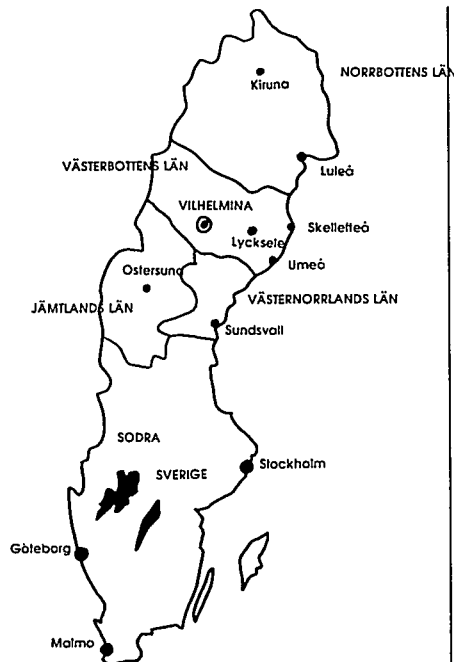
INGEMAR HERMANSSON

Författaren ger en personlig beskrivning av arbetet som distriktsläkare i Vilhelmina under åren 1963-1991. Sjukdomarna blir efterhand inte bara intressanta i sig, utan sjukdom hos en känd patient/medmänniska med sociala och samhälleliga följdverkningar. Mångsidigt arbete i glesbygd beskrivs som ett tjugande alternativ för den engagerade allmänmedicinaren. Vilhelmina har en sjukstuga med 76 platser, varav fortfarande fyra BB-platser, och fem läkartjänster. I Vilhelmina finns också en forskningsenhet, som delvis skall arbeta med primärvård.

Nyckelord: Distriktsläkare, glesbygd, arbetsförhållanden, Vilhelmina.

Distriktsläkartjänster i glesbygd annonseras inte sällan ut med lockelser som "rikliga tillfällen till friluftsliv i naturskön omgivning". Ja, visst har jag i Vilhelmina fått uppleva Marsfjället på skidor i sol och storm, sedan jag 1963 började som provinsialläkare. Jag har njutit av de blånande skogsåsarna och de klara sjöarna här i södra Lappland, i min 23 mil långa och 5-6 mil breda kommun med 8500 invånare, en person/kvadratkilometer. En gång då jag hade Dorotea distrikt på dubbelförordnande (sådant var vanligt på 60- och 70-talet) och åkte hem mitt i vinternatten, såg jag hela himlen flamma i rött, grönt och vitt av norrskenets skiftande ridåer. Jag har gjort hembesök i väglöst land genom att åka båt genom forsar och gå på smala stigar.

Jag valde Vilhelmina för att jag var född norrlänning och längtade tillbaka till snölandet efter 7 1/2 år på mellansvenska sjukhus. Men den verkliga lockelsen i glesbygdssarbetet är den breda, omväxlande, alltomfattande verksamheten, ibland ett hårt jobb. När jag kom hit, fick jag – en nybliven specialist i invärtesmedicin – några gånger utföra appendektomier på sjukstugan. Dessbättre skickas nu sådana fall till närmsta lasarett i Lycksele, 12 mil bort, men alla enkla frakturer och sårskador måste vi självklart ta hand om. Drygt 10% av våra patienter söker för skador. Det ger omväxling i



arbetet. Till vårt regionsjukhus i Umeå är det 23 mil. För oss och våra patienter upplevs inte detta som så orimligt långt bort.

Jag mötte och möter Vilhelminabor i alla åldrar. De som föddes 1963, kanske under viss assistans av mig på vårt BB (som fortfarande finns kvar av glesbygdsskäl), har nu hunnit bli 28 år gamla och fått egna barn. Skall man vara distriktsläkare så skall man stanna länge, kanske med uppräckning genom andra arbeten – i mitt fall totalt 8 år i u-land. Man lär känna sin bygd. Man delar dess problem. Man har samma önsknings för dess utveckling som sina patienter. Man får tusentals möten med människor. Vittnesmål som inte bara lär doktorn något om sjukdomar, utan också om livets egna erfarenheter. Det blir till pusselbitar som ger en allt mer komplett bild av bygden, dess problem, dess människor. Man får nästan en sorts gratisfarenhet via andra människors problem och lidanden. På det sättet blir man en bättre primärläkare, även om de exklusiva syndromen sjunker i bakgrunden. Men de måste finnas kvar i bakgrunden. Glesbygdsläkaren måste ha en lång, gedigen medicinsk utbildning vid sidan av humanistisk och samhällsvetenskaplig inställning. Glesbygden ger detta mer än andra samhällen. Dessutom känner jag nästan alla mina patienter från deras övriga roller i arbete, föreningsliv och fritidsaktiviteter. Det är mer en styrka än ett minus.

Vissa grupper av patienter minns jag särskilt väl, eftersom de speglade mitt samhälles problem. De åldrande skogsarbetarna med ryggont på 60-talet – med den värken skulle inte ens Alf Nachemson ha orkat fortsätta slitet. Deras fruar, småbrukarhustrur med två kor, i lika slitsamt arbete. Gymnasieeleverna (Vilhelmina har sedan länge en ganska komplett gymnasieskola) som fann att medelbetyget låg på 2,5 och som började trösta sig med sprit. Hur kan någon hitta på ett betygssystem som ger 50% av ungdomarna en bekräftelse på att de ligger under genomsnittet? Skolan mäter ju bara smala sektorer av människan. Numera möter jag ofta den medelålders kvinnan, ensamstående med barn, som arbetar i låglönearbete inom städning, vård eller på kontor. Som skogsarbetaren har hon värk i ryggen och hotas av utslagning. Alla dessa människor har lärt mig mycket om livet.

Samhällsförhållandena gav mig tidigt ett lärorikt samarbete med arbetsförmedling, socialtjänst och försäkringskassa. Vi hade varje vecka ett onsdagsmöte, som lärde mig bredda läkarens ibland alltför smala synfält. På mitten av 70-talet fick jag vara med att planera och delta i Vilhelmina-projektet, lett av Socialstyrelsen, landstinget och kommunen. Gösta Tibblin var den som ledde våra undersökningar på 1970-talets mitt. Detta projekt blev 1982 Vilhelmina forskningsenhet, där jag periodvis varit anställd några veckotimmar för egna utvecklingsarbeten. Den enheten har idag kompetenta samhällsvetare anställda. Med gemensamma ansträngningar har vi också lyckats få loss pengar, så att en aktiv, erfaren allmänmedicinare kan knyta aktivitet i forskning, utveckling och utbildning till enheten. Det kommer att betyda mycket för glesbygdsmedicinens framtid. Välkommen Du som har forskningserfarenhet och som vill handleda andra!

Att delta i förebyggande arbete genom patientföreningar och föreläsningar har också givit arbetet stor stimulans. Tror någon att vi lever isolerat? Flyget går flera gånger dagligen till Umeå, bussar likaså. An lever Inlandsbanan – men hur länge? – med daglig förbindelse till Östersund. Teaterlivet är livligt, faktiskt så frekvent att man inte hinner gå på allt. Konserter får vi då och då. Tåtorten har 4500 invånare och är snarast en småstad

med två varuhus, en rad specialaffärer och diverse myndigheter. Nöjesliv har vi också. Vi kan gå på hotell Wilhelmina och dansa onsdag och lördag – och våra kvinnor (och män) är minst lika vackra som andra svenskar. Givetvis träffar jag också där patienter eller medmänniskor, vad ni nu vill kalla dem. Jag tror inte jag blir sämre doktor av den kontakten.

Sjukvården är en viktig länk i glesbygdssamhället, det erkänner alla. Därför har jag de senaste åren arbetat

med ett ambitiöst förslag till utbildning av glesbygdsläkare. Vi behöver god utrustning och välutbildad personal. Ja, vi måste faktiskt vara "minisjukhusets" mottagning, det är inte nedsättande för en allmänläkare i glesbygd.

Jag har i 28 år (minus 8 år i u-land) haft ett tjugande glesbygdssarbete, som fortfarande känns lockande. Jag är tacksam mot mina patienter, som lärt mig så mycket om livet, och mot mina medarbetare, som hjälpt och stöttat

mig. Formellt ska jag gå i pension om drygt ett år, men det har jag inte alls lust till.

Bli allmänläkare i glesbygd, det kommer att hålla er levande! Bli det gärna i Vilhelmina, där vi till och med har en forskningsenhet i primärvård!

Författarpresentation

Ingemar Hermansson, provinsialläkare, primärvårdsläkare.

Postadress: Sjukstugan, 912 00 Vilhelmina.

Allmänmedicin i samverkan – erfarenheter från fyra NLV-kurser i glesbygd

Libo 6591

GÖRAN WESTMAN · INGEMAR HERMANSSON

Specialistutbildningen i ämnet allmänmedicin är under förändring. Från och med 1992 finns inget fastställt tjänstgöringsprogram för att få allmänläkar-kompetens. I stället kommer en specialisttjänstgöring (ST) på cirka fem år, som fastställs i en individuellt utformad studieplan för enskilda ST-läkare. Vägledande är en övergripande central målbeskrivning och lokalt förankrade utbildningsplaner utvecklade för speciella områden eller verksamheter. Exempel på det senare är en glesbygdsläkarutbildning som presenterats i Läkartidningen (1).

Nyckelord: Allmänmedicin, utbildning, glesbygd.

NLV-kurserna har varit viktiga led i läkarnas kompetensutveckling. I framtiden kommer sådan avgränsad utbildning också att vara aktuell men fortsättningsvis under namnet SK-kurser (specialistkompetenskurser). För allmänmedicinen har man pekat på behovet av kurser som beaktar skillnaden mellan storstad och glesbygd, men också möjligheten till nordiskt utbyte och att de medicinska fakulteterna bör ges ett ökat ansvar för det praktiska genomförandet av kurserna (2).

I den norra regionen finns idag ett begränsat antal NLV-kurser inom specialiteten allmänmedicin. Det finns tre kurser i Umeå (reumatologi, öron-näsa-halssjukdomar och invärtesmedicin), en i Boden (den allmänmedicinska konsultationen) en i Strömsund-Dorotea (fallbaserad allmänmedicin fördjupningskurs) och två glesbygd-baserade kurser – en i Funäsdalen och en i Vilhelmina (3). Det finns andra

ämneselement som skulle behöva täckas in av norrländska allmänläkare såsom ortopedisk medicin, administrativ medicin och speciella kurser för norrländska sjukdomar. Ämnesexpertgruppen inom Socialstyrelsen efterlyser nu nya kurser inför budgetåret 1992/93 både vad gäller innehåll och form.

Förutsättningar

I Vilhelmina kommun i Västerbottens inland med 8500 invånare finns en sjukstuga med BB, sjukhemsavdelningar, röntgen och egen jourverksamhet. Det är 11 mil till närmsta sjukhus beläget i Lycksele. Kommunen är vidsträckt och två filialläkarmottagningar finns i fjällvärlden, Saxonäs och Dikanäs. Umeå universitet har också en forskningsenhet i Vilhelmina (4) som administrativt hör till den samhällsvetenskapliga fakulteten, Umeå universitet och där medicinska fakulteten har en plats i styrelsen. Under 1980-talets början genomfördes vid sjukstugan NLV-kurser med tonvikt på glesbygdsmicin. Dessa återupptogs 1987. Vi redovisar här planering, genomförande och erfarenheter från de senaste fyra årens kurser.

Några utgångspunkter

När kurserna planerades ville vi utnyttja glesbygdssamhällets närhet och enkelhet för förståelsen av allmänläkarrollens funktion i ett samhälleligt perspektiv. Den måste bygga på varje enskild kursdeltagares förutsättningar, intresse och möjligheter. Vi ville att kursinnehållet skulle svara mot ett kunskapsbegrepp som inte bara tog fasta på teoretiska allmänmedicinska kunskaper utan också färdigheter och förmågor i allmänmedicinsk praktik. Till det senare räknades förmåga till analys, syntes och värdering. För att dessa två intentioner skulle realiseras måste kursen utgå från de problem som för kursdeltagarna var mest aktu-

ella. Vi avsåg också att lämna utrymme för *eftertanke och reflexion*. Själva examinationen skulle baseras på en värdering av uppnådda teoretiska kunskaper, färdigheter och förmågor utifrån det ovan definierade kunskapsbegreppet.

Kursens uppläggning

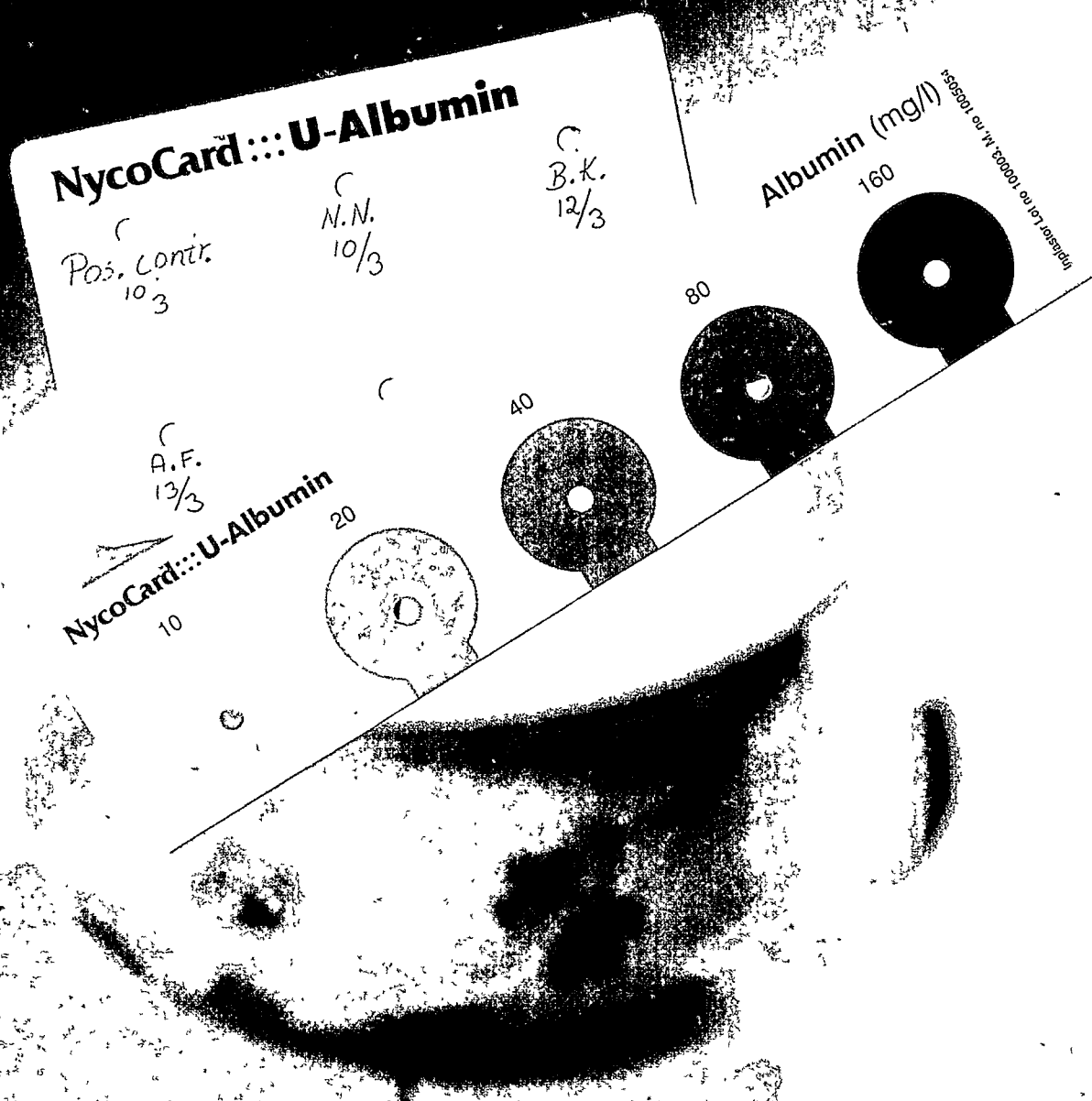
Fem olika teman genomsyrar kursen. Ett tema för varje dag (Figur 1). Kursen börjar i det lilla och kända (vårdcentralen) och avslutas med det vida och något mera okända (politisk ledning och planering).

Dagarna inleds med föreläsningar av personer verksamma i Vilhelmina eller knutna till institutionerna för allmänmedicin eller samhällsvetenskap vid Umeå universitet. En grupp bland kursdeltagarna är sedan ansvarig för eftermiddagens "backspegel". Tanken är då att kursdeltagarna skall värdera föreläsningens innehåll, det presenterade materialets betydelse för den egna verksamheten. Den ansvariga gruppen leder en fördjupad diskussion utifrån en självvald utgångspunkt. Till den diskussionen finns föreläsarna och ibland andra företrädare (FK, arbetsvård, socialtjänst, press, politiker) inbjudna allt efter gruppens önskemål.

Kursdeltagarna uppmanas att i förväg skicka in ett eget aktuellt problem i abstrakt-form. Det skall helst vara ett ännu ej genomfört projekt. Man skall på en A4-sida söka avgränsa ett angeläget allmänmedicinskt problem, en lämplig metod för att studera det, möjliga resultat samt eventuell betydelse. En grupp ansvarar varje dag för presentationen av ett eller flera projekt hämtade från den egna gruppens medlemmar. De får sedan också leda en diskussion där kursledning, forskningsenhetens och sjukstugans personal finns med som resurspersoner.

Vi har nu penetrerat ett 30-tal tänk-

NycoCardTM :: U-Albumin



Ett snabbt och enkelt test för bestämning av albuminuri

- Kort analysid, 1–2 minuter.
- Mätområde: 10–160 mg/l.
- Enkel och pålitlig avläsning utan instrument.



NYCOMED

Box 1215
181 24 Lidingö
08-765 29 30

bara forskningsprojekt och de finns klassificerade efter ett system utvecklat inom ramen för EGPRW (European General Practice Research Workshop) (Tabell I) (4).

Projektet har i huvudsak varit av typen kliniska, epidemiologiska eller praxisinriktade. Ett färre antal har behandlat beteendevetenskapliga frågeställningar medan inget har ännu haft ett rent pedagogiskt innehåll, vilket varit vanligt inom EGPRWs verksamhet.

Som ett led i att möta samhället och att lära sig att informera en allmänhet får kursdeltagarna utse en presskommitté, som sedan utformar ett pressrelease och sedan låter sig intervjuas av lokaltidningarnas reportrar.

Några erfarenheter

Kursdeltagarna gör en utvärdering dag för dag om förväntningar, praktisk och teoretisk behållning samt en värdering av den egna aktiviteten.

Resultatet för de senaste fyra kurserna visas i Tabell II. Det finns en antydd tendens till att deltagarnas förväntningar har infriats i en successivt stigande grad medan teoretisk och praktisk behållning legat stilla strax ovan genomsnittet och deltagaraktiviteten hela tiden legat konstant och på en genomsnittlig nivå.

Fem moment har funnits med i alla fyra kurserna. Genomgång av egna projekt, glesbygdsforskning och politikerkontakten har uppfattats som speciellt värdefulla medan tvärsektorielt arbete på vårdcentralen och i lokalsamhället inte har nått lika högt (Tabell III).

En sammanställning av enskilda kommentarer avseende kursens behållning, inlärningsätt och kvarstående (nya) inlärningsbehov finns sammanställda. Det gjordes totalt 208 olika kommentarer. Av dessa svarade 36 stycken för de nio vanligast förekommande. Deltagarna menade, att *kursens behållning* var en starkt allmänläkaridentitet, ökad förståelse för patienters utsatthet i vården och ett återväckt intresse för forskning och utvecklingsarbete. De viktigaste *inlärningsätten* var interkollegialt utbyte mellan kursdeltagare och kursledning, att själva ta ställning och formulera sig samt diskussion med kollegor i mindre grupper. *Nya områden* för inläring är ledarskap och chefsrollen, administration, budget och ekonomi och slutligen handledning teoretiskt och praktiskt.

Från kursledningens sida tycker vi att vi i viss mån nått upp till de i förväg formulerade målen för kursen. Vi finner det lite förvånande att många FV-läkare i allmänmedicin uppfattar forskning lite negativt så att de måste

MÅNDAG	fm	"Samarbete på vårdcentral"	Läkararbete, andra yrkesgruppers syn (personal från sjukstugan)
	em	Backspegel	gruppledd diskussion
		Deltagarprojekt	gruppledd diskussion
TISDAG	fm	"Lokalsamhällets möjligheter/begränsningar"	Föreläsningar
	em	Backspegel	Försäkringskassa, arbetsvård, missbruk och socialtjänst (lärare lokalt)
		Deltagarprojekt	gruppledd diskussion
ONSDAG	fm	"Hembesök i glesbygd"	Glesbygdsmedicin (distriktsläkare, distriktsköterska/barnmorska)
	em	Egna hembesök	
		Backspegel	gruppledd diskussion
TORSDAG	fm	"Glesbygdsforskning"	Nyfattigdom och helhetssyn (Inst för socialt arbete)
	em	Backspegel	gruppledd diskussion
		Deltagarprojekt	gruppledd diskussion
FREDAG	fm	"Ledning och planering"	Politiker (landstings/kommunalpolitiker)
	em	Backspegel	
		Utvärdering	

Figur 1. Schema för NLV-kurs Vilhelmina. Allmänmedicin/primärvård i samverkan.

Tabell 1. Deltagarprojekt vid NLV-kurser i Vilhelmina 1987–1990.

	Kliniskt	Epidemiologisk	Praksisfunktion	Beteendevetenskaplig
1987	– Ab-förskrivning i öppen vård	– Barnolycksfall – registerstudie – 50-åringars hälsoproblem – Intoxfall en 10-års uppföljning.	– Benzodiazepiner, förskrivning i öppen vård	
1988	– Allergi – riskfamilj identifierbar?	– Övervikt i öppenvård – Diabetes i primärvård – register?	– Etylmissbruk förekomst och handläggning	– Kvinnors hälsoproblem vem mäter och vad?
1989	– Bensår i öppen-vård – Diabetesvård på vårdcentral – Cvs-behandling efter sjukhusvården	– Enkät för kartläggning av vårdbehov	– Samverkan på vårdcentral – Telefonrådgivning – Utnyttjande av medicinsk service – Primärvård och äldreomsorg	– Sexuella övergrepp på barn
1990	– Ab-behandling vid ÖLI – Sköterskehandläggning av ÖLI	– Otitisbehandling på vårdcentral, förekomst och förlopp	– Provtagning och svarsrutiner – Sjukskrivning vid belastnings-sjukdom – Medicinseponering – Sjukdom och sociala problem	– Konsultation – Läkarrekrytering till primärvård

Tabell II. Kursen i stort skattad i skala 1–5. 1=lågt/dåligt, 5=högt/bra.

Kurs	Förväntningar	Teoretisk behållning	Praktisk behållning	Deltagaraktivitet
April 1987	3.4	3.3	3.3	3.0
April 1988	3.5	3.4	3.5	3.4
April 1989	3.5	3.4	3.3	2.9
April 1990	3.7	3.4	3.3	3.2

Tabell III. Inställning till praktisk och teoretisk behållning av 5 huvudområden avhandlade under NLV-kurserna 1987–90.

Kurs	Medarbetare vårdcentral	Medarbetare lokalsamhälle	Deltagarprojekt	Glesbygdsforskning	Vårdplanering politikerkontakt
April 1987	3.0	3.4	3.6	3.4	4.0
April 1988	3.4	3.6	3.6	3.1	3.7
April 1989	3.2	2.8	3.6	3.5	3.6
April 1990	2.8	2.9	3.7	3.7	3.8

*Dagen innehöll också egna hembesök i glesbygd.

återupptäcka dess betydelse och möjligheter. En viss förklaring kan ligga i att man prioriterat kliniskt arbete med patienter före den typ av forskning man kommit i kontakt med under sin grundutbildning. Många kursdeltagare, speciellt i slutet av sin specialistutbildning, ser ett ökat behov av systematisk granskning av den egna verksamheten med möjligheten till eftertanke och kritisk granskning av data med koppling till allmänmedicinsk

verksamhet. Lite märkligt är efterlysdan av handledning. Det står i bjärt kontrast till den faktiskt ganska omfattande utbildning av handledare som förekommit i vårt land. Uppenbart är att den inte nått fram till dem som den varit avsedd för.

För kommande kurser

Vi kommer att behålla grundstrukturen i kursen. Examinationen har baserats på kursdeltagarnas aktiviteter i

genomförandet av diskussioner, fallpresentationer och redogörelse för enskilda projekt. Vi kommer närmast på försök att lägga till ett individuellt avslutande samtal mellan en av kursgivarna och enskilda kursdeltagare. Under samtalet, som baseras på vad som framkommit under veckan, bestäms nivån av inhämtade kunskaper och färdigheter samt en avgränsning av nya områden för inläring.

Referenser

1. Hermansson I. En Utbildning för glesbygdsläkare. Läkartidningen 1991;88:2193–4.
2. Socialdepartementet. Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. Betänkande av utredningen om läkarnas specialistutbildning m m. Stockholm: Allmänna förlaget, 1987.
3. Socialstyrelsen. NLV-kurser 89-90. Stockholm: Gotab, 1989.
4. Ström L. Forskningsenheten i Vilhelmina. AllmänMedicin 1991.
5. Svensk Förening för Allmänmedicin. Allmänmedicinen inför år 2000 – en programskrift. Stockholm: AllmänMedicin, 1988.

Författarpresentation

Göran Westman, docent.

Ingemar Hermansson, distriktsläkare.

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

LB 06592

Regional forskningsenhet i Vilhelmina

LENA STRÖM

Forskningsenheten i Vilhelmina är en enhet vid Umeå universitet med ett regionalt ansvar inom Norra Högskoleregionen. Forskningsenhetens verksamhet leds av en särskild styrelse med representanter för medicinska fakulteten, samhällsvetenskapliga fakulteten, Umeå universitet, Högskolan i Östersund, Lands- tingen i Västerbotten och Jämtland, Vilhelmina kommun samt Forskningsenheten. Verksamheten i Vilhelmina skall i direkt kontakt med primärvård och socialtjänst utveckla tvärvetenskaplig forskning, initiera och prioritera projekt inom verksamhetsområdet samt medverka till spridning och tillämpning av forskningsresultat. Enheten skall också medverka i utbildningen av personalgrupper inom primärvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden.

Nyckelord: Primärvård, socialtjänst, utbildning, forskning, Vilhelmina.

Forskningsenhetens historia och utveckling

Forskningsenhetens historia kan skisseras i tre etapper

- a) Alltsedan början av 1970-talet har forsknings- och utvecklingsarbeten bedrivits i Vilhelmina. Umeå universitet, med framför allt kultur-geografiska och sociologiska institutionernas forskare, var engagerade i regionens särskilda villkor och glesbygdsproblematiken.
- b) 1973 fick forskningsverksamheten i Vilhelmina en organisatorisk struktur under ledning av Socialstyrelsen, Västerbottens läns landsting och Vilhelmina kommun, det så kallade "Vilhelminaprojektet". Genom att en fältstation formellt bildades vidgades de forskningsmässiga perspektiven. Framför allt gällde att studera problem som rörde hälso- och sjukvård, socialvård och samordningsproblem inom dessa områden. Under den aktuella tiden skedde en allt starkare anknytning till vetenskapliga institu-

tioner bland annat Socialmedicinska institutionen och Psykiatriska kliniken vid Umeå universitet samt Högskolan i Östersund.

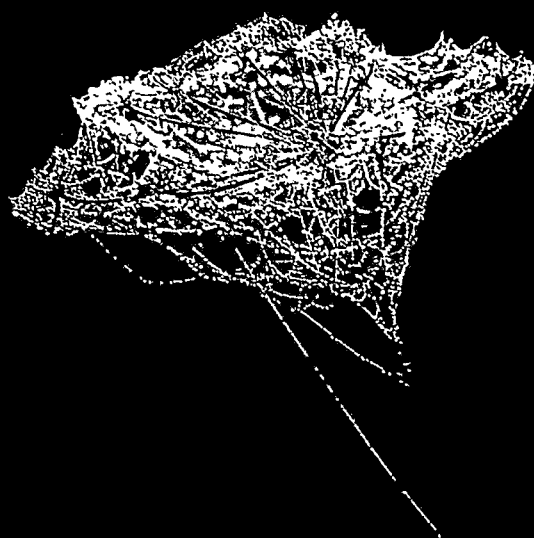
- c) Den tredje etappen inleddes 1982 då fältstationen blev Forskningsenhet inom högskoleorganisationen.

De erfarenheter som gjorts under Forskningsenhetens förhistoria i form av Vilhelminaprojektet och de första verksamhetsåren som Forskningsenhet har varit vägledande för de insatser som görs idag. Utifrån de centrala direktiv som ställts har Forskningsenhetens verksamhetsområde precisrats i ett forsknings- och utvecklingsprogram. Ett tiotal centrala projekt utgör idag grunden i enhetens forsknings- och utvecklingsverksamhet.

Forskningsverksamheten

Enhetens övergripande målsättning med forskningsverksamheten är att

- ge underlag för utvärdering av samverkansformer som tillämpas
- förbättra faktaunderlaget för samhällsplaneringen på lokal nivå
- ge underlag för planering på riks- nivå inom socialtjänsten, hälso- och sjukvård samt elevvårdsområdet.



Långtidsverkan

Pramace® (ramipril) är en vävnads-spezifisk ACE-hämmare med en god blodtryckssänkande effekt. Dessutom visar djurfarmakologiska studier en markant hämmande verkan på de lokala renin-angiotensin-aldosteron-systemen (RAAS), även vid låga doser¹. Den långvariga blodtryckssänkande effekten beror på den kvarstående hämningen av ACE i vävnaderna². Den höga vävnadspenetreringen i olika organ som hjärta, njure och kärl ger kraftig hämning och hög lokal effekt³.

Hög hämning av vävnadsbundet ACE* kan alltså vara förklaringen till varför Pramace®, i låg dos, kliniskt visat:

- regress av vänsterkammarhypertrofi⁴
- förbättrad njurgenomblödning och minskad proteinuri⁵
- reduktion av mikroalbuminuri⁶

Biverkningsprofilen är gynnsam och dosering sker alltid en gång per dygn.

* vilket visats i djurstudier

"ACE-hämmaren med hög vävnadspenetration"

Pramace 

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

Referenser: 1. Cohen ML et al. J Pharmacol Exp Ther 1982; 220:63-9. 2. Unger T et al. J Cardiovasc Pharmacol 1985; 7:36-41. 3. Dzau VJ. Circulation 1988; 77(suppl 1):14-113. 4. Eichstädt HN et al. Am J Cardiol 1987; 59:98D-103D. 5. Gotz R et al. Z Kardiol 1988; 88(suppl 3):65-8. 6. Hallab M et al. Diabete Metab 1989; 15. (Abstract 19).

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

FoU-programmet är ett försök att för Forskningsenhetens del skissera riktlinjerna för verksamheten i Vilhelmina. Inom ramen för FoU-programmet skisseras ett tiotal projektområden där projekt pågår/har pågått eller önskas utformas. FoU-programmet omfattar följande projektområden:

1. Helhetsbegreppet som styrbegrepp för vårdinsatser.
2. Prospektiv psykosocial studie av barn och ungdom i Vilhelmina.
3. Behov av vårdinsatser inom primärvården.
4. Offensiva insatser inom socialtjänsten.
5. Eftervård för psykiskt sjuka.
6. Vårdssamhället i det lokala samhället: Vad erbjuder det medborgarna och hur fungerar det ur jämlikhetsperspektivet?
7. Psykiatrisk vård och psykosocialt arbete i glesbygd.
8. Att åldras i glesbygd.
9. Förebyggande och rehabiliterande insatser mot alkoholmissbruk.

Ett tionde projekt har påbörjats. Detta berör försöken att förändra och bredda kompetensen för arbete i den öppna vården genom försöksverksamhet med en ny utbildningslinje på gymnasienivå.

Randprojekt

Forskningsenheten har på olika sätt försökt initiera och stimulera till forskning inom enhetens arbetsområde bland annat genom att finansiera utarbetandet av projektansökningar. Enheten har också haft ett forsknings-samarbete med forskare från andra institutioner. Genom åren har forskare från andra institutioner varit korttidsförordnade vid enheten. Några av dessa projekt är intimt förknippade med Forskningsenheten till exempel

- Konsekvenser av införandet av ny socialtjänstlagstiftning, Högskolan i Östersund.
- Livskvalitet och välfärd i Vilhelmina, Högskolan i Östersund.
- Social förändring i informations-samhället, Högskolan i Östersund.
- Sociala och samhällsstrukturella förhållandens betydelse för hälso-problem och åtgärder - en jämförande studie av småbarnsfamiljer i glesbygd och tätort, Socialmedicinska institutionen, Umeå universitet.

Utvecklingsprojekt

Verksamheten vid enheten i Vilhelmina sker i nära samarbete med berörda huvudmän och i direkt kontakt med verksamheter på lokal nivå med kommuner och landsting. Tillsammans med socialtjänsten i Vilhelmina pågår tre projekt: "Offensiva insatser inom socialtjänsten, socialt arbete i Klimpfjäll". Detta projekt avslutades genom en doktorsavhandling presenterad under våren. Det andra projek-

tet är: "Förebyggande och rehabiliterande insatser mot alkoholmissbruk" samt projektet "Barnomsorg förnyelse och utveckling".

Samarbetet med Vilhelmina primärvårdsområde har resulterat i att ett stort antal utvecklingsprojekt genomförts på vårdcentralen i Vilhelmina. Projekten har genomförts av olika yrkeskategorier bland annat arbetsterapeuter, distriktssköterskor, distriktsläkare, mottagningssköterskor, läkarsekreterare, primärvårdsområdesföreståndare och av distriktsgrupper som även innefattar personal från socialtjänsten. Totalt har ett trettio-tal projekt genomförts. En förteckning över genomförda projekt kan beställas via Forskningsenheten.

För projektarbetena vid vårdcentralen har personal vid Forskningsenheten fungerat som handledare. Forskningsenheten fortsätter sin satsning på att stimulera och stödja utvecklingsarbeten på lokal nivå. Detta utgör också en grund i den kompetens i samverkans-, glesbygds-, primärvårds och socialtjänstfrågor som byggts upp vid enheten. Forskningsenhetens kännedom om behov baserar sig inte bara på erfarenheter från Vilhelmina. Vårt verksamhetsområde omfattar hela regionen, varför vi också samarbetar och får erfarenheter från andra kommuner.

Utbildningsverksamhet

Forskningsenheten skall medverka i utbildningen av personal inom primärvården och socialtjänsten samt medverka till spridning och tillämpning av forskningsresultat av betydelse för utvecklingen inom de båda områdena. Enheten skall också verka för en ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att personal som är verksam inom dessa båda områden får en förbättrad och ömsesidig kunskap om varandras arbetsfält.

Utbildningsverksamheten vid enheten har inriktats mot tre utbildningsnivåer: gymnasienivå, den grundläggande högskoleutbildningen samt fort- och vidareutbildning.

Gymnasienivå

Enhetens mål är att nå olika yrkeskategorier så tidigt som möjligt i deras utbildning, då synen på yrkesrollen grundlägges tidigt i utbildningen. På uppdrag av Västerbottens läns landsting tillsattes i mars 1985 en projektgrupp i syfte att utarbeta en modell för en samordnad hälso-, sjukvårds- och social servicelinje på gymnasienivå i Vilhelmina. I projektgruppen var Forskningsenheten representerad och erfarenheter från enhetens verksamhet beaktades i arbetet med modellen. Försöket med den nya utbildningslinjen startade i Vilhelmina hösten

1987. Linjen var den första i sitt slag. Idag finns linjen på många andra orter i Sverige. Utbildningslinjen i Vilhelmina följs upp i ett projekt vid Forskningsenheten.

Grundläggande högskoleutbildning

Utbildningsverksamheten som omfattar forskningsanknytning och samverkansutbildning har fått hög prioritet vid forskningsenheten. Målgrupper för detta arbete är både lärare och studerande. Inriktningen från enhetens sida är att i utbildningssituationen sammanföra studeranden från olika utbildningslinjer som i sitt framtida yrkesarbete kommer att samarbeta.

Utbildningssamarbete i läkarnas grundutbildning

Mellan Allmänmedicinska institutionen vid Umeå universitet och Forskningsenheten har diskussioner förts om ett mer organiserat samarbete. Många både teoretiska och praktiska beröringspunkter finns. Förutom ett forsknings- och handledningssamarbete diskuteras ett utbildningssamarbete i läkarnas grundutbildning.

Fort- och vidareutbildning NLV-kurs

Ytterligare ett led i samarbetet mellan Allmänmedicinska institutionen och Forskningsenheten är genomförandet av NLV-kurser. Kursen har genomförts ett antal år i Vilhelmina. Kursen syftar till att ge fördjupade kunskaper om allmänläkarnas arbetsvillkor i glesbygd med särskild betoning på samverkan primärvård/socialtjänst.

Fristående kurser

Forskningsenheten har sedan 1985/86 årligen genomfört en fristående kurs, 10 poäng, med temat "samverkan mellan primärvård och socialtjänst i offensivt hälsoarbete". Kursen ges i form av distansutbildning. Kursen riktar sig till alla yrkesverksamma kategorier inom primärvården och socialtjänsten. Kursen syftar till att ge de studerande fördjupade kunskaper i socialt och hälsovårdande arbete och skapa förutsättningar för ett konstruktivt samarbete över gränserna inom vårdsektorn utifrån ett helhetsperspektiv på den enskilde patientens/klientens livssituation. Kursen genomförs med deltagare från hela högskoleregionen representerande olika yrkeskategorier såsom arbetsterapeuter, hemtjänstpersonal, socialsekreterare, basenhetschefer, distriktsläkare, distriktssköterskor, skolsköterskor med flera.

Ytterligare en påbyggnadskurs, 10 poäng, med inriktningen mot "individen i vårdarbetet" har utvecklats och genomförts under 1989/90. Denna kurs syftar till att fördjupa vårdarbetsrens kunskaper om människan i vårdarbetet och att skapa förutsättningar

för utvecklande insatser inom det egna arbetsområdet. Kursen avser fördjupa kunskaperna om dels vårdarbetarens eget förhållningssätt till vårdarbetet och patienten/klienten och dels de enskilda vårdtagarnas – patienternas/klienternas specifika situation och behov av hjälp och service i förhållande till vårdorganisationens gemensamma resurser och möjligheter.

Studiedagar och seminarieverksamhet
Forskningsenheten arrangerar också studiedagar och seminarier under olika teman. Målgruppen för dessa aktiviteter är personal och politiker engagerade i social och medicinsk verksamhet.

Forskardagar

Forskningsenheten har sedan etablerandet 1982 årligen arrangerat forskardagar i Vilhelmina. Forskardagarna genomförs med olika teman. Årets

forskardagar genomförs med temat "nätverksarbete".

Framtiden – behovet av medicinsk och samhällsvetenskaplig kompetens
Forskningsverksamheten i Vilhelmina har hittills i huvudsak varit inriktad mot sociala frågor. Målsättning att också bygga upp en forskningsverksamhet med inriktning mot medicinska frågor har varit svårare att förverkliga då enheten under alla år saknat medicinsk kompetens.

Forskningsenhetens verksamhet är unik i egenskap av en utlokaliserad enhet med snart 20 års erfarenhet av forsknings- och utvecklingsarbete i ett glesbygdsperspektiv. Kunskaper om glesbygdsförhållanden och samverkansbehov mellan olika verksamheter är idag om möjligt ett forskningsområde mer aktuellt än någonsin. Då man i allt större utsträckning söker föra an-

svar för vård och omsorg till befolkningens hemkommuner.

Vilhelmina kommun har idag den högsta andelen arbetslösa i landet. De unga i befolkningen flyttar, andelen äldre i befolkningen ökar dramatiskt. Detta är inte specifika förhållanden för just Vilhelmina utan detta drabbar de flesta inlandskommunerna i vår landsdel. Hur skall kommuner och landsting klara av att planera och ge service till befolkningen? För att dessa samhällen ska kunna fortsätta att fungera krävs kunskaper om de behov och förhållanden människorna har och lever under.

Författarpresentation

Lena Ström, föreståndare, Forskningsenheten i Vilhelmina.

Postadress: Box 122, 912 00 Vilhelmina.

Utslagningshotad i glesbygd – en studie från Vilhelmina

INGEMAR HERMANSSON

Det är viktigt att läkare, särskilt inom primärvården, tidigt observerar yrkesmässiga rehabiliteringsbehov hos patienterna. Relativt odifferentierad arbetsmarknad och hög arbetslöshet i glesbygderna ökar risken för utslagning, inte minst till följd av belastningsorsakade sjukdomar. Detta är särskilt vanligt bland kvinnorna. En stor grupp utslagningshotade är i medelåldern, ej sällan med otillräcklig skolbakgrund. Företagen i glesbygd är små, arbetsgivarnas möjlighet att skapa anpassade arbeten är begränsad. Rehabiliteringslagstiftningen måste ta hänsyn till de annorlunda förhållandena i glesbygd. Läkarna måste ha intimt samarbete med Arbetsförmedling och Försäkringskassa för att ej fördröja återgång till arbete. Denna undersökning från 1989-1990 jämförs på vissa punkter ned våra resultat från 1966 och 1980.

Nyckelord: Hälsoproblem, arbetslöshet, rehabilitering, forskning, glesbygd, Vilhelmina.

Glesbygderna avviker vad gäller ålderspyramid och förhållanden på arbetsmarknaden avsevärt från förhållanden i Sverige som helhet. Riskerna för utslagning från arbetsmarknaden är i dessa områden större. Utslagningsprocessen blir därmed tydligare. Vid Vilhelmina arbetsförmedling gjorde vi 1966 en undersökning av de utslagningshotade arbetsvårdsfallen (1,2). Typfallet var då den äldre skogsarbetaren med besvär från rygg och rörelseapparat. Vid vår undersökning 1980 (3,4) var typfallet den medelålders kvinnan med samma besvär och yrkesbakgrund som städerska, vårdbiträde eller kontorist. Mellan åren 1966 och 1980 förändrades således bilden av de utslagningshotade.

Medan arbetslösheten i Sverige 1989-90 legat omkring 1,5% har Vilhelmina haft en siffra på 5-6%. Med så stor arbetslöshet ansåg jag, att det fanns goda skäl att upprepa en studie av arbetsvårdsärenden i glesbygd. Människor med medicinska eller sociala handikapp riskerar utslagning vid detta läge på arbetsmarknaden. Hur kan vi stödja dem? Artikeln belyser en del av dessa möjligheter.

Material

Undersökningen har genomförts i Vilhelmina kommun 1/4 1989-1/4 1990 på Arbetsförmedlingens avdelning för klienter, där medicinsk och social pro-

blematik lett till speciella behov av yrkesrehabiliterande åtgärder, de som tidigare kallats arbetsvårdsfall. Alla fall av denna typ har kartlagts.

Vilhelmina kommun

Antalet invånare är 8500 med ett kvinnunderskott. Ålderspyramiden är relativt ogynnsam, men knappast katastrofal (Figur 1). Näringslivet är numera relativt differentierat, men arbetsmarknaden innehåller fler tunga arbeten än genomsnittet för Sverige. Inom jord- och skogsbruk arbetar 14% av arbetskraften, i gruvor och tillverkningsindustri 17%. Områdena byggnad, handel och samfärd (inklusive post och telefon) omfattar vardera cirka 10% av arbetskraften. Offentlig förvaltning och andra tjänster tar inte mindre än 42%. I nuvarande konjunkturläge finns risk för ökad arbetslöshet inom alla sektorerna.

Andelen förvärvsarbetande utgjorde 45% av befolkningen (över 50 i Sverige som helhet). Andelen förvärvsarbetande i åldersgruppen 16-64 år var bland männen 82%, bland kvinnorna 71%.

Studiepopulation

Under undersökningstiden registrerades 168 fall för yrkesrehabilitering, varav 46% kvinnor. Av områdets män, 16-64 år gamla, utgjorde de utslagningshotade enligt denna registre-

LB 06593

Start din egen praksis i Norge – med garantert minsteinntekt og fast arbeidstid

Bråholmen BHT i Namsos søker etter bedriftslege i 1/2-stilling og tilbyr i tillegg 1/2 driftstilskudd for privat praksis.

Vi betaler driftstilskudd med kr. 11017,- pr. mnd., og praksisen kan du drive i bedriftshelsetjenestens lokaler etter nærmere avtale.

Bedriftslegen lønnes for tiden med kr. 11735,- pr. mnd.. Det er muligheter for å delta i den kommunale legevaktordning på frivillig basis.

Mulighetene for faglig utvikling og etterutdannelse er gode. Du finner Namdal sykehus i byen og det er et godt fagmiljø for leger her.



Namsos - kulturbyen i Midt-Norge

Namsos ligger midt i Norge. Hit kommer du med fly, buss eller for egen maskin via riksvei 17 som er en avstikker fra E6.

Kommunen kan by på både naturopplevelser og interessante kulturminner. Namdalen som har Namsos som sin "hovedstad", omtales ofte som et Norge i miniatyr. Her kan du uten å måtte reise lange distanser, få oppleve både høyfjellet og storhavet. Det tar for eksempel ikke mer enn en knapp time å komme ut til Gjæslingan, et gammelt fiskevær helt ute i havet.

For den som er interessert i jakt og fiske, er Namsos midt i blinken. I distriktene rundt byen kan du jakte på elg, hjort og fugl. En praktfull skjærgård med ypperlige muligheter for båtliv og annen sjøsport finner du rett utenfor stuedøra.

Kulturlivet i byen blomstrer som aldri før. Et utall av lag og foreninger, en av landets største musikk-skoler og videregående skole med musikklinje sørger for at det er gode tilbud til alle.

I Namsos finner du også Norges største svømmeanlegg bygd i fjell, kulturhus med fylkesgalleri, et moderne skianlegg og et godt utbygd idrettsanlegg med idrettshall og flere fotballbaner.

Velkommen til Namsos !

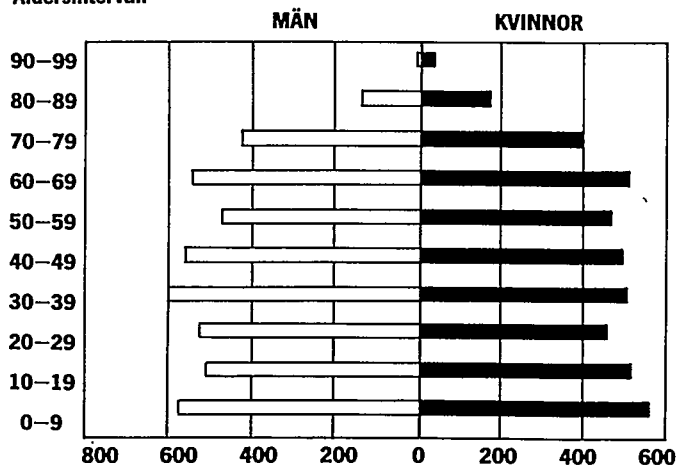
-BRÅHOLMEN BEDRIFTSHELSE-TJENESTE; NAMSOS er en fellesordning med 10 års erfaring og omfatter idag 50 bedrifter med ca. 2000 arbeidstakere. Vi har tatt i bruk dataanlegg for journalopplysninger. Bedriftshelsetjenesten er foruten bedriftslege bemannet med 2 sykepleiere og sekretær i helstilling, og fysioterapeut 8 t/uke.

Pensjonsordning for personalet i Vital. Vi skaffer bolig. Nærmere opplysninger tlf. 077-73 630.

Søknad sendes:

Bråholmen bedriftshelsetjeneste, boks 171, 7801 NAMSOS.

Søknadsfrist 3 uker fra utlysning.



Figur 1. Åldersfördelning, Vilhelmina 1988-12-31.
Män: 4390. Kvinnor: 4774 (48%). Totalt: 8464.

ring 3.8% och av kvinnor i samma åldersgrupp 3.7%. Av hela befolkningen utgör de 2%, en hög siffra. Den sk arbetsmarknads pensioneringen, som trädde i kraft på 70-talet, har tagit bort dem över 58 års ålder ur denna grupp utslagningshotade. Den aktuella gruppen innehåller alltså endast människor med behov av yrkesverksamhet för många år framåt.

Metod

Författaren har själv gått igenom Arbetsförmedlingens akter på dem, som behövt yrkesvägledarnas hjälp med speciella yrkesrehabiliterande åtgärder. I likhet med våra undersökningar 1966 och 1980 har arbetsmarknaden fått utgöra bakgrunden. Kön- och åldersfördelning, skol- och yrkesbakgrund, medicinska och sociala orsaker till yrkesmässigt rehabiliteringsbehov har kartlagts genom dessa personakter eller genom författarens egen kännedom om klienten. En preliminär sammanställning av yrkesrehabiliterande åtgärder var möjlig. Definitiva resultat kan ej bedömas förrän efter flera år. I möjligaste mån har samma faktorer belysts som vid våra tidigare undersökningar för att möjliggöra vissa jämförelser. I diskussionen sätts resultaten in i ett större, samhälleligt sammanhang.

Resultat

Rekryteringen av de på detta sätt definierade utslagningshotade skedde väsentligen genom intern remittering från Arbetsförmedlingens andra avdelningar, 91/168 fall. Den näst största gruppen (34 fall) kom från läkare, mest företagsläkare. Från Försäkringskassan remitterades 17 fall.

Köns- och åldersfördelningen visar att av de 91 männen, inte mindre än 80% var under 50 år, 58% under 40 år. Av de 77 kvinnorna var 73% under 50 år, knappt 50% under 40. Andelen yngre och medelålders var alltså stor. Det

fanns inte mindre än 43 fall under 30 års ålder.

Skolbakgrunden var svag. Visserligen hade 70% mer än folkskola som bakgrund, men i åldersgruppen 40-60 år har de flesta endast folkskola. De som har mer, har oftast bara kortare yrkeskurser. 30% av männen hade gymnasial utbildning eller motsvarande, och drygt 40% av kvinnorna. Två män hade universitetsutbildning.

Yrkesbakgrunden bland klienterna visar att en majoritet kommer från tunga arbeten, som kan orsaka belastningsskador. Bland männen hade 40% en blandad yrkesbakgrund i huvudsakligen tunga arbeten. Från verkstadsarbeten kom cirka 25%, nära 15% hade varit chaufförer eller maskinförare. Av kvinnorna hade nära 50% arbetat med vård, städning eller kontor, arbeten kända för att kunna utlösa belastningssjukdomar. Ytterligare nära 20% hade en blandad, mest tyngre yrkesbakgrund. 10% hade arbetat i affär.

Vad gäller **civilstånd** levde nära hälften av männen ensamma, medan mer än två av tre kvinnor levde i fasta förhållanden.

Medicinska eller sociala orsaker till de yrkesmässiga rehabiliteringsbehoven framgår av Tabell 1. De har angivits i materialets frekvensordning, där smärre skillnader fanns mellan män och kvinnor. I några fall fanns mer än en diagnos. Medicinska orsaker har angivits enligt förekommande läkarintyg eller enligt min egen kännedom. Nära 45% av kvinnorna hade diagnoser, som kan vara belastningsbetingade, av männen nära 30%. Rehabiliteringsbehovet bland kvinnorna hade i 18% sin grund i allergi, bland männen cirka 10%. Social problematik utgjorde bland kvinnorna 13%, bland männen 10%, hos dem inte minst kriminalitet. Bland männen tillkom dessutom alkohol och droger, som bidrog med ytterligare cirka 15%. Tillstånd efter skador är bland männen också en stor grupp mer än 10%.

Yrkesrehabiliterande åtgärder kan i denna undersökning inte kartläggas definitivt. Det tar åtminstone tre år att hinna med yrkesrehabilitering och sedan bedöma effekten. Av männen i vår undersökning fick cirka 50% vidareutbildning eller arbetsprövning, av kvinnorna drygt 40%. Genom lönebidrag, skyddat arbete eller näringsbidrag synes cirka 30% av kvinnorna och 20% av männen kunna fortsätta att vara yrkesverksamma. Tillfälligt arbete kunde ordnas för några få. Remiss till rygginstitut har skett i vardera 5 fall från kvinnor och män.

Diskussion

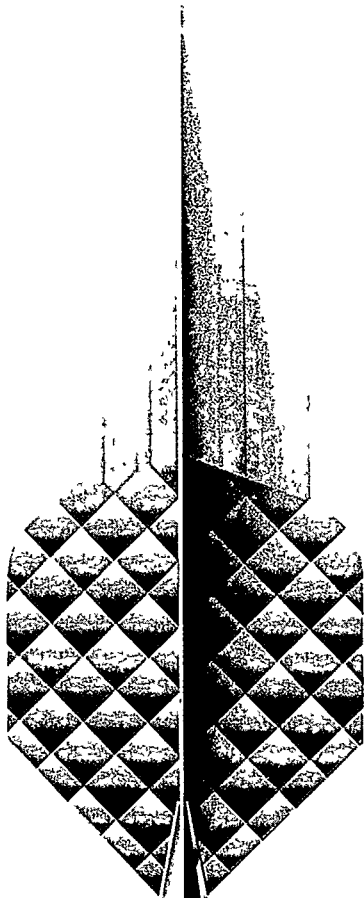
Kort jämförelse med 1966 och 1980 års undersökningar

Glesbygden har under 30 år undergått ganska omfattande förändringar. Stor utflyttning har skett. Arbetsmarknaden har differentierats, dock ej till samma nivå som riksgenomsnittets siffror. Ålderspyramiden har försämrats. Kvinnounderskott råder. Andelen förvärvsarbetande var 1966 34% och nu 45%.

Kvinnorna har kommit ut på arbetsmarknaden och blir följaktligen också utslagningshotade. I vår undersökning

Tabell 1. Medicinska och sociala orsaker till rehabiliteringsbehovet

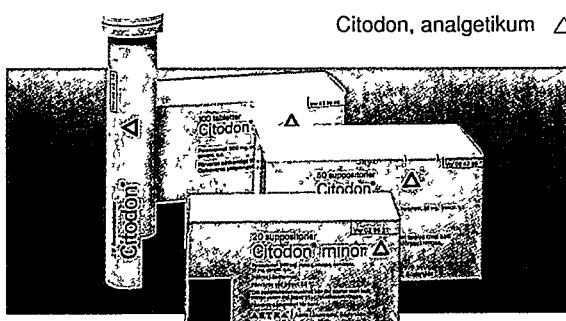
Diagnos	Män	Kvinnor	Totalt
"Belastning"	26	34	60
artros, spondylos			
Allergi	12	14	26
Soc problem krim	10	10	20
Tillstånd efter skada	13	6	19
Alkohol, narkotika	15	1	16
Psyk sjukdom	6	5	11
Diabetes	6	2	8
Högt BT, hjärta	5	2	7
Förståndshandikapp	3	1	4
Övriga	10	8	18
Summa	106	83	189
Mer än en diagnos	15	6	



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

1966 var bara 15% av undersökningspopulationen kvinnor, idag liksom 1980 nära 50%. Arbetsmarknadspensionering efter 58 års ålder har lett till lösning av vissa äldres problem men andelen utslagningshotade utgör, definierat på vårt sätt från Arbetsförmedlingens nivå, fortfarande en hög siffra, 2% av befolkningen mot 2,3% år 1966. Befolkningens utbildning har förbättrats. 1966 hade endast cirka 18% någon utbildning utöver folkskola nu 70%, men fortfarande motsvarar utbildningen inte ett modernt samhälls krav. Genom att åldern i vår undersökta population är genomsnittligt lägre än 1966 års grupp spelar inte längre högt blodtryck och kärlsjukdomar någon större roll som medicinsk orsak till rehabiliteringsbehov. Belastningssjukdomarna var 1966 dominerande bland den tidens skogs- och gruvarbetare som medicinsk orsak. 1989-90 är det kvinnorna, städerskor, vårdarbetare och kontorister, som av samma medicinska orsak hotas av utslagningen från arbetsmarknaden. Undersökningarna visar vikten av att observera arbetsmarknadens förändringar och utslagningsorsakernas förändringar för att kunna anpassa arbetena och yrkeslivet efter mänskliga behov. Våra undersökningar 1966 med utvärdering 1970 och 1984 års utvärdering av 1980 års klienter visar att man i mer än 50% kan skapa trygghet för klienten genom yrkesrehabilitering och likaså ett samhällsekonomiskt gynnsamt resultat i 50% (1-4).

Allmän diskussion

Min undersökning visar eftersläpning i glesbygdssamhällets utveckling. Otillräckligt antal arbetstillfällen och otillräckligt differentierad arbetsmarknad ger svårigheter för invånarna. När de nya lagarna om rehabilitering och de nya rutinerna kommit, gäller det också att se till att dessa tillämpas på ett sätt som inte försenar rehabilitering i glesbygd. Arbetsgivarna åläggs ett ökat rehabiliteringsansvar. Kan de svara mot kravet i glesbygdernas småföretag? Av de till företagshälsan i Vilhelmina anslutna företagen hade cirka 70% högst tio anställda, nära 25% 11-49 anställda. De stora arbetsgivarna, landstinget och kommunen, har anställda, som arbetar i smärre grupper med specifikt yrkeskunnande, många av dessa med risk för belastningsskador. Båda dessa faktorer gör att de kan få svårigheter också vid nya, anpassade arbeten. Möjligheten att få nytt, anpassat arbete är begränsad i glesbygden.

Försäkringskassans nya ansvar för rehabilitering motsvaras ännu ej av tillräckligt antal tjänstemän med erfarenhet på området. Arbetsförmedlingarna i glesbygden har däremot god kunskap om problemet. Vid sjukdo-

mar, som kan ha samband med arbetet, orsakas av detta eller leda till svårigheter att klara det, måste primärvårdsläkaren/allmänmedicinaren snabbt vara klar över problemets art och ta initiativ, som leder till yrkesrehabiliterande åtgärder genom kontakter och samarbete med försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetsgivare, företagshälsovård, AMI och socialtjänst, allt efter problemets art. Långt större andel borde vara remitterad för sådana åtgärder från primärvårdens läkare, som bättre än andra kan bidra till snabba rehabiliteringsförsök (5). Kontinuerlig analys av den egna kommunens invånares rehabiliteringsbehov bör ingå i primärvårdens prioriterade uppgifter. Långa sjukskrivningar kan på så sätt i möjligaste mån undvikas. Kraven på de små arbetsgivarna i glesbygden måste vara realistiska, deras resurser är ofta begränsade. Deras arbetsplatser måste vara goda arbetsmiljöer, men deras resurser till anpassning av arbetet är ofta begränsade. Därför måste primärvårdsläkaren snabbt koppla in de samhälleliga resurser till yrkesmässig rehabilitering, som ovan nämnts.

Bakom allt ligger hela tiden glesbygdens strukturella eftersläpning, vilket naturligtvis kräver kraftfyllda beslut av politiker och ekonomiska beslutsfattare. Primärvårdsläkarens roll i detta sammanhang är att förstå och

analysera sina patienters problem och att rapportera sina resultat som bidrag till diskussionen om samhällsproblemen. Detta blir också ett bidrag till samhällsutvecklingen i riktning mot mänsklig behovstillfredsställelse.

Referenser

1. Hermansson I, Nilsson U et al. Glesbygden som arbetsvårdsproblem. Socialmedicinsk Tidskrift 1968;8:450-6.
2. Hermansson I, Nilsson U et al. Treårsresultat av arbetsvård i glesbygd. Socialmedicinsk Tidskrift 1971;4:228-32.
3. Hermansson I, Ottosson B, Ström L. Arbetsvård i glesbygd – en studie från Vilhelmina. AllmänMedicin 1984;5:253-5.
4. Ström L. Arbetshandikappad i glesbygd åren 1966 och 1980. Umeå Universitet, Forskningsenheten i Vilhelmina, 1988.
5. Risberg G. Rehabilitering – till nytta för vem? AllmänMedicin 1990;11:96-7.

(Artikeln är resultat av projektarbete vid Företagsläkarkursen 1989-90 vid Arbetsmiljöinstitutet, Solna. Handleddare: Docent Göran Westman, Institutionen för allmänmedicin, 901 85 UMEÅ).

Författarpresentation

Ingemar Hermansson, distrikts- och företagsläkare.

Postadress: Forskningsenheten i Vilhelmina, Allmänmedicinska institutionen, 901 85 Umeå



Foto: Herman Grönlund.



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSIÖ, 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). Läkemedelsinformationscentralen besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive läkemedelscentral. Frågor och svar lagras sedan i den gemensamma databa-

sen Drugline, utvecklad vid Huddinge Läkemedelsinformationscentral 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, 134 00 Gustavsberg, tel 0766/38500. Denna gång presenteras frågor från ELIS vid Lunds lasarett.

FRÅGA

Vilken är bakgrunden till användning av gestagen mot premenstruella besvär?

SVAR

Det är viktigt att slå fast att etiologin till de cykliska humörförändringarna premenstruellt (ingår i begreppet premenstruellt syndrom, PMS) fortfarande är okänd. Några anser att progesteronbrist under lutealfasen skulle vara en etiologisk faktor. Denna hypotes har emellertid ifrågasatts. De cykliska symtomförändringarna, såväl de psykiska som fysiska och mycket snarlika de vid PMS har nämligen kunnat induceras hos postmenopausala kvinnor med progesteronkomponenten i en sekventiell substitutionsterapi. Dessa förhållandevis få patienter har således använts som "PMS-modeller", vilket självfallet kan kritiseras.

I en undersökning följdes två konsekutiva cykler hos 18 kvinnor. I studien fungerade patienterna som sina egna kontroller. De premenstruella symtomen tycktes vara mera uttalade under lutealfasen med höga koncentrationer av östradiol och progesteron. Då de cykliska förändringarna helt kunnat elimineras genom ovulationshämning med en GnRHagonist (GnRH=gonadotropin-releasing hormone) har man ansett att corpus luteum (som ju utvecklas efter ovulationen) kan vara källan till någon faktor av betydelse för premenstruella symtom. På basis av detta anser vissa att en kontinuerlig gestagentillförsel (Gestapuran alternativt Depo-provera) genom att ge en mer tillförlitlig anovulation skulle kunna ge en bättre effekt på premenstruella besvär till skillnad från cyklisk administrering av gestagen vilken snarast framkallar och förvärrar PMS även om en kraftig placeboeffekt (cirka 50%) initialt kan ses.

I klinisk praxis används cyklisk gestagentillförsel under veckan före väntad menstruation med viss positiv effekt mot PMS. Även kontinuerlig gestagentillförsel (MiniPe, noretisteron) och GnRH agonister har kommit till användning men någon idealterapi finns ännu inte.

FRÅGA

Hur är dokumentationen för askorbinsyra som surgörande medel i samband med hiprexbehandling för profylax mot urinvägsinfektion? Frågan är föranledd av en diskussion med en sjuksköterska vid ett sjukhem. Till kroniska kateterbärare har man där som rutin att ge Hiprex (metenamin) samtidigt som man ger askorbinsyra i form av brustabletter 1 g x2 för att surgöra urinen. Behövs askorbinsyran? Hur är dokumentationen för sådan tilläggsbehandling?

SVAR

Hiprex innehåller metenaminhippurat som spjälkas fullständigt i ventrikeln till hippursyra och metenamin. Hippursyra är en naturlig metabolit till bensoesyra och förekommer i normal kost. Båda substanserna absorberas snabbt och utsöndras renalt. I sur miljö hydrolyseras metenamin till formaldehyd, vilken tillsammans med hippursyra medierar den antibakteriella effekten i urinen. pH i urinen anses behöva underskrida 5.5 för att hydrolysen skall äga rum.

FASS-texten till Hiprex anger att i de fall då urin-pH är alkaliskt, kan tillförsel av surgörande medel behövas. Vilken typ av surgörande medel som avses omnämns inte men det enda medel som har den indikationen i FASS är ammoniumklorid. Surgöring av urin som tilläggsbehandling vid terapi av kroniska urinvägsinfektioner har använts i många år och askorbinsyra föreslogs för 30 år sedan. Ursprungligen fann man att om askorbinsyra tillförs i dygnsdosen 2.5 g givet var fjärde timme, kunde detta sänka urin-pH. Vid behandling av urinvägsinfektioner på barn med tillägg av askorbinsyra till metenaminmandelat fick man god effekt på urin-pH med en daglig tillförsel av askorbinsyra på 1.5–6 g.

I en öppen studie undersökte man effekten av tillägg av olika doser askorbinsyra till kosten hos 12 patienter på ett barnsjukhus. Efter en två dagars inledande kontrollperiod fick patienterna askorbinsyradoser från 2–8 g/m² kroppsytta/dag. Varje patient fick prova 2 eller 3 olika dosnivåer under vardera minst 4 dagar. Tio patienter erhöll metenaminmandelat tillsammans med 6 g askorbinsyra per m² kroppsytta under lika lång tid. Sex patienter fick även prova 6 g ammoniumklorid/m² kroppsytta som kraftigt surgörande medel. Trots att tillförseln av askorbinsyra var så hög som 8 g/m² fann man ingen konsekvent sänkning av urin-pH till 5.5 eller därunder.

Kombinationen av metenaminmandelat och askorbinsyra tenderade att ge ytterligare sänkta pH-värden, men dessa sänktes inte tillräckligt vid enstaka tillfällen. Då endast ammoniumklorid tillförts sjönk alla urin-pH-värden till under 5.5. För att man skall uppnå pH-värden i urinen under 5.5, måste man enligt denna undersökning ge stora mängder askorbinsyra fördelat på flera tillfällen under dygnet.

Surgöring av urinen med C-vitamin är inte meningsfullt, vissa C-vitaminpreparat är dessutom buffrade med natriumbikarbonat. Som biverkning av högdosbehandling med C-vitamin kan man bland annat notera risken för bildning av oxalsyre- och urinsyrestenar i urinvägarna hos vissa patienter. Kombinationsbehandling med askorbinsyra och metenaminhippurat saknar således rationellt underlag.

FRÅGA

En 50-årig kvinna med uttalade klimakteriella besvär behandlas med Estraderm (östradiol) depåplåster. Hon har nu fått hudutslag i samband med behandlingen. Finns detta tidigare beskrivet? Vad kan vara orsaken till den uppkomna reaktionen?

SVAR

I FASS finns angivet att Estraderm plåster kan ge upphov till lokala reaktioner såsom erytem, övergående klåda och fjällning. Till läkemedelsverkets biverkningskommitté har totalt sju fall

anmälts. Ett fall av dermatit med troligt samband med läkemedelsbehandlingen, fem fall av kontaktdermatit varav fyra med troligt samband och ett fall av klåda med troligt samband.

Vid kontakt med tillverkaren framkom, att man tagit fram 6 plåster med olika sammansättning för testning. Det är framför allt kombinationen etanol och klister som ger upphov till hudproblem. Vi föreslår att det aktuella fallet anmäls till läkemedelsverkets biverkningskommitté.

Kroniskt glaukom med öppen kammarvinkel – så förändrades läkemedelsterapin under 1980-talet

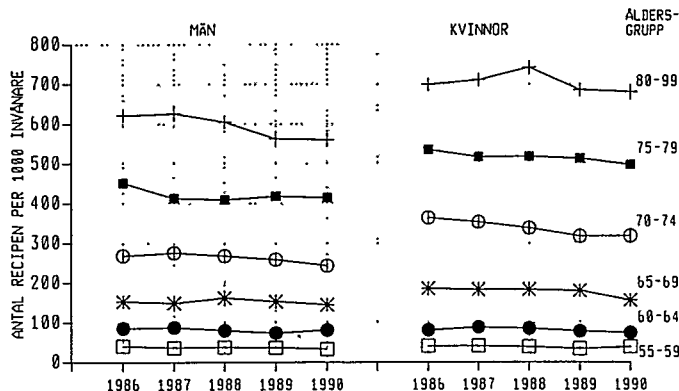
ÖRJAN ÅKERRÉN

Den kroniska ögonsjukdomen glaukom med öppen kammarvinkel förekommer enligt tidigare undersökningar i cirka en procent av befolkningen över 40 år och är en av de vanligaste orsakerna till grav synnedsättning hos äldre. Sjukdomen är lömsk eftersom den i sina tidigare stadier sällan ger sig till känna genom några specifika symtom. I de äldre där glaukom vanligen debuterar hör lätta och diffusa ögonbesvär till vardagen, varför sjukdomen ofta förbises av patienten som därmed inte söker läkare i tid.

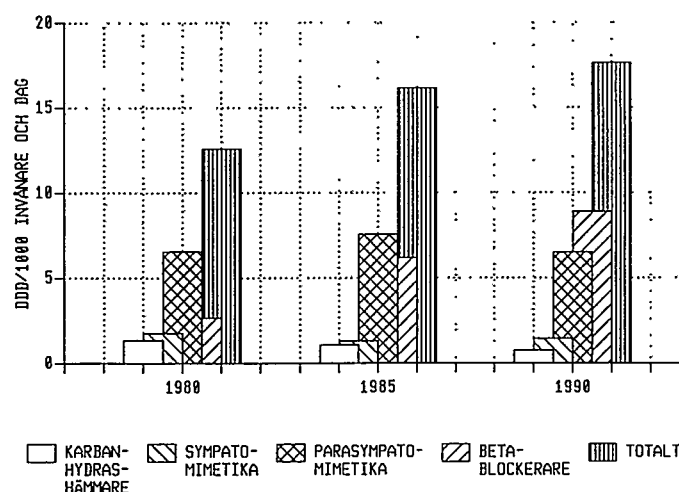
Glaukom behandlas såväl medikamentellt som genom kirurgi. Behandlingen avser att sänka ögontrycket för att därigenom minska skadorna på ögats vitala delar. Den i regel livslånga medikamentella behandlingen omfattar fyra preparatgrupper; parasymptomimetika, beta-receptorblockerare, sympatomimetika och karbanhydrashämmare. Med ledning av forskrivningsstatistiken ser man att fler kvinnor än män behandlas för glaukom. Åldersmässigt är den dominerande patientgruppen över 65 år (Figur 1).

Parasymptomimetika (kolinergika) har utnyttjats i ögondroppar vid glaukom i mer än hundra år. Sedan länge ingår även *sympatomimetika* (adrenergika) i behandlingen. Båda preparatgrupperna sänker ögontrycket genom att minska kammarvattnets avflödesmotstånd. De kan även användas i kombination med varandra för additiv effekt. Förskrivningen av dessa preparat var praktiskt taget oförändrad under hela 1980-talet (Figur 2). Glaukomterapi tillfördes 1978 ett nytt, viktigt läkemedel då den första *beta-receptorblockeraren* (timolol) lanserades. Det nya läkemedlet innebar en annan angreppspunkt genom att man kunde minska kammarvattenproduktionen och därmed ögontrycket med ett lokalt verkande läkemedel. Tidigare var man framför allt hänvisad till perorala karbanhydrashämmare om man ville påverka kammarvattenproduktionen. Den trycksänkande effekten av timolol visades också vara likvärdig med till exempel pilokarpin. Under 1986 tillkom ytterligare en beta-receptorblockerare; betoxalol. Dessutom ingår sedan 1989 också en kombination av betareceptorblockerare (timolol) och parasymptomimetika (pilokarpin) i terapin.

De enda preparaten vid glaukom som måste ges peroralt eller parenteralt är *karbanhydrashämmarna* acetazolamid och diclofenamid. Dessa läkemedel hämmar enzymet karbanhydras, som har betydelse för kammarvattenproduktionen. Användningen av karbanhydrashämmare har minskat under hela 1980-talet och utgör nu en mycket liten del av alla förskrivna läkemedel mot glaukom (Figur 2).



Figur 1. Glaukommedel. Förskrivningen fördelad på kön och ålder.



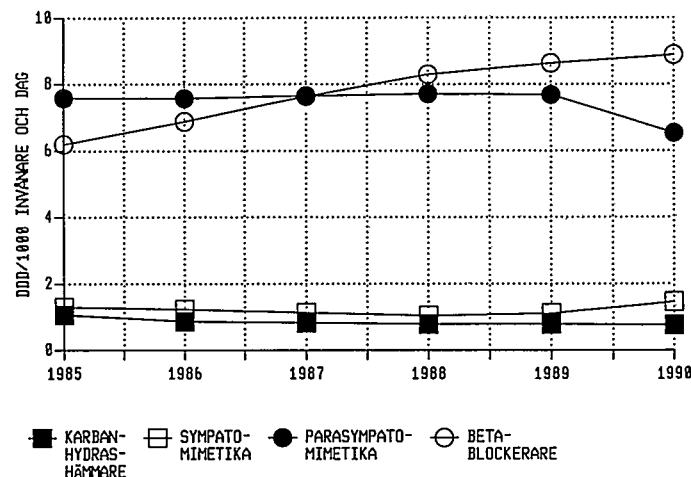
Figur 2. Glaukommedel.

Terapiutveckling

Terapin har genomgående förändrats under 1980-talet, som framgår av Apoteksbolagets läkemedelsstatistik över förskrivning/försäljning av läkemedel vid glaukom (ATC grupp S01 E). Sedan 1980 har förskrivna mängd av dessa preparat ökat med drygt 40 procent.

Parasymptomimetika intog en klart dominerande ställning i början av 1980-talet (Figur 2). Pilokarpin betraktades då som ett förstahandsmedel och man hade vid den tiden ännu inte hunnit skaffa sig långtidserfarenheter av beta-receptorblockerande läkemedel.

Beta-receptorblockerare har dock använts flitigt, sannolikt främst därför att de ger föga av biverkningar från ögonen. Statistiken visar att beta-receptorblockerare, mätt i antal DDD/1000 invånare och dag, under 1987, passerade parasymptomimetika som mest förskrivna enskilda preparat (Figur 3). Symptomimetika och karbanhydrashämmare ordinerar i jämförelse liten omfattning.



Figur 3. Glaukommedel.

Variationer inom landet

Försäljningen av glaukommedel uppvisar ganska stora skillnader mellan länen. De försäljningsuppgifter som visar på detta är sammanställda och presenterade som antal DDD/1000 invånare och dag och ger ett mått på läkemedelsexpositionen. Siffran är en skattning och skall tolkas med försiktighet. Bakom en konstaterad skillnad i läkemedelsförsäljningen kan ligga en rad faktorer, till exempel skillnader i sjukdomsförekomst, befolkningssammansättning, vårdutbud och terapitradition. I Kopparbergs län låg försäljningen 1990, 53 procent över riksgenomsnittet, medan Uppsala län under samma period hade den lägsta försäljningen, cirka 28 procent under genomsnittet.



Kommentar

ALBERT ALM, professor

Ögonkliniken, Regionsjukhuset, Umeå.

Denna redovisning av utvecklingen av försäljningen av glaukommedel under 1980-talet ger ett överraskande och kanske inte helt lättolkat resultat. Överraskande i och med att det skett en 40-procentig ökning av förskrivningen av dessa preparat under ett decennium då behandlingsindikationer diskuterats livligt och då argonlasertrabekuloplastiken fått ett genombrott som en enkel och relativt riskfri teknik för trycksänkande behandling. Helt klart är att vare sig beta-blockare eller argonlasertrabekuloplastik i någon större utsträckning ersatt tidigare medikamentell behandling utan huvudsakligen kommit att användas som tillägg till tidigare behandling. Utvecklingen väcker onekligen vissa frågor. Överbehandlar vi glaukom? Eller har kombinationsbehandling, eventuellt kombinerat med argonlasertrabekuloplastik, till någon väsentlig del ersatt tidigare filtrerande operationer? Om så är fallet, är detta en lycklig utveckling? Har de ökade möjligheterna att medikamentellt reglera ögontrycket påverkat glaukomprognosen under 1980-talet? Detta är viktiga frågor som tyvärr inte alla går att besvara, men denna rapport bör mana den glaukomintresserade ögonläkaren att fundera på hur han eller hon skulle besvara dessa frågor med utgångspunkt från sin egen verksamhet.

Läkemedelsfortbildning för distriktsläkare

Angina pectoris heter det nya utbildningsmaterialet som kommit ut "av distriktsläkare för distriktsläkare".

Angina pectoris är ett paket som består av en omgång overheadbilder (13 stycken) samt sju omgångar papperskopior av OH-bilderna.

Referenter till materialet är ämnesområdesgruppen Hjärta/Kärl som består av distriktsläkarna Cecilia Björkelund och Lars-Göran Persson samt informationsapotekare Thomas Friberg.

Om du är intresserad och inte redan har en kontaktperson för den här fortbildningsverksamheten på din vårdcentral, så anmäl dig till Kristina Otterskog, Avdelningen för läkemedelsval, Apoteksbolaget AB, 105 14 Stockholm (tel 08-666 73 95).



Allmänhetens attityder till biverkningar och information om biverkningar

BRITTA LISPER

Apoteksbolaget lät under 1990 undersöka allmänhetens attityder till läkemedel och läkemedelsinformation. En redogörelse för resultaten, baserad på cirka 100 besvarade enkäter publicerades i AllmänMedicin nr 2 1991. Här nedan följer en mer detaljerad redovisning för attityderna till biverkningar och biverkningsinformation.

Det finns en oro för att använda läkemedel – en oro som kan hänföras till rädsla för biverkningar och beroende. Följande påståenden och svar belyser detta.

(Svarsfrekvensen anges i %. Siffrorna är avrundade)

	Instämmer helt	Instämmer helt+delvis
* Läkemedel ger alltid biverkningar	20	45
* Läkemedel som mitt läkemedel kan ge gör mig orolig (Lika många oroar sig för läkemedel respektive sjukdomar)	20	55
* Läkemedel som jag ta nu kan ge men i framtiden	15	35
* Receptfria läkemedel ger inga biverkningar	5	25

Kommentar: Det finns ingen uttalad skillnad mellan män/kvinnor eller yngre/äldre när det gäller oro för biverkningar. Möjligen finns det en tendens att kvinnor (30–50 år) oroar sig mera. Dessa kvinnor är också mer kritiska till den information som ges och har ett lägre förtroende för läkare/apotek än övriga grupper. Det finns heller ingen skillnad mellan de tre undersökningsgrupperna akut medicinering/kontinuerlig medicinering/ej köpt medicin.

De flesta biverkningar är ofarliga

	Instämmer helt	Instämmer helt+delvis
* De flesta biverkningar är ofarliga	5	20
* En biverkning som 1/100 får kan man betrakta som vanlig	20	45

Kommentar: Här skulle man önska en mera realistisk syn. De flesta biverkningar är faktiskt ofarliga. Nästan hälften håller inte med om detta påstående, men det finns också många som är osäkra på vad de ska tycka.

Det vi kallar "vanliga" biverkningar är betydligt ovanligare än de flesta tror.

Åttio procent menar att man inte ska dricka alkohol när man tar läkemedel, medan betydligt färre (25%) har uppfattningen att läkemedel inte går att förena med bilkörning. Här har informationen om trafikvarning gett resultat medan betydligt färre personer vet något om alkohol/läkemedel, vilket gör det mera fritt för egna tolkningar.

När det gäller en annan biverkning – risken för beroende – är inte kunskaperna så stora men desto större oron för beroendet. I frågor som gäller beroende, tycks det som om man jämför läkemedel och lugnande/sömnmedel.

	Instämmer helt	Instämmer helt+delvis
* Långvarig medicinering ger beroende	35	75
* Det är farligt att äta sömnmedel flera gånger i veckan	50	65

Vill man ha information?

Ja, definitivt, vilket visas av följande uppfattning.

	Instämmer helt	Instämmer helt+delvis
* Ju mer man vet desto mindre rädd blir man för läkemedlet	45	80

Kommentar: Majoriteten anser inte att man ifrågasätter läkaren om man ställer frågor om biverkningar. Dock finns det hos inte mindre än 1/4 en tvekan att fråga läkaren om biverkningar. Man anser att läkaren blir irriterad av dessa frågor.

Vem ska ge information om biverkningar?

	Instämmer helt	Instämmer helt+delvis
* Det är mycket viktigt att läkaren informerar om eventuella biverkningar	95	97
* Apoteken bör ge tydlig information om biverkningar utan att man ber om det	75	90
* Apotekens informationsblad ger mig all information jag vill ha	20	65
* Man behöver läsa Patient-FASS när man får ett nytt läkemedel	30	55

Kommentar: Gruppen "kontinuerlig medicinering" är betydligt mer nöjd med informationsbladen liksom till övrig information än genomsnittet. Trots detta är det denna grupp som mest läser Patient FASS. Denna grupp är också mest positiv till läkare och apotek.

Många minskar dosen om de känner obehag av läkemedlet

	Instämmer helt	Instämmer helt+delvis
* Jag minskar dosen om jag känner obehag av läkemedlet	20	40

Att oro för läkemedelsbiverkningar är ett problem, bekräftas också i en nyligen genomförd PDS-studie av astmasjuka. Rädslan för steroider var den största läkemedelsproblemet. Ett tänkbart område att arbeta med under astmåret, kan vara just information om inhalation av steroider och dess minimala risk för biverkningar.

Missbruksvård i glesbygd – erfarenheter från öppenvård i två glesbygdskommuner

MARGIT ANDERSSON

Försöken att bygga upp en fungerande vårdkedja inom missbruksvården pågår i många kommuner runt om i Sverige. I Strömsunds kommun i Jämtlands län, finns sedan 1984 "Byrån för individ- och familjerådgivning i alkoholfrågor" och i Vilhelmina, Västerbottens län, finns "Dagcentralen Positiv" sedan 1986. Verksamheterna riktar sig till människor med missbruksproblem. Utvärderingen visar att de båda verksamheterna kompletterar varandra; det måste finnas plats för både professionella och amatörer, både social gemenskap och behandling i en vårdkedja. I de klientuppföljningar som utförts framkommer att den enskilde kan minska sitt missbruk via ett kontinuerligt och långvarigt stöd.

Nyckelord: Alkoholism, öppenvård, utvärdering, glesbygd, Strömsund, Vilhelmina.

Jag vill presentera två skilda verksamheter inom missbruksvården för att ge exempel på hur man med relativt små medel kan bygga upp resurser på den lokala nivån i en glesbygds kommun. Under 1985–86 deltog jag i en utvärdering av Byrån för individ- och familjerådgivning i alkoholfrågor i Strömsund, Jämtlands län (1–2). För tillfället arbetar jag med ett projekt; Missbruksproblem och missbruksvård – ett socialt förändringsarbete i Vilhelmina. Arbetet med projektet har pågått sedan juli 1987 och bland annat har verksamheten vid dagcentralen Positiv studerats (3–5). Jag vill ge en beskrivning av de verksamheter som bedrivs i Strömsund och Vilhelmina och lyfta fram vissa positiva erfarenheter men också upplevda svårigheter.

Byrån för individ- och familjerådgivning i alkoholfrågor

Byrån för individ- och familjerådgivning i alkoholfrågor öppnade i november 1984 vid sjukstugan i Strömsund. Socialstyrelsen beviljade ett bidrag på 180 000 kronor till ett försök med förändrad och förbättrad missbruksvård i kommunen. Projektpersonalen, en sjuksköterska (75%) och en kurator (50%) anställdes och underställdes

samarbetsgruppen socialnämnd/sjukvårdsdirektion i Strömsunds kommun, där lokala politiker var representerade.

Projektet knöts till den medicinska ledningsorganisationen när det gällde medicinska frågor och socialnämnden när det gällde socialkurativa frågor. Både sjuksköterskan och kuratorn hade steg ett-utbildning i psykoterapi och sjuksköterskan hade dessutom vidareutbildning i psykiatri (6).

En expedition som låg strax intill en vårdavdelning iordningsställdes vid sjukstugan. Personal fanns alltid tillgänglig på expeditionen under vardagarna. Klienter kunde dels ta kontakt direkt på eget initiativ, dels indirekt via andra samhällsorgan såsom socialbyrån eller frivilliga organisationer. En remissblankett distribuerades till tänkbara remissinstanser.

- Syftet med försöksprojektet var
- att reducera missbrukets omfattning och spridning;
 - att utveckla och fördjupa arbetet med enskilda missbrukare, missbruksfamiljer samt missbruksgrupper;
 - att utveckla samarbetsformer och metoder för social och medicinsk förebyggande och uppsökande verksamhet inom missbruksvården;
 - att försöka finna vägar till förbättrat samarbete mellan samhällets övriga resurser för behandling och rehabilitering av missbrukare.

Projektpersonalen avgränsade sitt arbete genom att projektet i huvudsak koncentrerades till Strömsunds tätort när det gällde förebyggande och uppsökande verksamhet. Vid behov av övervakad tillnyktring skulle hela kommunen vara upptagningsområde. Hälso- och sjukvårdslagen tillämpades när det gällde den medicinska verksamheten och socialtjänstlagen vid den socialkurativa verksamheten. Helhetssynen skulle tillämpas i individarbetet och projektpersonalen hade tystnadsplikt och arbetade under sekretesslagen.

Genom att bjuda in myndigheter och organisationer till träffar som tog upp behovet av insatser för människor med missbruksproblem kunde projektpersonalen göra en nulägesbeskrivning av situationen i Strömsunds kommun.

Det serviceutbud man kunde erbjuda skulle riktas till missbrukare och dennes närstående, övriga samhällsorgan och frivilliga organisationer som bedriver behandlande och rehabilite-

rande verksamhet samt till allmänheten. Stödet till den enskilde bestod av samtalsbehandling, råd och stöd och medicinsk behandling. Kontinuerliga behandlingssamtal kunde erbjudas enskilt, i parsamtal eller i familj. Det fanns också möjlighet till samtalsterapi och projektets personal fick handledning via ett psykiatriskt team i Östersund.

Beträffande den medicinska behandlingen åtog sig distriktsöverläkaren på sjukstugan att vara ledningsansvarig. Tablettbehandling med antabus/dipsan användes i vissa fall som medicinsk behandling tillsammans med andra åtgärder. Vid utlandet av medicin fanns utrymme för samtal med klienten. Även poliklinisk avgiftning med medicinering genomfördes.

Serviceutbudet till allmänheten bestod främst i information om projektet via informationsblad, lokalpress och lokalradion. En förhoppning var att därmed nå många dolda missbrukare. Man betonade vikten av personlig integritet och anonymitet. Man ville också deltaga med information i missbruksfrågor i skolor, på arbetsplatser och i föreningar.

Deltagarna i projektet skulle dokumentera sitt arbete kontinuerligt och även göra en utvärdering efter två år. Det direkta klientarbetet dokumenterades via ett separat journalsystem.

Positivets verksamhet

Dagcentralen Positiv i Vilhelmina öppnade i mars 1986 och bedriver sedan dess en verksamhet som riktar sig till människor med missbruksproblem. Under uppbyggnadsskedet koncentrerades arbetet på att nå en målgrupp i Vilhelmina som var känd av socialförvaltningen på grund av sitt missbruk.

Idén till verksamheten kom från tjänstemän på socialbyrån. Många kända missbrukare var ensamma och isolerade och saknade en meningsfull tillvaro. Man hade också noterat en ökning av LVM-ärenden och flera missbrukare hade avlidit under en relativt kort tidsperiod.

Av socialnämnden beviljades 55 000 kronor till en halv assistenttjänst. Lämplig lokal fanns mitt i Vilhelmina. Då kommunens socialsekreterare inte kunde delta i verksamheten löstes personalfrågan med hjälp av bland annat lönebidragsanställningar och beredskapsarbeten. Endast en i personalgruppen hade tidigare erfarenhet av

arbete med missbrukare men alla hade ett intresse av att arbeta med människor.

Dagcentralen är öppen 8–16 alla vardagar och har kvällsöppet en dag i veckan. En del i dagcentralens verksamhet består av en kaféerörelse där besökare kan äta hemlagad mat eller fika till självkostnadspris. Dagcentralen har utvecklat traditioner såsom julbord och surströmmingsskiva. Personalen bedriver viss kursverksamhet och ordnar utflykter. Positivt arrenderar ett torp några mil utanför Vilhelmina där man bland annat odlar egen potatis. I dagcentralens lokaler finns biljard- och bordtennisbord, garage med svetsutrustning och ett snickarum.

Verksamheten innehåller en kurativ del där besökare kan få hjälp med bankärenden, byte av bostad, kontakter med arbetsförmedling, kriminalvård, sjukstugans personal, socialsekreterare med flera. Hembesök görs ibland.

Metod

Utvärderingen i Strömsund baserades på de intervjuer vi gjorde med projektteamet en gång per månad enligt ett strukturerat frågeformulär, en klientenkät samt intervjuer med samarbetspartner. Via projektteamets dagbok kunde vi också beräkna hur mycket av arbetstiden som användes till arbete på olika nivåer.

Positivets verksamhet i Vilhelmina har studerats via kontinuerliga besök på dagcentralen där både personal och besökare har intervjuats. Samarbetspartner inom primärvård och socialtjänst har besvarat ett frågeformulär vid några tillfällen. De resultat som redovisas är preliminära.

Resultat

Verksamheten i Strömsund var klart klientcenterad och vi uppskattade att cirka 75 procent av tiden användes i direkt klientarbete. Vi kunde notera en kontinuerlig ökning av antalet inskrivna klienter. Efter två år var 90 personer inskrivna. Några skrevs ut på grund av flyttning eller när de inte var i behov av det stöd som teamet erbjöd. Det visade sig att cirka 60 procent av alla inskrivna hade behov av ett långvarigt och kontinuerligt stöd medan resten hade mera tillfälliga kontakter eller såg personalen som en "reservkontakt" vid krissituationer. Av klienterna var nästan hälften "dolda missbrukare", det vill säga de var inte kända av myndigheter sedan tidigare. I enkätsvaren från klienterna framkom att de såg anonymiteten, sekretessen och frivilligheten som betydelsefull i kontakten med teamet. Klienterna var mycket positiva till det stöd som erbjöds och uppgav att deras situation var förändrad i positiv rikt-

ning både när det gällde alkoholkonsumtion och livssituation i övrigt efter ett till två års kontakt.

Såväl akuta som planerade kontakter ingick. I några få fall remitterades klienter till centrallasarettet i Östersund efter bedömning av distriktsläkaren. Merparten av avgiftningstillfällen sköttes således lokalt i Strömsund.

Vid intervjuer med andra myndigheter framkom att många upplevde avlastning i och med att projektteamet fanns. De hade någon att hänvisa till, någon som hade tid och intresse för människors problematik. Framför allt var personal inom primärvården samt socialtjänsten mycket positiv.

Projektpersonalen upplevde själv att kopplingen till politikerna i samrådsgruppen var positiv. Dessa blev till viss del delaktiga i det dagliga arbetet i och med att de hade kontinuerlig kontakt med teamet.

Så något om upplevda svårigheter och tillkortakommanden. Teamet ansåg att det var svårt att hålla fast vid den enskilda behandlingsplan som upprättades för varje klient om klienten hade ett behov av tätare kontakt än vad som var överenskommet. Ärendebelastningen gjorde att teamet fick svårt att hinna med uppföljningen enskilt eller i familj. Teammedlemmarna sade att de ofta kände sig som jourhavande medmänniska. De menade också att de nått ett sämre resultat för de kända missbrukarna än för de dolda. De kända, med ett långvarigt missbruk bakom sig, skulle ha behövt något mer än vad byrån kunde erbjuda, framför allt social samvaro och aktiviteter för att minska isolering och passivitet.

Det uppstod också svårigheter i teamsamarbetet. Kuratorn och sjuksköterskan arbetade tillsammans i början, gjorde hembesök och tog emot besök tillsammans. På grund av klienttillströmningen och arbetsbelastningen skedde sedan en uppdelning av klienterna, var och en hade sina klienter. Vid slutet av utvärderingen diskuterade personalen nackdelarna med denna uppdelning. Kanske hade de nyttjat varandras kompetens bättre om de arbetat mera tillsammans i individärenden, framför allt i arbetet med hela familjer.

Kuratorn upplevde att det medicinska perspektivet kom att dominera verksamheten medan det sociala kom i skymundan. Kuratorn var desutom ensam i sin yrkesroll vid sjukstugan. Efter tvåårsperioden slutade kuratorn sin anställning och återgick till ett arbete som socialsekreterare. I och med den ökade klienttillströmningen minskade informationen utåt och förebyggande verksamhet på skolor och arbetsplatser. Samarbetet med andra kom under det andra året framför allt att röra frågor kring en enskild klient.

Efter två år bestämdes att verksamheten skulle bli permanent. Landstinget skulle stå för sjuksköterskans lön och kommunen för kuratorns.

Positivt i Vilhelmina fungerar som en kontaktcentral där människor kan umgås i hemlik miljö under nykterhet. Där finns meningsfulla aktiviteter att delta i under frivilliga former. Personalen har tagit tillvara sin egen livserfarenhet och sina intressen i arbetet och det finns en nära kontakt mellan personal och besökare. Både personal och besökare har arbetarbakgrund. Personalen har klarat enklare avgiftning med hjälp av läkarkontakt samt medicinsk behandling med Antabus eller Dipsan. Alkoholkonsumtionen har minskat för många av besökarna även om de inte lever helnyktert, men många har längre nyktra perioder. Socialtjänsten har efter Positivets start färre LVM-ärenden. Till Positivt kommer också människor som erhåller vård via omsorgsvården och psykiatriska kliniken samt några pensionärer. Positivt har även drivit egna mindre arbetsprojekt, till exempel skogsröjning och sopstädning. Verksamheten har varit öppen för praktikanter under utbildning vid vårdskola och Högskolans sociala linje, för ungdomar sysselsatta i ungdomslagsarbete och för personer som skall arbetsträna efter sjukskrivning.

Två stödsamariter har varit knutna till Positivt men tillhört kommunens hemtjänst. De har arbetat i missbrukares hem med praktiska och motivationsstödande åtgärder. Många av stödsamariternas klienter är besökare vid Positivt, vilket ger en naturlig koppling.

Socialsekreterare och distriktsköterskor uppgav att de hade blivit avlastade i och med Positivets tillkomst. De kända missbrukarna vände sig inte lika ofta till primärvård och socialtjänst som tidigare. Även i Positivets verksamhet har funnits vissa svårigheter och tillkortakommanden. Verksamheten har inte nått ut till "dolda missbrukare" troligen på grund av den öppna verksamhetsformen. Flera i personalen har haft en känsla av att vara "en katt bland hermelinerna" eftersom de saknar utbildning inom området. De saknar också medicinsk och psykologisk kompetens vilket upplevs som en brist. Personalen har låg lön i och med konstruktionen av tjänsterna. Detta har skapat irritation. Vissa oklarheter har funnits mellan personalen och den nya socialsekreterargruppen på grund av en diffus ansvarsfördelning. Att kunna se varandras kompetens är svårt, det vill säga den kompetens som de professionella och "amatörerna" har. Personalen saknade handledning i ett och ett halvt år på grund av att biträdande socialchefen slutade sin tjänst. Detta har inneburit

att Verksamheten till viss del "glidit ifrån" socialtjänsten.

Ingen dokumentation görs inom verksamheten, vilket kan vara en svaghet när det gäller till exempel gamla LVM-klienter som tidigare haft mycket kontakt med socialsekreterare.

Verksamheten har svårt att nå människor i avlägsna byar på grund av avstånden, till exempel Klimpfjäll som ligger 12 mil från Vilhelmina. Man kan säga att med vissa undantag har Positiv hittills varit en resurs för centralorten.

Diskussion

Försöksprojektet i Strömsund sågs som lyckat från politikerhåll. Kommunförbundet och landstingets sociala nämnd i Jämtlands län rekommenderade att samtliga kommuner i länet skulle bygga upp en liknande verksamhet som i Strömsund. Det skulle även finnas några tillnyktringsplatser vid den lokala sjukstugan där platserna skulle vara öronmärkta för missbrukare. Vissa resurser skulle byggas ut centralt i länet, till exempel diskuteras ett motivationshem. Byrån i Strömsund kom därmed att bli en modell och ett begrepp för ökade satsningar inom missbruksvården på den lokala nivån i länet.

Här i Vilhelmina pågår en utveckling och förändring av Positivets verksamhet. En socionomtjänst och be-

handlingsassistenttjänst skall tillsättas; de professionella gör intåg även här.

En arbetsgrupp där även politiker är representerade är tillsatt för att utveckla verksamheten vid Positivet.

Sammanfattningsvis anser jag att verksamheterna i Strömsund och Vilhelmina kompletterar varandra. Det måste finnas plats för både professionella och amatörer, både social gemenskap och "behandling" i en vårdkedja. Erfarenheterna från de båda projekten visar att det är möjligt för den enskilde att minska missbruket via ett långvarigt och kontinuerligt stöd. Klientorganisationer där före detta missbrukare arbetar är också viktiga, kanske speciellt på mindre orter där vårdkedjan inte är så utvecklad. I Strömsund fanns Riksförbundet för hjälp till läkemedelsmissbrukare (RFHL), här i Vilhelmina finns "Fria sällskapet länkarna" sedan några år och även "Anonyma alkoholister" (AA) har startat en lokalförening. Några Vilhelminabor har varit på behandlingshem som arbetar enligt Minnesotamodellen. De har efter hemkomsten fått stöd från AA i Lycksele för att bilda en lokalförening även här.

I en glesbygdskommun är det en avvägningsfråga vad resurserna inom missbruksvården skall användas till och vad i en vårdkedja som skall prioriteras. Ytterst är det politikernas sak att fastställa ambitionsnivån inom missbruksvården på den lokala nivån.

Referenser

1. Andersson M, Larsson A. Det gäller att finna lösningar som passar var och en av klienterna. Utvärdering av samarbetsprojektet socialtjänst/sjukvård vid byrån för individ- och familjerådgivning i aalkoholfrågor i Strömsunds kommun, Jämtlands län. Högskolan i Östersund, 1985;1.
2. Andersson M, Larsson A. En dokumentation och utvärdering av ett tvåårigt försöksprojekt inom missbruksvård. Högskolan i Östersund, 1986.
3. Forskningsenheten i Vilhelmina, Socialnämnden i Vilhelmina. Missbruksproblem och missbruksvård – ett socialt förändringsarbete i Vilhelmina. Forskningsenheten i Vilhelmina, Forskningsansökan 1985.
4. Forskningsenheten i Vilhelmina, socialnämnden i Vilhelmina. Missbruksproblem och missbruksvård – ett socialt förändringsarbete i Vilhelmina. Årsberättelse/Forskningsprogram 1/7 1985 – 30/6 1986. Forskningsenheten i Vilhelmina, 1986.
5. Andersson M. Kompletterande program för projektet "Missbruksproblem och missbruksvård – ett socialt förändringsarbete i Vilhelmina." Forskningsenheten i Vilhelmina, 1987.
6. Mårtensson M, Wagenius S. Byrån för Individ- och familjerådgivning i alkoholfrågor – en verksamhetsbeskrivning. Sjukstugan i Strömsund, 1985.

Författarpresentation

Margit Andersson, forskningsassistent vid Forskningsenheten i Vilhelmina.

Postadress: Box 122, 912 00 Vilhelmina.

Diabetes i Vilhelmina kommun Förekomst – komplikationer – vård

ANN-CHRISTIN HELLGREN

I denna studie redovisas uppgifter om förekomst av, komplikationer och remisser för diabetiker i Vilhelmina kommun under 1989. En hög förekomst av diabetes i kommunen kan konstateras, liksom en hög andel med insulinbehandling. Hypertoni och hjärtsjukdomar är vanliga bland diabetikerna. Diabetessköterskan har initierat många kontakter i form av remisser till andra vårdgivare, främst dietist, fotvårdsspecialist och ögonläkare. Vikten av kontinuitet i vården för de kroniskt sjuka patienterna betonas. Speciellt gäller detta för diabetikerna med det stora och fortlöpande informationsbehov som de har.

Nyckelord: Diabetes, prevalens, vård, Vilhelmina.

Diabetesmottagningen i Vilhelmina startade i slutet av 1979 och var den första i Lycksele sjukvårdsdistrikt. Bakgrunden till inrättandet var att de läkarresurser som fanns, ej räckte till för att kunna ge diabetes- och hypertonipatienterna återbesökstider i den omfattning som sjukdomen krävde det. Distriktsläkarna tog initiativ till att starta en hypertoni- och diabetesmottagning och en specialutbildad sjuksköterska skulle sköta den nyinrättade dispensären.

För diabetikerna blev sköterskans arbetsuppgifter att kalla patienterna till regelbundna kontroller varvid blodsocker, urinsocker, vikt och blodtryck skulle noteras. Diabetessköterskan skulle också informera om kost, motion och självkontroller samt vid återbesök följa upp att patienterna tagit till sig den tidigare lämnade in-

formationen. Vid behov skulle diabetessköterskan samråda med distriktsläkare och ha ett nära samarbete med annan personal inom diabetesvården. De överenskomna besöksrutinerna var att kost- och tablettbehandlade diabetiker skulle besöka distriktsläkare en gång per år och diabetessköterska en till tre gånger årligen. Insulinbehandlade diabetiker skulle ha såväl läkarbesök som sköterskebesök minst två gånger per år.

Då diabetesmottagningen 1989 existerat i tio år har det känts värdefullt att dokumentera verksamheten i form av en sammanställning av Vilhelmina kommuns diabetiker, kartläggning av deras komplikationsförekomst och remisskontakter till andra vårdgivare, såsom dietist, fotvårdsterapeut, ögonläkare och invärtesmedicinspecialist.

Metod

Då diabetesmottagningen startade 1979 påbörjades en fortlöpande regi-

DIFLUCAN 150mg
FLUCONAZOL
Endast en kapsel mot genitala Candida infektioner

Diflucan

Pfizer

Kapslar 150 mg

Antimykotikum för systemiskt bruk

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

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

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

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

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

Indikationer. Vaginal candidiasis.

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

Graviditet. Kategori B:3 (se FASS). Erfarenheter från människa är begränsade. Vid upprepad dosering i doser som överskrider humandosen har i djurförsök på råttor påvisats ökad intrauterin fosterdöd, en effekt som också påvisats med imidazolpreparat, samt ökad förekomst av urinvägsmisbildningar (hydronefros och hydrouretär).

Amning. Uppgift saknas om fluconazol passerar över i modersmjölk.

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

Vanliga CNS: huvudvärk
GI: illamående, magsmärtor

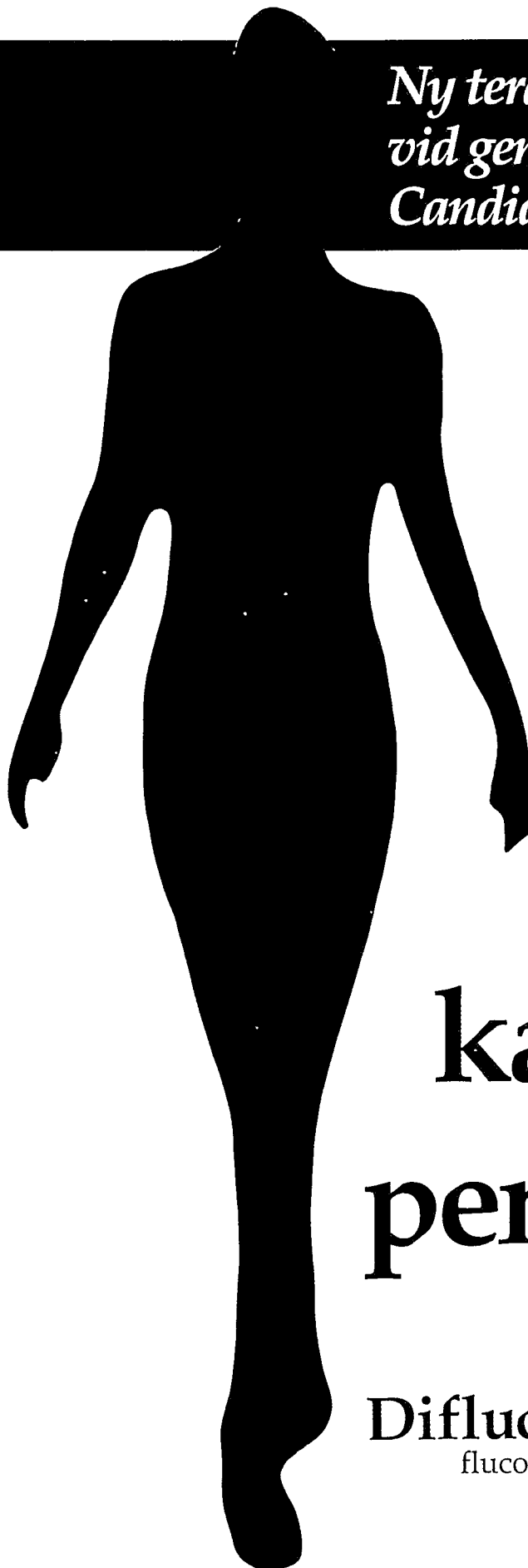
Dosering. 150 mg som engångsdos.

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

Interaktioner. Fluconazol interagerar med tolbutamid och warfarin. Fluconazol förlängde 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

strering av alla diabetespatienter. Med hjälp av distriktssköterskor och skol-sköterskor spårades även de diabetiker som inte hade sina kontroller på sjukstugan i Vilhelmina, så att en total prevalens för diabetes i Vilhelmina kunde tas fram.

För de diabetiker som hade regelbunden kontakt med diabetesmottagningen i Vilhelmina registrerades under 1989 uppgifter om kön, diabetes-typ, diabetesduration, typ av behandling, hypertoni, förekomst av komplikationer från hjärta, ögon, njurar och fötter. Dessutom registrerades även protein i urin, rökning och snusning. Remisser till andra vårdgivare noterades för hela tio-års perioden. För den grupp diabetiker som inte kontrollerades på sjukstugan i Vilhelmina registrerades enbart uppgifter om kön, diabetes-typ, diabetesduration, typ av behandling och förekomst av hypertoni.

Resultat

Förekomst av diabetes-typ och känd luration

Vilhelmina kommun kunde 265 personer med diabetes identifieras under 1989. De utgör 3.1% av kommunens 8533 invånare. Diabetesdispensären i Vilhelmina hade regelbunden kontakt med 165 diabetiker varav 160 sköttes gemensamt av distriktsläkare och diabetes-sköterska och de övriga fem av närvesmedicinare i Lycksele/Umeå tillsammans med diabetes-sköterskan i Vilhelmina. De övriga 100 diabetespatienterna som ej hade regelbunden kontakt med diabetesdispensären utgjordes av 36 personer som på grund av multipla sjukdomar enbart gjorde distriktsläkarbesök. Därutöver fanns 13 diabetiker boende på sjukhem, 17 på ålderdomshem och två på service-nus vilka också i huvudsak sköttes av distriktsläkare. 17 diabetiker i Dikarås och 9 i Saxnäs fick sin diabetesvård av ortens distriktssköterska och av distriktsläkare. Sex unga diabetiker i åldrar upp till 18 år fick sin vård helt i Umeå. Av totalantalet diabetiker utgjorde kvinnorna 123 (46%) och nännen 142 (54%).

Typ 1 diabetes registrerades hos 60 individer (23%) och typ 2 diabetes hos 205. Av diabetesdispensärens 165 patienter hade 52 typ 1 diabetes och 113 typ 2. Vid klassificering av diabetes-typ var enbart journaluppgifter om diabetes-typ utnyttjats. Patienter som tidigt i örloppet ställts på insulinbehandling var betraktats som typ 1 diabetiker.

Diabetesdurationen var i genomsnitt 10 år; för typ 1 diabetes 16 år och för typ 2 diabetes 8 år. Kvinnorna hade obetydligt längre duration än nännen (10 respektive 9 år). Den ängsta registrerade sjukdomstiden hade en patient med 43 års känd diabetes.

Behandling, tobaksbruk

Av de 205 typ 2 diabetikerna hade 58 personer (28%) enbart kostbehandling, 90 (44%) tablettbehandling och 54 (26%) behandling med insulin. För tre individer saknades uppgift. Alla 60 typ 1 diabetiker hade enbart insulinbehandling.

Tobaksanvändning förekom hos 41/265 patienter i någon form; 27 var rökare (15 kvinnor, 12 män) och 14 män snusade.

Samtidig blodtrycks- och hjärtsjukdom

Hypertoni förekom hos 103 (39%) av alla diabetiker. Av dessa var 18 typ 1 diabetiker och 85 typ 2. Tretton diabetespatienter hade även hjärtsjukdom. Blodtrycksvärden fanns registrerade för 162/165 i diabetesdispensärgruppen. Här hade de med hypertoni ett genomsnittligt blodtryck på 158/93, jämfört med 141/84 för de normotensiva. I dispensärgruppen noterades aktuell eller tidigare hjärtsjukdom hos 48 patienter, av vilka 31 hade angina pectoris, fyra förmaksflimer och fem diagnosen hjärtinkompensation. Tretton patienter hade haft hjärtinfarkt.

Komplicationer lokaliserade till ögon, njurar och fötter

Bland de 165 dispensärdiabetikerna hade totalt 25 män och 15 kvinnor någon komplikation noterad från ögon, njurar eller fötter. Ögonkomplikationer var registrerade hos 20 patienter, sju kvinnor och 13 män. Fyra män med diabetes hade en klinisk njurskada. Komplikationer som drabbar fötterna fanns hos 8 manliga och 8 kvinnliga diabetiker. Av diabetesdispensärens patienter hade dock 11 proteinuri och serumkreatininförhöjning förelåg hos 26 män (>100 mikromol/l) och 26 kvinnor (s-kreatinin >80 mikromol/l).

Metabol kontroll

Den metabola kontrollen (HbA_{1c}) var mätt hos 57 av de 60 typ 1 diabetikerna. Medelvärde var 11.1%. För typ 2 diabetikerna förelåg uppgift om HbA_{1c} hos 80 av de 113 som ingick i dispensärgruppen. Medelvärde för HbA_{1c} i denna grupp var 9.9%.

Remisser

Under hela 10-års perioden ombesörjde diabetes-sköterskan remiss till ögonläkare för 110 patienter, huvudsakligen för ögonbottenbedömning. Remiss till invärtesmedicinsk specialist utfärdades för 66 diabetiker. Internt inom vårdcentralen remitterade diabetes-sköterskan 125 diabetiker till dietistkontakt och 118 patienter till fotvårdsspecialist.

Diskussion

Sammanställningen visar att diabetes

förekommer i hög frekvens i Vilhelmina. Dock bör prevalenssiffran 3.1% ses mot bakgrund av att befolkningen i kommunen är äldre än genomsnittet för riket och att en åldersstandardiserad diabetesprevalens (ej uträknad) troligen skulle ansluta ganska väl till den prevalens på cirka 2.5% som anses vara representativt för riket.

Av kommunens 265 diabetespatienter hade diabetes-sköterskan regelbunden kontakt med nästan två tredjedelar (165). Av de övriga 100 hade många sporadisk kontakt med diabetes-sköterskan. Många av diabetesdispensärens patienter var typ 1 diabetiker, en grupp med lång sjukdomsduration och stort behov av kontinuitet i omhändertagandet. En förhållandevis stor andel av Vilhelminas diabetiker är klassificerade som typ 1 (23%) jämfört med det vanliga för riket (10-15%). Överrepresentationen av typ 1 diabetes föreligger enbart bland vuxna och äldre eftersom antalet barn och ungdomsdiabetiker endast utgjordes av sex individer. Siffran för typ 1 diabetesduration, 16 år, är oväntat låg och tyder också på att gruppen med typ 1 diabetiker i genomsnitt diagnostiserats relativt sent i livet. Medeldurationen för typ 2 diabetes, 8 år, är tämligen representativ för en befolkning med en hög andel äldre. Eftersom klassificeringen till typ 1 huvudsakligen baserats på grundval av vilken behandling patienten fått i anslutning till diagnos och inte på mätning av kvarvarande egen insulinproduktion eller på förekomst av öcellsantikroppar kan äldre diabetiker eventuellt ha felklassificerats. En analys av C-peptidnivåer hos de vuxna/äldre typ 1 klassificerade individer skulle kunna bidra med viktig information om den höga typ 1 förekomsten är sann eller inte.

Fördelningen män/kvinnor uppvisar viss manlig övervikt. Betydelsen av detta kan dock inte bedömas så länge som könsstandardiserade data ej är tillgängliga. Insulinbehandling var den dominerande terapiformen (43%), om alla diabetiker tas i beaktande (114/265). Andelen enbart kostbehandlade diabetiker är låg (22%) sett i ett nationellt perspektiv, huvudsakligen beroende på en förskjutning av behandlingstyp mot insulinterapi. Den höga frekvensen av insulinanvändning är naturligtvis avhängig den stora andelen typ 1 diabetiker i materialet. För enbart typ 2 diabetikerna är tablettbehandling dominerande (90/205). Andelen enbart kostbehandlade i denna grupp är låg jämfört med de som tablett- och insulinbehandlas.

Medelvärdena för HbA_{1c}, såväl i gruppen typ 1 diabetiker som för en del av typ 2 diabetikerna, låg högt (11.1% och 9.9%). Medelvärdena säger dock föga om hur många av dia-

betikerna som haft god/acceptabel metabol kontroll. Sannolikt har en stor del av diabetikerna i materialet otillfredsställande metabol reglering av sin sjukdom. Detta bör också ses i förhållande till den höga andelen tablett/insulinbehandling, som uppenbarligen ändå inte varit tillräcklig för att uppnå acceptabel blodsockerreglering, vare sig för typ 1 eller typ 2 diabetikerna.

Förekomsten av rökare uppgick till 10% vilket är jämförbart med en del andra undersökningar (vårdcentraler i Göteborgs län 14%, Laxå 13%, Kisa 8%), men lägre än för sjukhusmottagningar i Gävleborgs län (22%).

Frekvensen rapporterad hypertoni i totalmaterialet (39%) är snarare lägre än förväntat. Dock kan lokala variationer i hur hypertoni spåras och definieras bidra till att frekvensskillnader uppstår. Genomsnittsvärdena för blodtryck i gruppen diabetiker med hypertoni antyder att bättre blodtrycksreglering skulle vara önskvärd för många, eftersom behandlingsmålet är satt till ett blodtryck <140/90. Samtidig hjärtsjukdom förelåg i 23% hos de diabetiker som hade regelbunden kontakt med diabetesdispensären. Kärlekskramp eller genomgången infarkt var inte oväntat de vanligaste hjärtsjukdomarna. Komplikationer från ögon, njurar och fötter förekom var-dera 8-10%.

Njurkomplikationer av klinisk art var få (2%), men det relativt stora antalet diabetiker med förhöjt serumkreatinin (52 av 145 i diabetesdispensärgruppen), tyder på en högre andel med subklinisk njursjukdom.

Diabetesdispensären har utgjort en viktig kontaktväg till andra vårdgivare inom diabetesvården. En stor andel patienter har remitterats till dietist, fotvårdsspecialist och ögonundersökning. De många remisserna till invärtesmedicinsk specialist tyder också på ett livligt samarbete mellan diabetesdispensären och sjukhusen. Diabetes-sköterskan har här kunnat fungera som lokal resursperson särskilt när övergång till insulinbehandling blivit aktuell, eller när andra problem med diabetesjukdomen uppstått.

Reflexioner kring arbetet som diabetessköterska

Under de 11 år som jag har arbetat som diabetessköterska har diabetesvården förändrats och utvecklats. Det var ovanligt med självkontroller bland diabetikerna när jag började mitt arbete 1979. De första åren kämpade jag med att lära patienterna att kontrollera sitt urinsocker. Sedan kom allt enklare hjälpmedel för självkontroll av såväl urinsocker som blodsocker. Idag har många patienter köpt egna apparater för mätning av blodsocker. Att patienterna nu har mer kunskap om sin sjukdom är positivt

för behandlingsresultatet. Det är betydligt lättare att följa behandlingsrekommendationer om man förstår orsak och verkan.

Vi har också blivit fler i vården av patienter med diabetes. Fotvårdsterapeutjänst speciellt för diabetiker inrättades 1982. Att kunna ge regelbunden fotvård till diabetiker anser jag vara en av de viktigaste delarna i en god diabetesvård.

Dietisttjänst inrättades 1982-83 vilket innebar en avsevärd avlastning av diabetessköterskans arbetsuppgifter. Alla nyupptäckta diabetiker remitteras nu till dietist för kostinformation och vid behov får diabetikerna repetition av kostinformationen. Från och med 1990 har alla diabetiker tillgång till ögonbottenfotografering hos ögonläkare i Åsele. Först i samband med detta arrangemang kan man säga att ögonundersökningarna av diabetespatienterna fungerar tillfredsställande.

Kontinuitet har blivit ett viktigt begrepp i vården de senaste åren. Innan diabetesskötersketjänsten inrättades på vårdcentralen i Vilhelmina fick diabetespatienterna träffa läkare vid varje kontroll. Som andra patienter i glesbygdens sjukvård fick de träffa ett

stort antal olika läkare. Att alltid ha möjlighet till kontakt med samma person har patienterna upplevt som mycket positivt. När läarkontinuiteten brustit har jag kunnat erbjuda ett kontinuerligt stöd för diabetikerna. Min erfarenhet är att man som sjuksköterska kan göra mycket för diabetespatienterna. De har ett stort behov av kunskap om sin sjukdom och behöver upprepade gånger information om många olika saker. Liksom alla patienter med en kronisk sjukdom som inverkar på den dagliga livsföringen behöver de mycket stöd och uppmuntran. Diabetes-sköterskan kan medverka till att dessa behov tillgodoses.

Författarpresentation

Ann-Christin Hellgren innehade när denna undersökning gjordes en tjänst som mottagningssköterska vid sjukstugan i Vilhelmina. Av tjänsten anslogs 20 timmar per vecka till hypertoni- och diabetesdispensärsverksamhet. För närvarande arbetar Ann-Christin Hellgren som distriktssköterska i Skellefteå sjukvårdsdistrikt.

Postadress: Heimdalls vårdcentral,
Köpmangatan 15, 931 31 Skellefteå.

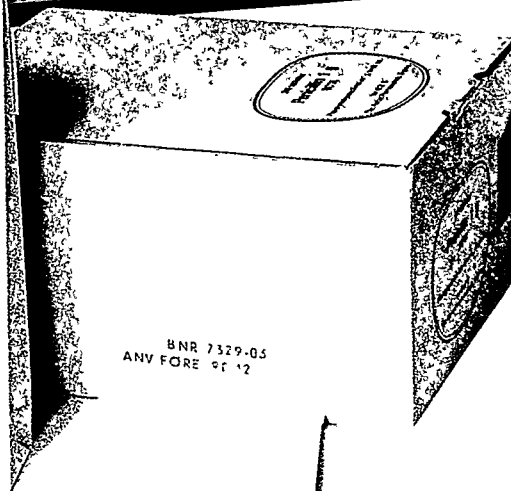


Foto: Herman Grönlund.

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



Förskärs ordskning för barn
200 mg Penicillin 1 g
BOTA, BOTA 1 g, BOTA 1 g



BNR 7329-05
ANV FÖRE 91 '12

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

Reagera, reflektera, red ut och rapportera – utveckling i primärvårdens vardagsarbete

HAMPUS VON POST

Primärvårdens verksamhetsområden utökas och förändras.

Allt fler patienter vårdas i hemmen. Verksamheter inom olika vård- och omsorgsinrättningar måste samordnas. Prioriteringsbeslut måste tas. Detta ställer krav på dokument som beskriver verksamheten. Vid Vilhelminas sjukstuga har man, med hjälp och handledning från Forskningsenheten i Vilhelmina vid Umeå universitet, bedrivit ett trettiotal projektarbeten sedan 1984 – en metod att utveckla primärvården. Utvecklingsprojekten genomförs av primärvårdspersonalen.

Projektformen ger klara problemavgränsningar och en struktur som möjliggör prioriteringar i verksamhetsbeslut. Erfarenheterna visar att utvecklingsarbete i form av projekt drivna av den egna vårdpersonalen kan ge goda resultat.

– Vi kommer att fortsätta reagera, reflektera, reda ut och rapportera i vardagsarbetet för att utveckla primärvården! säger man i Vilhelmina.

Nyckelord: Primärvård, utveckling, Vilhelmina.

Behov av dokumentation

Vid vårdcentraler arbetar många yrkeskategorier. Detta ställer krav på inbördes samarbete.

Allt fler diagnosgrupper skall i möjligaste mån behandlas i primärvården. Detta medför att patienter med komplexa problem inte längre behandlas vid "slutna" institutioner, utan i sin hemmiljö. Primärvården får allt fler arbetsuppgifter och befolkningen ställer krav på service. Allt detta medför behov av samarbete med andra samhällsinstitutioner och en ständigt fortgående utveckling av arbetet.

En kärvarare ekonomisk situation medför större krav på verksamhetsanalys som underlag för finansiella beslut. Verksamhetsbeskrivningar är också ett hjälpmedel för informationsutbyte mellan samhällets olika stöd- och vårdorganisationer.

Värdet och behovet av att de som



Ulla Albinsson, distriktssköterska
Solveig Sandin-Malmbo, distriktssköterska
Maud Andersson, basenhetsföreståndare
Ingrid Sehlberg, mottagningssköterska
Ella Forsgren-Stålnacke, distriktssköterska.



Eva Wilhelmsson
Arbeterapeut
(ref 5, 6, 7)



Margareta Larsson-Abrahamsson
Arbeterapeut
(ref 5, 6)

arbetar inom primärvården skriftligt dokumenterar sina erfarenheter, idéer och förslag, så att andra kan ta del av dem, ökar alltså ständigt.

Allt tillvarata resurser

Hos de flesta vårdarbetare dyker någon gång tankar och idéer upp om sådant som skulle kunna förändras och förbättras. Det blir stimulerande både för den egna personliga utvecklingen och för utvecklingen av den organisation man arbetar inom, när man kan uttrycka sina idéer skriftligt på ett sådant sätt, att andra kan tillgodogöra sig dem. Att stimulera medarbetare till att ge uttryck för sina tankar och idéer blir ett sätt att tillvarata resurserna inom organisationen.

Forskningsenheten i Vilhelmina har vid Vilhelmina sjukstuga sökt uppmuntra och stödja primärvårdsarbetarna till att göra verksamhetsbeskrivningar och att dokumentera såväl problem som idéer om vidareutveckling.

Lycksele sjukvårdsdistrikt, som Vilhelmina tillhör, har årligen avsatt cirka 100.000 kronor för utvecklingsarbete (budgetåret 1991/92 avsätts 300.000 kronor). De olika basenheterna inom distriktet kan med en enkel projektplan ansöka om medel från kontot.

Forskningsmetodik och handledning

Forskningsenheten i Vilhelmina tillhör högskoleorganisationen under Umeå universitet med uppdrag att utveckla utbildning och forskning speciellt med avseende på samverkan mellan socialtjänst och primärvård och angränsande områden i norra högskoleregionen. Från Forskningsenhetens sida har vi sett projektplaner och projektarbeten som lämpliga tillfällen att anknyta utbildning i forskningsmetodik och handledning till den praktiska verksamheten.

Vi försöker ge stöd åt dem som kommer med tankar och idéer om

verksamheten, så att de kan skriva ner dem. Vi försöker stimulera till att ta upp angelägna områden för utvecklingen på den egna arbetsplatsen. Detta sker ofta i samband med fortbildning eller kurser där uppsats- och projektarbeten ingår. Vi kan hjälpa till med struktureringen, så att idéer och problem beskrivs på ett tydligt sätt. Vi har hjälpt till att avgränsa projekten, så att det man sökt åstadkomma fått ett realistiskt syfte. Vid projektets avrapportering skall ju klart framgå i vilken utsträckning syftet uppnåtts.

Projektplaner

Forskningsenheten har vidare hjälpt till i arbetet att bestämma sig hur man skall göra för att nå sitt syfte och vad man behöver använda sig av för att åstadkomma det. Tillsammans med en plan över när de olika delarna i projektet skall genomföras och vara klarar har problemställning, syfte, metod och material dokumenterats i en projektplan för varje projekt. Dessa projektplaner har legat till grund för de ansökningar om medel som gjorts och sedan fungerat som styrdokument vid projektens genomförande.

Utvecklingsarbetena har oftast sin upprinnelse i något problem med, eller någon idé om, hur vården och servicen skulle kunna förbättras. Förändringar i rutiner på en arbetsplats möts nästan alltid av motstånd från något håll. En fördel med att ta upp problemen eller idéerna i projektform är att de blir "offentliga" och kan diskuteras på ett tidigt stadium. Den skriftliga projektplanen kan förhindra oroande ryktesspridning. Den klargör projektets inriktning och avgränsning. Den visar oftast också vilka personer som skall arbeta med projektet och dessa kan då få kompletterande synpunkter – ofta vid samtal under luncher och på raster i arbetet.

Samarbete med akademiker

– Hur har då utvecklingsarbetena i samarbete med Forskningsenhetens akademiker fungerat? frågar vi Maud Andersson, basenhetschef vid Vilhelmina sjukstuga. Hon har deltagit i processen att införa utvecklingsprojekt i normal primärvårdsvardag. Sedan 1984 har vårdarbetarna (alla yrkesgrupper) vid sjukstugan genomfört ett trettiotal utvecklingsarbeten med hjälp och handledning från Forskningsenheten (1).

– Arbete med utvecklingsprojekt börjar nu bli rutin för många inom primärvården i Vilhelmina, men så har det inte varit hela tiden, berättar hon. I början var det problem med akademikerens fackspråk. Vi upplevde det som en blockering – att vi talade förbi varandra. Frågor som inte är direkt påtagliga eller kan åtgärdas inom en

nära framtid har inte lika lätt att väcka engagemang hos personalen.

– Vi anser fortfarande att de som möter problemen i sitt vardagliga arbete är de som bäst kan ta itu med dem, men vi har lärt oss att den vetenskapliga metodiken är ett bra hjälpmedel, för att kunna beskriva och analysera problemen på ett fruktbart sätt. "Forskar-rädsan" och "dataskräcken" har släppt.

– Ett exempel på detta är följande. Distriktssköterskorna upplevde att det fanns många hälsoproblem med barn. Jag såg då Forskningsenheten som en resurs att hjälpa oss inventera, hur det står till med barnens hälsoproblem i Vilhelmina. I samarbetet upptäckte vi, att vi kunde tala samma språk med akademikerna som med varandra. Vi inriktade oss på att börja samarbeta med olika projekt – under förutsättning att det inte resulterade i rapporter som bara blev hyllvärmare (2). Projektrapporterna har använts inte bara som planeringsunderlag, utan även i utbildningssammanhang.

Motivationsarbete

Ett stort arbete lades ner på att motivera personalen till att börja arbeta i projektform med verksamhetsbeskrivningar och analyser samt utvecklingsförslag.

När läkarsekreterare (3), mottagningssköterskor (4) och distriktsarbetsterapeuter (5) väl gjort sina första projektarbeten, började det stå klart också för alla andra, att de skulle kunna genomföra liknande arbeten. Det behövde inte vara så invecklat. Egentligen handlar det ofta om de enkla frågeställningarna: Vad är gålet? Vad skall vi göra åt det?

Man började också upptäcka fördelarna med att lägga upp sina analyser och utvecklingsförslag i form av projekt. När en undersköterska och en sjuksköterska på vårdavdelningen ville göra en utredning om verksamheten där, blev den första reaktionen: "Vad skall det tjäna till?" När sedan projektet väl kom igång och resultatet presenterades, blev det väl mottaget: "Nu fanns det på pränt, det alla gått omkring och tänkt." När sedan några ville genomföra ett projekt om gruppvård, blev reaktionen positiv hos de övriga på vårdavdelningarna.

Resurstilldelning

Utvecklingsarbetena har också visat sig vara till stor nytta i relationerna till våra uppdragsgivare. De rapporter som arbetena resulterat i har ofta varit det som givit tyngd åt våra ansökningar om resurser. Vi har kunnat visa påtagliga fakta i väl dokumenterade underlag. Här följer några exempel på detta.

Praktiska exempel

Dagsjukvård infördes vid sjukstugan som resultat av en serie projekt genomförda av distriktsarbetsterapeuterna (5,6). Ett av de första projekten i samarbete med Forskningsenheten var en inventering av behovet av dagsjukvård. Resultatet presenterades av arbetsterapeuterna i en skriftlig rapport och i en muntlig föredragning för sjukvårdspolitiker. Dessa tyckte att det förslag till dagsjukvård som föreslogs var alltför omfattande och önskade en kompletterande utredning med skärpta prioriteringskrav. Arbetsterapeuterna gjorde denna utredning som ett nytt projekt och medel för en försöksverksamhet anslogs. Även försöksverksamheten och dess utvärdering lades upp i projektform.

Kvällspatrull i primärvården har införts på försök som ett resultat av ett projekt (7), vars syfte var att undersöka de lokala förutsättningarna för sådan verksamhet. Att det varit primärvårdens egen personal som genomfört undersökningen har underlättat både beslutsprocessen och starten av denna nya verksamhet, då det inneburit att förslaget varit förankrat i "förutsättningar som gäller här och nu".

Arbetsmiljöutredningar har genomförts av olika yrkesgrupper (8,9). Statistik över personalomsättning på grund av förslitningsskador presenterades för politikerna i sjukvårdsdirektionen. Projektering av upprustning och utbyggnad av sjukstugans lokaler för cirka 21 miljoner kronor påbörjades hösten 1990.

Vi hade knappast kunnat utveckla vården på det sätt vi önskat, om vi inte arbetat med dessa utvecklingsprojekt. Politikerna fäster tilltro till och avseende vid personalens redovisningar, då de arbetats fram och presenterats på ett sakligt sätt. Politikerna har kunnat ställa frågor om projekten och verksamheten och få dem besvarade.

Trots att rekryteringsproblem försvårat möjligheterna att få ersättare för dem som arbetar med utvecklingsarbeten, har vi ändå delvis prioriterat dessa projekt. De har för personalen fungerat som stimulans att få "tänja på" sin egen förmåga och lett fram till att man nu ganska självständigt kan driva projekt.

Vårdcentralen befinner sig i vårdssamhällets gränsland. Viss handledning och service kan vi få i Lycksele (120 km från Vilhelmina) där sjukvårdsdistriktets administration finns, men närheten till Forskningsenheten är ändå högt värderad.

Samarbete med kommunen
Speciellt två projekt har varit stimulerande för samverkan mellan primärkommun och primärvård: dagrehab-verksamheten (dagsjukvård) och kvällspatrullerna. I dagrehab-verksamheten har kommunen stått för patienternas resekostnader och landstinget bekostat tjänsterna. Arbetet i kvällspatrullerna har gett sjukvårdspersonalen, främst långvårdens undersköterskor, inblick i både levnadsförhållandena "på hemmaplan" för kommunens invånare/patienter och arbetsförhållandena för kommunens socialtjänstpersonal. Detta möjliggör utbytestjänstgöring mellan primärvård och hemtjänst och en bättre förståelse för förutsättningarna för vård i hemmet.

Framtida projekt
Projekt som vi gärna vill komma igång med inom den närmaste framtiden handlar dels om samarbetet kring äldreården inom kommunen utifrån Äldrelegationens förslag, dels en

uppföljning av hur intentionerna i den genomgripande organisationsförändringen, den så kallade HSLO-reformen, slagit igenom lokalt. Har vårdpersonalen blivit mer delaktig i information och beslut om verksamheten eller har det stannat på avdelningschefsnivå?
Vi kommer att fortsätta reagera, reflektera, reda ut och rapportera i vardagsarbetet för att utveckla primärvården i Vilhelmina!

Referenser

1. Rapport över utvecklingsarbetet vid Vilhelmina sjukstuga. Vilhelmina primärvårdsområde och Forskningsenheten i Vilhelmina, oktober 1989.
2. Andersson M, Mattson A, von Post H. Hälsan hos barn 0-14 år i Vilhelmina. Forskningsenheten i Vilhelmina, 1987.
3. Wikström S, Flygare-Sånglöf E. Diagnos- och problempanorama samt åtgärdsmonster vid Vilhelmina sjukstuga. Forskningsenheten i Vilhelmina, 1987.
4. Sehlberg I, Westlund L. En studie över mottagningssköterskornas arbetssitua-

tion i en glesbygdskommun. Forskningsenheten i Vilhelmina, 1984.

5. Larsson-Abrahamsson M, Wilhelmsson E. Dagsjukvård vid Vilhelmina sjukstuga. Forskningsenheten i Vilhelmina, 1985.
6. Abrahamsson M, Wilhelmsson E. Utvärdering av dagsjukvård i Vilhelmina sjukstuga. Forskningsenheten i Vilhelmina, 1989.
7. Forsgren-Stålnacke E, Albinsson U, Wilhelmsson E. Hemsjukvård med kvälls- och nattpatruller. Forskningsenheten i Vilhelmina, 1987.
8. Hellgren A-C, Sandin-Malmbo S. Arbetsmiljö i glesbygd - läkarmottagningen. Forskningsenheten i Vilhelmina, 1989.
9. Jonsson C, Kopparmalms-Lindberg K. Arbetsmiljö i glesbygd - vårdavdelningarna. Forskningsenheten i Vilhelmina, 1989.

Författarpresentation

Hampus von Post, fil mag, Forskningsenheten i Vilhelmina.
Postadress: Box 122, 912 00 Vilhelmina.

Erfarenheter från Israel

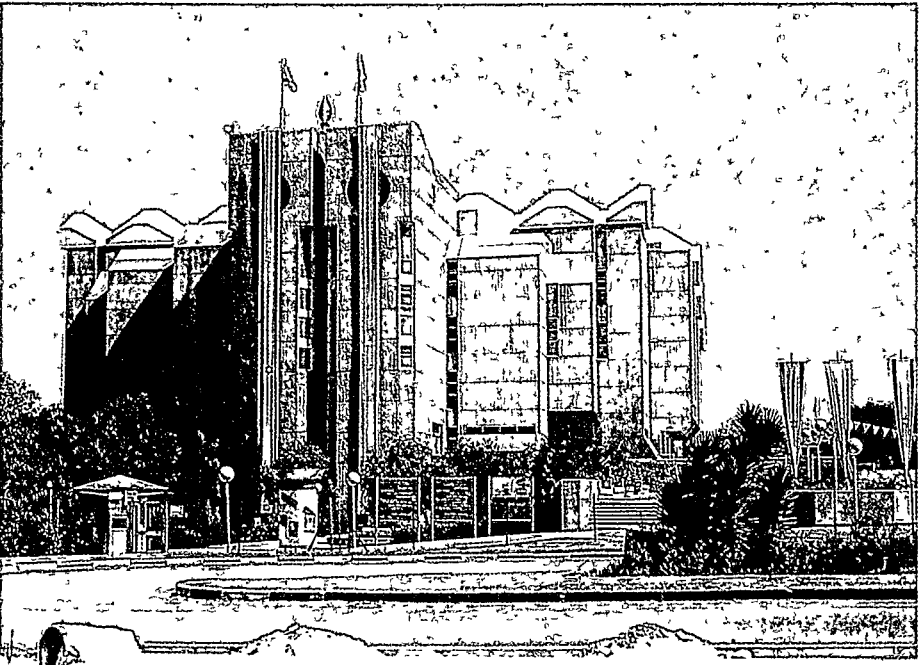
GUNNEL M JÖNSSON

Från ett studiebesök i Israel förmedlas intryck från såväl högskola som primärvård. Medicinska fakulteten vid universitetet i Beer-Sheva är en av idégivarna till problembaserad inlärning. Ögonblicksbilder från tre olika typer av vårdcentraler visar den verklighet man sedan har att arbeta med.

Nyckelord: Primärvård, översiktsartiklar, Israel.

För något år sedan hade jag förmånen att få studera primärvården i Beer-Sheva, Israel. Genom mycket vänligt tillmötesgående från dr Ilana Belmaker, district health officer (motsvarar någorlunda vår tidigare länsläkare) fick jag kontakt med aktivt arbetande kollegor i sjukvård, forskning och utbildning och på så sätt också en god inblick i primärvården. I denna artikel vill jag delge mina intryck från tre olika vårdcentraler i detta område. Den första bland beduiner, den andra i ökenstaden Dimona och den tredje en mönsterstation i själva Beer-Sheva.

Beer-Sheva
Staden Beer-Sheva ligger i södra Israel, i utkanten av ökenområdet Negev. Det är en modern universitetsstad med 120.000 invånare av blandat ursprung, många är invandrare från nordafrika, Etiopien, Östeuropa och



Universitetet i Beer-Sheva.

USA. Förutom den bofasta befolkningen finns här också nomadiserande beduiner. Då staten Israel bildades 1948 hade staden 3.000 invånare. På 1960-talet hade befolkningen vuxit till cirka 80.000, varav 3 procent var över 65 år. Idag ligger andelen över 65 år på 8-10 procent. Universitetets medicinska utbildning är känd världen över och har bland annat inspirerat läkarutbildningen i Linköping. Sjukhuset byggdes 1960 och universitetet 1969.

Föregångsort för läkarutbildning
För många som arbetar med medicinsk undervisning har universitetet i Beer-Sheva varit en inspirationskälla. Ett antal lärosäten världen över söker förändra sin utbildning i liknande riktning. Dr Benoer, vice dekanus vid medicinska fakulteten, framhöll för Sveriges del Linköpings utbildning som ett mycket bra exempel och visste att Karolinska institutet har intentioner i samma riktning.



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

LOHR & DB



Kabi Pharmacia

Kabi Pharmacia Sverige AB
Telefon 08-695 80 00

Under läkarutbildningens första år betonas kommunikationsundervisning och beteendevetare deltar som lärare. Den kliniska kontakten och undervisningen sker i ämnen som pediatrik, geriatrik och obstetrik. Man lägger in besök bland annat vid förlossningsavdelning, mödra- och barnavårdscentral, daghem och skola, så att studenterna får kontakt med och kan följa patienterna på deras väg in i sjukvården. Man lär sig intervjua och iakttä olik familjemedlemmar och deras relationer med myndigheter och med varandra. Under första året görs också ett par videoinspelningar. Praktiken kompletteras med teoretisk undervisning i prekliniska ämnen som allmän kemi, biokemi och första hjälpen. Studenterna får också teoretisk undervisning i beteendevetenskap och observationsskicklighet.

Under andra året närmar man sig patienten via undervisning i kroppslig undersökningsteknik. Man avverkar också några stora undervisningsblock i psykiatri, näringslära, vissa sjukdomars naturalförlopp, infektionssjukdomar och studier kring cancer, död och döende. I näringsläran utvärderar och bedömer man näringsstatus och patienters compliance till dietregimer. Man lär sig bedöma etniska, kulturella och sociologiska faktorer och tillämpar den biokemi man kan.

Under tredje året sker undervisningen med ett så kallat integrerat kroppssystem. Om vi tar bröstkorgen som modell, så får man två veckors undervisning i anatomi, fem veckor kardiovaskulära sjukdomar och fyra veckor respiratoriska sjukdomar. Dessutom tillkommer patologi, epidemiologi och näringslära.

Efter tredje året sker en alltmer teoretisk utbildning med den praktiska tjänstgöringen förlagd till sjukhusets avdelningar.

Vårdcentral bland beduiner

En måndag morgon åkte jag tillsammans med professor Belmaker till The Beduin Clinic. Efter cirka två mils körning kom vi till en by, som bestod av såväl bofasta som nomadiserande beduiner. Vi kom dit i god tid och kliniken var fortfarande stängd, men patienterna hade redan samlats sittande i långa köer. Mest var det kvinnor och barn. Kvinnorna dolde sig bakom långa kjolar och sjalar. Några var modernt klädda, men de flesta bar vackra, färgglatt traditionella dräkter. Någon enstaka fundamentalistisk muslim med vit huvudduk och brun klänning fanns också.

Professor Belmaker skulle börja dagen med fortbildning för läkarna. Vi blev så småningom insläppta och kollegorna samlades i ett enkelt rum och låste dörren om sig, för att inte bli störda i undervisningen. Föredraget

var på hebreiska, så jag förstod inte mycket mer än att det handlade om "tranquillizers". Efteråt följde frågor och diskussion. Därefter fick jag följa en arabisk allmänläkare i hand arbete.

Enkla mottagningsrum, handskrivna journaler

Läkarens arbetsrum var enkelt möblerat med ett skrivbord, en brits och en bokhylla. Han skrev själv sina journaler för hand. Till sin hjälp hade han en sjuksköterska, som sorterade patienterna, själv tog hand om somliga samt tog de blodprov och urinprov som ordinerades. Sköterskan ansvarade för två sådana läkarmottagningar.

Den första patienten var en 50-årig man med parathionförgiftning. Han hade haft diarré hela natten, men var inte särskilt allmänpåverkad. Blodtryck och puls var normala, så något Atropin behövde inte ges. Läkaren satte venflon och sköterskan kopplade dropp, medan ambulansen tillkallades. Läkaren hann också ringa till Haifa, där en giftinformationscentral finns. Det hela gick mycket effektivt och rationellt tillväga och ambulanspersonalen var snart på plats för vidare transport in till sjukhuset i Beer-Sheva. Förgiftning med parathion är inte så ovanligt i detta område, där lantbrukarna själva sköter bekämpningen av sina jordbruksprodukter.

Efter detta för mig något ovanliga fall, tog de vanliga infektionerna vid. Några unga kvinnliga patienter kom säkert också för att få träffa den trevliga manlige doktorn. Ett enstaka sjukskrivningsärende dök upp. Läkaren var tveksam till att förlänga intyget. Bakom sjukskrivningen fanns sociala problem. Kuratorn tillkallades och fick ta över patienten.

Ett annat socialt problem visade sig, när en kvinna med barn kom och klagade över värk i hela kroppen. Hon var andra hustru till en man som nu övergivit henne för en tredje kvinna. Hon tvingades till arbete, eftersom hon inte fick ekonomiskt stöd från sin man, och denna situation hade hon svårt att orka med.



Medicinsk utbildningsbyggnad.

Korta, ofta återkommande konsultationer

Konsultationerna var korta, cirka 5–10 minuter, och man tog ett minimum av prover. Sköterskan som planlade mottagningen var effektiv och hade ett gott och nära samarbete med läkarna. Här fanns ett rikligt antal infektioner, framför allt otiter. Mest användes bredspektrumantibiotika, men även penicillininjektioner, för att man ville vara säker på att medicinen kom till användning. Besöken var avgiftsfria och frekventa. Man räknade med cirka tolv besök per invånare och år.

Öppet hus

Kliniken ansvarade för cirka 20.000 människor och bemannades av fyra allmänläkare, som arbetade mellan klockan 8 och 15 utan någon längre paus. Några tidsbeställda besök fanns inte, utan man arbetade enbart med öppet hus. Vid 15-tiden gick läkarna och de patienter som då inte hunnit komma in fick komma igen nästa morgon. Förutom de fyra läkarna fanns två sjuksköterskor, en kurator, en hälsoupplysare och en sekreterare. Den sistnämnda skrev alltså inga journaler, utan höll ordning på dem och plockade fram dem när patienten kom. Kliniken hade också en barnläkarmottagning.

Kurator

Kuratorn var själv beduin från platsen. Han försökte undvika att behandla personer från sin egen stam. Ett problem som framfördes var månggifte, som egentligen inte var tillåtet. Kuratorn arbetade nära läkaren och tog en del patienter från dennes mottagning, men hade även egen mottagning.

Hälsoupplysare

På kliniken fanns varje dag en Health educationer. Hennes uppgift var att ge hälsoupplysning till patienterna redan i väntrummet. Hon kunde gå direkt till en patient med diarré och informera om mat och hygien. Hon kunde också samla en grupp mödrar med barn och ge kostinformation medan de väntade på sin tur till doktorn.

Barnmottagning

Varje dag kom en barnläkare ut från sjukhuset i Beer-Sheva och hade full mottagning. Oftast var det diarrésjuka barn som behövde dropp och vidare transport in till sjukhuset, men man hade också några barnsängar för dag-sjukvård. På så sätt kunde även svårt sjuka barn bo kvar i hemmet.



Doktor Belmaker, district health officer i Negev.

Vårdcentral i ökenstad

Dimona ligger fyra mil sydost om Beer-Sheva. Staden byggdes upp i samband med immigrationen i början av 1950-talet. Befolkningen på 27.000 invånare är fattig. De flesta härstammar från Nordafrika och Asien. På 1950-talet ville staten sprida immigranter över landet utan direkt tanke på arbetsmöjligheter. Idag är arbetslösheten här stor med tillhörande sociala problem. Det finns relativt gott om läkare, men deras utbildning är ålderstigen och inte av västerländsk kvalitet. För att höja den medicinska kvaliteten tjänstgör läkare från sjukhuset i Beer-Sheva några dagar per vecka på vårdcentralen.

Vårdcentralen låg mitt i ett grått bostadsområde. Sjuksköterskan sorterade patienter och tog ordinerade prover, som dagligen sändes in till universitetssjukhuset för analys. Läkarexpeditionerna var som på beduinkliniken enkelt utrustade med skrivbord, brits och bokhylla.

Tidsbeställda och akuta besök samtidigt

Vid mitt besök följde jag en läkare från medicinkliniken, som försökte ha tidsbeställd mottagning med en patient var tionde minut. Verkligheten blev dock ofta annorlunda med flera avbrott mellan de tidsbeställda besöken. Centralen hade nämligen samtidigt öppet hus mellan klockan 8 och 15.

Kaos rådde då vi kom på morgonen. En läkare hade uteblivit, en annan hade kommit och gått igen. Många patienter väntade otåligt. För att få arbeta ostört, låste dr Baham sin mottagningsdörr, detta för att inte nästa patient skulle rycka upp den.

Som medicinkonsult fick dr Baham komplicerade fall, exempelvis en kvinna med gammal tbc, essentiell tremor och genomgången koronaröverspänning. Hon var nyligen opererad för struma och stod på Levaxin och cortison. Den senare medicinen hade hon själv nyligen seponerat. Hon sökte nu

för besvärlig huvudvärk och hade träffat cirka tio olika läkare från Jerusalem till Dimona.

Under konsultationen ryckte det i dörren, telefonen ringde och sjuksköterskan ville ha råd.

Som svensk glesbygd

Problemen i detta område kände jag igen mig från min egen tid i svensk glesbygd med ständigt nya vikarier på vakanta tjänster. Fortfarande saknas såväl hos oss som i Dimona alltför många välutbildade allmänläkare, som kan få befintliga vårdcentraler att fungera optimalt.

Vårdcentral för utbildning

Till sist besöktes en vårdcentral i ett av Beer-Shevas ytterområden. Här var väntrummet litet, men det fanns inte behov av större, eftersom få patienter satt och väntade. Alla läkare hade tidsbeställd mottagning, även för akutbesök. I samma byggnad fanns ett apotek, som verkade välsorterat. Chef för vårdcentralen var dr Schwarzman, som dessutom är "Chairman of family doctors department", vilket medför att vårdcentralen är något av en mönsterstation. Läkarexpeditionerna hade samma utförande som de tidigare beskrivna. Journaler skrev läkarna själva, men önskade en sekreterare som kunde hålla ordning på dem. Även här sorterade sköterskan akutfall och skötte provtagning.

Ett fem dagar gammalt barn kom akut med oroliga föräldrar, som uppfattade barnet som gult. Läkaren undersökte barnet medan dörren till väntrummet stod öppen, så nyfikna tittade in för att ge sin bedömning av barnets färg. Bedömning och åtgärd: ej gul, expectans. Ett större barn med feber sedan tre dagar undersöktes och bedömdes som trolig viros. Åtgärd: expectans. En ung kvinna med nedre buksmärtor, palpationsöm och släppöm, afebril. Urin-test: utan anmärkning. Bedömning: extra uteringraviditet? salpingit? Åtgärd: remiss till sjukhuset.

Inget kallelsesystem

Besöken var tidsplanerade men även här snabba, cirka tio minuter per patient. Trots att man inte hade något kallelsesystem fanns inga problem med återbesöksstider. Vanliga kontaktsaker var infektioner som otiter och tonsilliter. Man gav tio dagars antibiotikabehandling och använde oftast amoxicillin till otiter, men även cefalosporin, trimetoprim-sulfa och erytromycin. Penicillin-V var mindre vanligt.

Större läkartäthet på undervisningscentral

Vårdcentralens upptagningsområde bestod av cirka 5.000 invånare och be-

mannades av fyra allmänläkare. I landet som helhet räknar man normalt med ett behov av en allmänläkare per 1.800 invånare, men här hade man alltså färre (cirka 1.200 per doktor) eftersom man fungerar som utbildningsklinik för såväl sköterskor som läkare. Unikt för denna vårdcentral var också att man hade integrerad BVC och att den sköttes av vårdcentralens läkare. På samma sätt hade man ansvar för områdets äldre. Det vanliga är annars att geriatriker från sjukhusen följer upp sina patienter efter en sjukhusvistelse och avgör fortsatt vårdnivå. Vid denna vårdcentral tog allmänläkarna själva detta ansvar inom sitt område. Däremot hade man inte ansvar för institutioner som ålderdomshem och sjukhem, som ofta sköts av privatläkare.

Läkare i tvåskift

Vårdcentralen var öppen mellan klockan 8 och 19, två läkare arbetade 8–15 och de övriga två 12–19. Mellan klockan 13–14.30 hade man daglig staffmeeting. Då åt man sin lunch och hade samtidigt någon form av fortbildning eller läkemedelsinformation. Önskemål för framtiden var, förutom en sekreterare, möjlighet att ta över områdets sjukvårdsansvar även nattetid. Målsättningen var att få ta ansvar för sina invånare under hela livet, hela dygnet.

Speciella mödra/barnvårdscentraler

De vårdcentraler som här beskrivits visar endast glimtvis organisationen för mödra- och barnhälsovården. Vid endast en av vårdcentralerna fanns integrerad BVC. Den vanliga modellen är att mödra- och barnhälsovården sköts vid speciella centraler. Dessa förestås av sjuksköterskor, som till sin hjälp har gynekolog och pediater. För att ge en inblick i de olika förutsättningar som kan råda, visas en jämförelse mellan en central i innerstaden och en central i ett ytterområde för närboende beduiner (Tabell I).

Sjuksköterskan gör mycket noggranna utvecklingstester vid 3, 6, 9, 10, 12 och 18 månaders ålder samt vid 2, 3 respektive 4 år. Vid cirka 2,5 års ålder görs ett kommunikationstest och vid 4 år ett taltest.

Bestående intryck

Det bestående intrycket från besöken på de olika vårdcentralerna var, att man med små medel kunde bedriva en effektiv sjukvård för rikt varierande sjukdomstillstånd. Men med tanke på den fina utbildning man får på universitetet vad gäller patientkontakt, borde det vara frustrerande att inte ha mer tid för patienterna. På den korta konsultationstiden fanns små möjligheter att penetrera familjeförhållanden och sociala miljöer. För att tillgo-

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

Katalogtext

ALFADIL B. 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 verksamma 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 plasmakoncentration 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/total kolesterol även vid långtidsbehandling. Inga negativa metaboliska effekter har visats. Indikationer. Hypertoni. ALFADIL tabletter kan användas som monoterapi eller i kombination med en tiazid 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. Tills ytterligare erfarenhet erhållits bör patienter med nedsatt leverfunktion kontrolleras noggrant. Graviditet. Kategori B3. Se speciellt avsnitt märkning. 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). Tills ytterligare erfarenheter föreligger bör ALFADIL ej ges under graviditet annat än efter särskilt övervägande. Amning. Grupp IV. Uppgift saknas om doxazosin passerar över i modersmjölk. Biverkningar. Förekommande biverkningar härtör 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, ödem. CNS: Huvudvärk, muskelkramper. GI: Förstoppning, dyspepsi. Lufsvägar: Andnöd, nästäppa. Psyk.: Fördörd ejakulation, apati. Urinvägar: Täta trängningar, ökad urinutsondring. Ögon: Ackommodationsstörningar. Mindre vanliga. Allmänna: Ansikts/generellt ödem, synkope, ansiktsrodnad, feber/frossbrytningar, blekhet. Cirk.: Postural hypotension, arytm, perifer ischemi, angina pectoris. CNS: Darrningar, muskelstelhet. GI: Anorexi, aptitökning. Hud: Alopeci. Lufsvägar: Nasblod, bronkospasm, hosta, faryngit. Metabol.: Torst, hypokalemi, gikt. Muskuloskel.: Muskelsmärter, ledsvullnad/ledvärk, muskelsvaghet. Neural.: Smakförändringar. Psyk.: Mardrömmar, minnesförlust, känslolabilitet. Urinvägar: Inkontinens, urineringsstörningar, dysuri. Ögon: Onormalt tårflöde, fotofobi. Öron: Susningar. Sällsynta (<1/1000). Cirk.: Cerebrovaskulär störning. Metabol.: Hypoglykemi. Lufsvägar: Struphuvudsödem. Dosering. ALFADIL tabletter ges en gång dagligen. Initialdosen är 1 mg. Dosen kan beroende på terapisarv 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, prägling CN-1, Pfizersymbol). 28 st (dagmärkt, tryckpack). 133:00. 98 st (dagmärkt, tryckpack) 420:00. Tabletter 2 mg (vita, avlånga, våvda med skåra, prägling CN-2, Pfizersymbol). 98 st (dagmärkt, tryckpack) 483:00. 100 st (glas) 492:50. Tabletter 4 mg (vita, rombiska, prägling CN-4, Pfizersymbol). 98 st (dagmärkt, tryckpack). 612:80. 100 st (glas), 625:00. Apotekets utförsäljningspris feb. 1991.

AlfadiL
(doxazosin)



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

Tabell I. Två mödra/barnavårdscentraler i Beer-Sheva.

	Innerstads-central	Beduin-central
Antal sjuksköterskor	3	3
Hembesök	ja	nej
Antal familjer	1160	1300
Antal nya graviditeter/år	190	440
Antal barn <1 år	300	400
Antal barn 1-5 år	1280	1530

dose även denna del av patientens behov, hade man på de flesta vårdcentraler valt att anlita kurator och hälsoupplysare. Samarbetet tycktes flyta fint mellan de olika yrkeskategorierna utan alltför mycket byråkratiska former med remisser inom vårdcentralen.

Författarpresentation

Gunnel M Jönsson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, Kvarngatan 21, 244 31 Kävlinge.

LB 06598

Det medicinska seendets arkeologi

BODIL PERSSON

Presentation av Karin Johannisson's bok "Medicinens öga"

Karin Johannisson vill i sin bok "Medicinens öga" placera sjukdomen och medicinen i dess samhälleliga och kulturella sammanhang. Hon tar historien till hjälp och söker medvetet ett "underifrånperspektiv". Hennes ambition är att granska det komplicerade samspelet mellan behov, kunskap, värderingar och maktanspråk, som lett till framväxten av dagens medicinska system i västerlandet. Vi har tidigare recenserat hennes bok i AllmänMedicin 2/91, men tycker den är väl värd en bredare presentation. Bodil Persson ger oss här en sådan och placerar samtidigt boken i dess idémässiga sammanhang.

Nyckelord: Medicinhistoria, medicinsk sociologi, sjukdomar, recensioner.

Michel Foucault (1926-1984) var vid sin död den bäst kände och förmodligen mest inflytelserike bland franska intellektuella (1). Han har skrivit ett flertal betydelsefulla böcker, varav en del är översatta till svenska. "Vansinnets historia", hans doktorsavhandling, behandlar psykiatriens utveckling. "La naissance de la clinique" (klinikkens födelse) handlar om medicinens historia och om hur de vetenskapliga och kliniska former som vi idag är vana vid och betraktar som så självklara har vuxit fram. Den har undertiteln "Det medicinska seendets arkeologi". I "Övervakning och straff" granskar han övergången från kroppsstraff till fängelsestraff under 1800-talet. Vid sin död arbetade han på ett större verk om "Sexualitetens historia".

Foucault var ideologikritiker. Han hade en pessimistisk syn på vetenskapen, vilken enligt honom hade gått i förbund med makten. Som en röd tråd i hans författarskap går kampen mot "normalitetens" maktanspråk. Han hade också viljan att avslöja de dolda ideologier, vilka enligt honom låg bakom många för oss välkända företeelser såsom skolan, militärlivet, sjukhusen, fängelserna. Centrala begrepp i Foucaults dolda strukturer var "övervakning", "examinering", "avskiljande", "disciplinering", "normalisering".

Foucaults inflytande sträcker sig långt utanför Frankrikes gränser. Hans perspektiv har i Sverige kommit till användning vid ett flertal pågående och avslutade studier av exempelvis skolväsendets framväxt, danandet av dugliga soldater och behandlingen av samhällets marginella grupper såsom lösdrivare, prostituerade och vanartiga barn.

Medicinens öga

Karin Johannisson, lärdomshistoriker med medicinhistorisk inriktning, är i sin senaste bok "Medicinens öga" starkt influerad av denna vetenskaps-tradition. Det avslöjas redan i bokens titel, vilken är klart besläktad med undertiteln på Foucaults "La naissance de la Clinique".

Boken är en samling av sju artiklar, tidigare publicerade på annat håll i identisk eller lätt modifierad form - några av dem i Läkartidningen. Författaren vill i dessa artiklar sätta in sjukdomen och det medicinska systemet i sitt samhälleliga och kulturella sammanhang. Hon ser medicinen inflett i ett komplicerat samspel mellan kunskap, behov, värderingar och maktanspråk. Hon anger klart, att hennes avsikt inte är att vara konspiratorisk. Däremot vill hon gärna "demonstrera" det medicinska systemet. Hon vill betrakta detta ur ett "underifrånperspektiv", genom den vanliga

människans ögon. Läkarna ser hon som mer eller mindre medvetna och villiga maktutövare. De är också offer för strukturerna precis som de patienter de behandlar. (Det gäller för den delen också lärarna och prästerna, fängvaktarna, officerarna och poliserna, var och en inom sitt område. Min anm.)

Författaren frågar sig: Vad är det som har styrt bilden av vad som är sjukt och friskt? Är det de individuella lidandena? Läkarvetenskapens behov av att identifiera och namnge olika sjukdomsupplevelser? Övermodiga vetenskapliga teorier och utopier? Terapeutisk vilshenhet och behovet av funktionella diagnoser? Varför medicaliseras livsvärldens fenomen? Och vad har rädslan för de smittosamma sjukdomarna betytt?

I de olika artiklarna tar författaren upp en rad problemområden med aktualitet även idag. Vi lär av historien, brukar det ju heta. Den ger ingen slutgiltig facit, men den kan hjälpa oss att se dagens utveckling med nya ögon, att få perspektiv bakåt på många av de problem som vi läkare av idag möter och brottas med.

Medicinhistoria idag

Den första artikeln i samlingen har titeln "På spaning efter historiens sjuka. Medicinhistoria idag." I denna ger författaren sin medicinhistoriska programförklaring. Hon urskiljer tre huvudlinjer inom ämnet medicinhistoria.

Den första är den traditionella. Det är läkarnas och den medicinska vetenskapens historia. Den är framåtpekan- de. Den utgår från att medicinsk kunskap kan definieras på samma sätt igår som idag och att den är oberoende av det samhälle i vilket den verkar. Den handlar om de stora männen inom vetenskapen och deras stora upptäckter. Den skrivs oftast av läkarna själva.

Den andra är den socialmedicinska. Det är medicinhistoria "underifrån"

ur patienternas perspektiv. Den har stöd i antropologi, historisk demografi och fransk mentalitetshistoria. Den skrivs främst av historiker och sociologer.

Den tredje slutligen är den kritiska med namn som Michel Foucault, Ivan Illich och Thomas McKeown. Det sägs inte i klartext i artikeln, men det är tydligt att Karin Johannissons bok kan sorteras in under denna grupp.

I nästa artikel tar författaren upp den centrala frågan: Varför tillhandahåller samhället över huvud taget en offentlig sjukvård? Frågan är nog så tänkvärd. Motiveringarna har under tidernas gång skiftat. Alla har de befunnit sig långt från "den barmhärtige samariten". Det har handlat om statens styrka, människan som en ekonomisk resurs, social kontroll, en frisk och stark arbetarstam osv.

Folkhälsotanken

Författaren behandlar också folkhälsobegreppet och våra "livsstilssjukdomar". Samhället har krav på oss! Individens RÄTT till vård ställs mot medborgarens PLIKT att låta sig vårdas.

Folkhälsotanken bygger enligt författaren på en utopisk bild av människan, en bild där hälsofarliga livsstilar beror på otillräcklig kunskap. Man föreställer sig att människor tar eget ansvar för sin hälsa, slutar röka och dricka sprit, bara de ges tillräckligt med hälsouppllysning. Men så enkelt är det inte ...

Nej, folkhälsa är ett laddat begrepp. Det kan förknippas med disciplin, askes och myndighetsutövning. Många kommer med pekpinna – politikerna som ser till kostnaderna, läkarna som malar ut riskerna och omgivningen som moraliserar.

Medicin och politik

Att medicinen har en politisk dimension exemplifieras i nästa artikel, vilken behandlar franska revolutionens och 1848 års revolutionära medicin. Författaren ger en fascinerande skildring av franska revolutionens utopiska drömmar. De politiska förändringarna förväntades leda till ett bättre samhälle, där sjukdom inte fanns. Det ledde till att sjukhusen betraktades som överflödiga och stängdes. Den medicinska kunskapen skulle demokratiseras och alla yrken vara lika värda. Vem som helst fick lov att skaffa sig läkarlicens och den medicinska utbildningen avskaffades. För att fördela resurserna jämnt skulle slutligen staten ta över ansvaret för sjukvården.

Hur det gick? Katastrof och kaos. Sjukhusen öppnades ånyo och läkarutbildningen återupptogs, dock i nya former. Den moderna medicinen med sin tyngdpunkt på kliniken föddes vid denna tid. Läkarkåren gick starkt ur tidens omvälvningar.

I Tyskland 1848 riktades focus mot den fattiga tyfusdrabbade befolkningen och dess eländiga levnadsvillkor. Den unge radikale Rudolf Virchow såg som enda utväg ut ur eländet demokrati för folket. Han frågade också vems intresse läkarna skulle tjäna – folkets eller statens? Inom dåtidens medicin var detta hett politiskt sprängstoff.

Kultursjukdomar

Författaren kommer så in på kultursjukdomarna runt sekelskiftet 1900. Hon menar att begreppet sjukdom är relativt. Det växlar i tid och rum. De sjukdomar ett samhälle håller sig med säger mycket om samhället självt, dess värderingar och normer, kulturella mönster, levnadssätt, ekonomiska, sociala och hygieniska förhållanden.

Olika samhällen definierar sjukdom på olika vis. Det sker i ett intrikat samspel mellan den sjuke och botaren. Den förre strävar att inordna sina symtom i någon känd sjukdomskategori. Den senare klassificerar, identifierar och ger legitimitet åt patientens sjukdomsupplevande (2).

En del sjukdomar är diffusa och svårgripbara. De kommer och går. Författaren exemplifierar med nostalgi och melankoli, neurasteni, onani, bleksot och hysteri (3).

Vad är normalt?

I "Den farliga sexualiteten. Medicinens sexualsyn kring sekelskiftet 1900", får vi följa hur borgerskapets värderingar successivt har blivit norm i samhället. Den idealiske borgaren skulle med Max Webers ord hylla "Den protestantiska etiken och kapitalismens anda". Han skulle vara flitig och arbetsam och tjäna pengar. Och han skulle vara disciplinerad och asketisk.

All sexualitet som inte direkt syftade till barnalstring betraktades som avvikande. Kyrkan såg den som synd. Enligt lagen var den ett brott. Nu tog man läkarvetenskapen till hjälp och kallade den sjukdom. Onani, homosexualitet och okontrollerad kärlek var farlig. Med biologiska, moraliska och klasspolitiska argument skulle den betingas. Dubbelmoralen och prostitutionen frodades, ty samtidigt ansåg läkarvetenskapen att alltför mycket (manlig) sexuell avhållsamhet också var hälsovådlig. Någonstans gick ekvationen inte riktigt ihop ...

Författaren ser denna debatt som en "lysande illustration till att vetenskapen inte rör sig i ett samhälleligt vakuum, utan i ett vittförgrenat nät av ideologiska behov, normer, vilja och maktspråk". Definitionen av vad som är normalt är inte en gång för alla given. Den formas och ändras av det omgivande samhället. Samhället skapar sina egna avvikare.

Medicinska utopier

I "Konsten att förlänga livet" behandlas våra medicinska utopier. Den första är drömmen om sjukdomsbefrielse, föreställningen att sjukdom går att utrota helt och hållet, att åldrande och död inte skall finnas. Den återkommer gång på gång i olika utopiska visioner och i Bibeln möter vi den i de uråldriga patriarkerna Adam, Noak och Metusalem, vilka alla blev över 900 år gamla. Nästa utopi är drömmen om universalläkemedlet, ett läkemedel med en speciell undergörande kraft, en medicin som botar allt, som hejdar åldrande och död. Den tredje utopin slutligen är föreställningen att sjukdom kan kontrolleras genom vetenskapens framsteg. Det som inte går att bota idag har vi funnit lösningen på imorgon. Vi kan genom att byta hjärtan och lungor till synes återuppväcka de döda till nytt liv. Sjukdom är inte ett naturligt tillstånd. Allt skall gå att bota. Men, frågar sig författaren, är inte WHO:s egen definition av hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom och svaghet i sig självt egentligen en outhärlig utopi?

Författaren tar slutligen upp samhällets behandling av de smittade i samband med epidemier. Hon ser här ett mönster som har kommit igen gång på gång oberoende av epidemiens art. Senast dök det upp för några år sedan då vi började prata om AIDS.

Vi vill gärna se epidemierna som något utifrån kommande. Utsatta och redan svaga grupper pekats ut som syndabockar. Man ropar på lag, tvång och kontroll. De drabbade blir utstötta ur samhällsgemenskapen, isoleras och skuldbeläggs.

Men den historiska erfarenheten är entydig. Den visar att tvång har lönat sig dåligt. De som tror sig vara smittade håller sig undan. Epidemier skapar motsättningar mellan klasser, grupper, individer – och mellan individ och samhälle. Nej, tvångstestning och isolering av de HIV-smittade är ingen lösning på problemet ...

Kan vi lära av historien?

"Medicinens öga" berör kontroversiella ämnen ur ett för medicinare ovant perspektiv. Det är oundvikligt att man då ibland råkar trampa på ömma tår. Det är vad som har hänt redan med den första artikeln i samlingen: "På spaning efter historiens sjuka. Medicinhistoria idag." Den väckte uppseende och framkallade protester från traditionellt medicinhistoriskt håll redan då den publicerades första gången i Lychnos 1988. Den har blåst liv i den gamla debatten om vilka kvalifikationer som egentligen krävs för den som vill bedriva medicinhistorisk forskning. Enbart medicinsk ut-

bildning? Eller måste man vara skolad historiker? Eller kanske båda delarna? (4).

"Medicinens öga" uppmanar oss läkare till självvrannsak och reflexion. Vad gör vi egentligen då vi i enkäter frågar folk vad de äter och hur mycket alkohol de dricker, då vi mäter kolesterol och oombedda ger råd om kost och motion? Visst menar vi väl. Vi vill ju att folk ska vara friska och leva längre. Men vad åstadkommer vi därutöver? Finns det andra perspektiv på våra folkhälsokampanjer och vår propaganda för ett sunt liv? Ja, vad gör vi egentligen i vår dagliga yrkesverksamhet?

De revolutionära utopierna känns på sätt och vis väldigt moderna. Man drömde om ett socialförsäkringssystem som skulle "garantera medborgarna skydd mot framtida misär". Samhället ansågs ha en helig skyldighet att sörja för sina sjuka och fattiga. Det var höga ideal som känns aktuella än idag. Hur lyckas vi nu, 200 år senare, leva upp till dem?

Apropå medicinens kulturberoende – vilka är våra dagars kultursjuk-

domar? Yuppiesjukan? Oral galvanism? Fibromyalgi? Och våra invandrare? Hur definierar de sina sjukdomsupplevelser? Och hur möter vi dem?

Våra medicinska utopier är välkända för varje läkare. Vi möter dem i 80-åringen som önskar ett nytt hjärta, i patientens tilltro till antibiotika och THX, undergörande bantningspiller, rysk rot och ginseng, i kravet på att vi ska kunna trola och bota snuvan och maginfluensan på några timmar. Hur mycket spelar vi själva med och förstärker dessa utopiska drömmar?

"Medicinens öga" betraktar dagens medicin och dess framväxt ur ett kritiskt utifrånsperspektiv. Det ger en oroande men nyttig tankeställare. Den får oss att fundera över vad det egentligen är vi sysslar med, över vår plats i den samhälleliga hierarkin. Den bör inte sträckläsas. Den bör konsumeras en del i taget med tid för eftertanke. Den kan å det varmaste rekommenderas till genomläsning för var och en som har haft anledning att brottas med dessa frågor!

Referenser

1. Svante Nordin (SDS 29/12-89). Se också Sune Sunessons inledande presentationer i de till svenska översatta "Vansinnets historia" 1983 och "Övervakning och straff" 1987. "La naissance de la Clinique" finns på engelska "The birth of the clinic".
2. Lisbeth Sachs för i sina böcker "Onda ögat eller bakterier. Turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård" och "Medicinsk antropologi" utförliga resonemang just om dessa frågeställningar.
3. Vad gäller bleksot anför Marie Nordström och Eric Lindstedt avvikande åsikter i Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapets Årsskrift 1990:55-71.
4. Se därom i Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapets Årsskrift 1989:15-9 och 1990:27-38. Se också Bengt Lindskogs recension i Läkartidningen 1990;51/52:4482-3. För en historikers syn på saken läs Anders Brändströms "Aktuell medicinshistoria" i Historisk tidskrift 1987;3:392-7.

Författarpresentation

Bodil Persson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 295 35 Bromölla.

FALLBESKRIVNING



Behovet av ortopedisk medicin

LB0 6599

ROGER SVENSSON

Behovet av kunskap och färdighet inom ortopedisk medicin är omfattande. Människor med smärttillstånd och sjukdomar från rörelseapparaten, vilka inte hör hemma inom specialiteterna ortopedisk kirurgi, neurologi, kirurgi eller reumatologi är många. Nedan följer ett enkelt, men tydligt exempel på behovet av ortopedmedicinsk färdighet och kunskap.

Nyckelord: Ortopedisk medicin, fallbeskrivning.

60-årig man, arbetat som tryckare i 30 år. Sista femton åren som bokbindare och packare. Röker 20 cigaretter per dag, trivs bra på arbetet men börjar känna av åldern. Motionerar föga.

Patienten söker 900514 på grund av tilltagande smärtor djupt i vänster lår, ner längs senorna till knät. Besvären debuterade några månader tidigare. Patientens undersöks av invärtesmedicinskt specialistkompetent företagsläkare. Denne finner vid palpation mitt på lårets baksida, en kraftig smärtreaktion, men palperar inga tumörer. Beställer datortomografi och slätröntgen för att utesluta mjukdelssarkom.

Patienten genomgår sedermera även magnetröntgenundersökning. Alla dessa tre undersökningar är helt utan anmärkning.

900907 kommer patienten till mig. Vid undersökningen framgår mycket tydligt en måttligt förkortad hamstringsmuskulatur på höger sida. Muskulaturen testas genom aktivering, men även passiv töjning och patienten erfar exakt de symtom han söker för.

Provbehandling genomförs. Diagnosen kort muskulatur ställs och remiss skickas till sjukgymnast. Sjukgymnasten hjälper patienten att töja upp muskulaturen vid ett tillfälle och instruerar honom sedan till egna töjningsövningar.

901019 är patienten helt besvärsfri och klarar två timmars promenad i skogen.

Författarpresentation

Roger Svensson, företagsläkare med examen i ortopedisk medicin.

Postadress: Servicehälsan, Nygatan 16, 702 11 Örebro.

Fysioterapi till tortyroffer

INGE BLOCH
LIS HOHNE

Köpenhamn: Muncksgaard, 1989.
Pris: 95 kronor. 124 sidor.
ISBN 87 16 10170 7

Författarna till denna bok är två danska sjukgymnaster med flera års erfarenhet av arbete med människor som upplevt fängelsevistelse, tortyr och misshandel. Boken är lättläst trots att den är skriven på danska och den är rikligt illustrerad med teckningar och fotografier.

Författarna arbetar båda på Internationella Rehabiliterings- och Forskningscentret för Tortyroffer (RCT) i Köpenhamn. Boken presenterar hur arbetet bedrivs på detta nu tioåriga centrum.

Tortyr är en del av dagens verklighet. Systematisk tortyr utövas i 60 av jordens länder. Syftet är i första hand att bryta ner tortyroffrets personlighet och identitet, i andra hand att tvinga fram bekännelser och information samt skapa skräck i befolkningen. Tortyrmetoderna är sig ganska lika världen över och boken ger en detaljerad översikt över de metoder som praktiseras och vilka förödande konsekvenser detta innebär för tortyroffret och hans framtid.

Ett tortyroffer talar inte gärna om sina upplevelser. Tystnaden beror på att tortyroffret, paradoxalt nog, ofta känner skam och skuld efter det som hänt. Sanningshalten i det som berättas bemöts ofta i västvärlden med likgiltighet eller skepsis. På RCT finns en mängd resurspersoner med olika yrkesbakgrund för att hjälpa tortyroffret vidare. Målsättningen är att återuppbbygga patientens identitet och känsla av människovärde, förbättra hans förmåga att hantera rädsla och smärtupplevelse samt ge en ökad positiv kroppsmedvetenhet. Allt detta också för att kunna återvinna normala fysiska och sociala aktiviteter och kunna tänka på framtiden.

I redogörelsen för arbetet på RCT läggs särskild vikt vid den fysioterapeutiska behandlingen. Denna bygger till stor del på gängse principer inom fysioterapi, men med speciell lyhördhet för patienten att undvika situationer som kan påminna om fängelse- och tortyrupplevelser. I direkt anslutning till fysioterapin har patienten också en psykoterapeutisk kontakt för att öka insikten om sambandet kropp och själ, hur smärta och muskelspänningar hör ihop med plågsamma upp-

levelser och undertryckt vrede. För att åskådliggöra rehabiliteringsarbetet använder sig författarna av flera patientfall.

Boken är sannolikt i första hand skriven för sjukgymnaster som arbetar med tortyrskadade människor. Här finns dock värdefullt stoff även för oss allmänläkare, eftersom tortyr innebär speciella problem för oss vad gäller förståelse och hantering. Boken ger i vidare mening också värdefull handledning när det gäller vår hållning till patienter med kroniska benigna smärtsyndrom. Boken pekar på att vi inte kan se plågan, smärtan, sjukdomen som en främmande kropp som kan avlägsnas. Detta är en myt som vi måste ge upp! Däremot ska vi inte ge upp patienten. Trots kanske livslång smärta ska vi försöka lotsa fram patienten till ett liv med större självrespekt och mindre beroende – kanske om möjligt till något av det Mikis Theodorakis antyder i följande rader som citeras i boken.

*Hvad Du en gang var
vil Du blive igen,
Du skal.
Men først må Du graede.*

*Du må se,
Du må blive til.
Hvad Du en gang var,
vil Du blive igen.*

Ingemar Andersson, distriktsläkare

Postadress: Alvesta vårdcentral, Tingsgatan 4-6,
34200 Alvesta.

Terminal pleje. Døende patienter og deres pårørende

Reviderad upplaga.

København: Arkiv for praktisk læge-
gerning, 1986.

Pris: cirka 100 kronor. 369 sidor.

"Kom i den sidste nattevægt
i en av mine kæres dragt
og sæt dig ved min side
og tal med mig som ven med ven
om hvor vi snart skal ses igen
og glemme al vor kvide."

Den danske psalmdiktaren Grundtvigs ord från 1843 anger tonen i denna bok. Institutionsdöden har blivit en alltmer normal företeelse och död i hemmet eller under hemliknande former alltmer sällan förekommande. Erfarenheter från inte minst Hospicerörelsen i England och Franciskushjälpen i Oslo visar att det går att organisera en psykologisk hjälp till den döende och erbjuda effektiv smärtlindring, samt genom hjälpinsatser göra det möjligt för de anhöriga att på ett meningsfullt sätt ta del i omvårdnaden

och bistå den döende. Död i hemmet som en värdig avslutning på livet kan då också möjliggöras.

I inledningskapitlet av den praktiserande läkaren Axel Engberg Pallesen avhandlas den moderna människans förhållande till döden och dödsprocessen med utgångspunkt bland annat från Loma Feigenbergs avhandling "Terminalvård" och Elisabeth Kübler-Ross "Döden och den döende". St Christopher's Hospice och dess vårdideologi presenteras, varefter följer några kapitel i översättning skrivna av Cicely M Saunders och andra läkare verksamma vid St Christopher's Hospice om somatiska tillstånd vid terminal cancersjukdom, psykologiska förhållanden vid livshotande sjukdom och begreppet "en värdig död".

Efter en kortfattad genomgång av cytostatikabehandling och tumörväxt behandlas kurativ och palliativ strålbehandling samt endokrin behandling vid olika cancerformer. Därefter följer en genomgång av principer för smärtbehandling vid terminal sjukdom varvid olika anestesiformer och farmaka förtjänstfullt presenteras.

Axel Engberg Pallesen vidrör sedan sanningsbegreppet och problem kring informationsgivningen till den döende och de anhöriga, etiska frågor, eutanasi-begreppet, krisintervention med hänsyn till sorg och sorgarbete hos de efterlämnade och sorgen som orsak till ökad dödlighet. Därefter följer några uppsatser om sorgreaktioner med normala, atypiska och patologiska förlopp samt aspekter på kommunikation med barn. I ett kapitel av Hans Clausen redogörs för Freuds och Lindemanns uppfattningar om sorgprocessen samt några nyare modeller formulerade av bland andra Bowlby och Worden. Boken avslutas sedan med några kapitel kring ämnet "en värdig död i hemmet". Bland annat finns där en noggrann redovisning av erfarenheterna kring Franciskushjälpen i Oslo.

Det här är en angelägen bok i ett viktigt ämne. Enligt min uppfattning en mycket bra sammanställning av problemen kring terminalvård, psykologiska och medicinska. De fakta och synpunkter som här framförs har självfallet sitt givna värde för envar distriktsläkare i arbete med terminalvård på mottagning, sjukhem, ålderdomshem samt inom hemsjukvården.

Bengt Nordling, distriktsläkare.

Postadress: Svartbäckens vårdcentral, 750 16 Uppsala.

Mesta motståndets lag.

Minsta motståndets lag är att välja de vägar som erbjuder det minsta motståndet.

Så gör alltid de fysikaliska processerna.

Plendil följer mesta motståndets lag. Dilaterar de blodkärl som erbjuder det största flödesmotståndet, de prekapillära resistenskärlen.

En logisk anfallsvinkel för effektiv antihypertensiv behandling, eftersom det oftast är dessa kärl som bestämmer det höga blodtrycket.

Plendil är en kärlselektiv Ca-antagonist med mycket god blodtryckssänkande effekt och en biverkningsprofil enbart knuten till den farmakologiska effekten.⁽¹⁾

Förutom den kärldilaterande

effekten har Plendil också en mild diuretisk effekt. Därför ger Plendil i motsats till andra

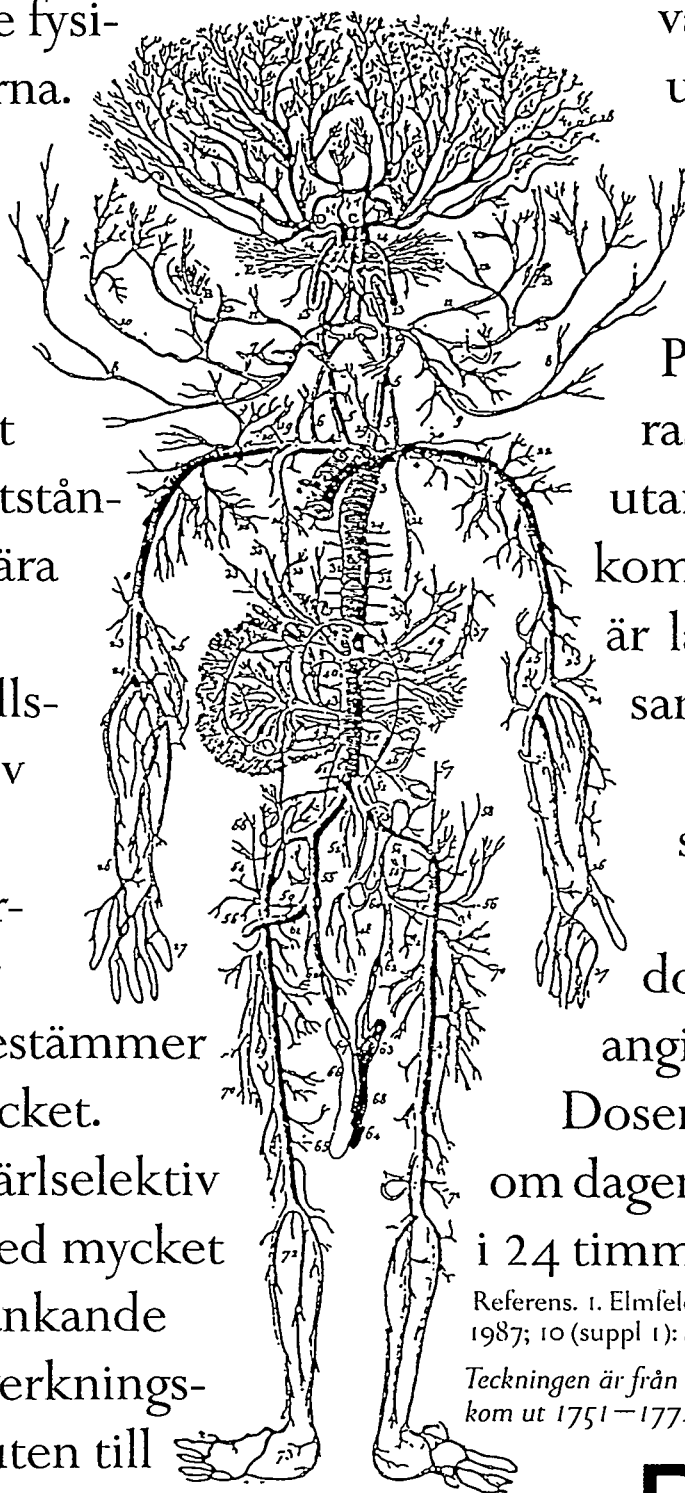
vasodilaterare inte upphov till någon vätskeretention — patienterna ökar inte i vikt.⁽¹⁾

Plendil kan adderas till β -blockerare, utan risk för hjärtkomplikationer, och är lämplig terapi vid samtidigt komplicerande sjukdomar som diabetes, obstruktiv lungsjukdom, hjärtsvikt och angina pectoris.

Doseringen är en gång om dagen — effekten varar i 24 timmar.

Referens. 1. Elmfeldt D et al. J Cardiovasc Pharmacol 1987; 10 (suppl 1): S154-S160.

Teckningen är från Diderots franska encyklopedi som kom ut 1751-1772.



Plendil®

Felodipin. Depottabletter 5 mg och 10 mg.

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

Praktisk gerontopsykiatri

NILS CHR GULMANN
med bidrag av
Pia Fromholt
Jessy Hjorth-Hansen
Gitte Lang

Köpenhamn: Hans Reitzel Forlag,
1990.

Pris: 298 DKR. 264 sidor.
ISBN 87 412 3271 2

Om man i likhet med Nils Chr Gulmann pläderar för en dynamisk psykiatri för äldre, baserad på i huvudsak samma psykoterapeutiska principer som appliceras på "unga och vackra 40-åringar", kanske man får finna sig i att ställa sig på barrikaderna en tid. Gerontopsykiatri är det senaste skottet på psykiatriens träd. När en läkare, en sjuksköterska, en socialrådgivare och en psykolog, som arbetar på samma vårdavdelning, menar sig kunna stå för en lärobok i gerontopsykiatri på nationell basis, vittnar det om att ämnet inte är väletablerat i landet. Man har inte kunnat förlita sig på en bred bas av kunnigt fackfolk. Samtidigt har man upplevt ett stort, icke täckt behov av en praktisk och behandlingsorienterad lärobok tvärs över fackgränserna.

Det härskar enligt författarna en skrämmande och helt onödig okunskap om gerontopsykiatri, något som i slutändan drabbar de psykiskt sjuka äldre. Inom området finns ett starkt inslag av ideologiserande, önsketänkande, mytbildning och begrepps-förvirring, vilket inte minst speglas av debatten i massmedia. De psykiskt sjuka gamla är många, kanske 10 procent av alla patienter över 65 år, och ålderdomen är det livsavsnitt där flest psykiska sjukdomar ansamlas och kurvan pekar stadigt uppåt.

I en något desperat formulering skriver Nils Chr Gulmann (överläkare vid gerontopsykiatriska avdelningen på Århus Psykiatrisk Hospital), att den terapeutiska hållningen och kunskapen om demenssjukdomarna bland vårdansvariga och fackfolk icke är stort bättre än de attityder som speglas i några formuleringar ur Frans G Bengtssons vikingakrönika "Röde Orm"! Fullt så illa är det kanske inte, men den här boken bidrar onekligen på ett högst påtagligt sätt till att "sprida ljus i mörkret" genom att beskriva elementära fakta, principer för diagnostik och behandling samt framtidsvisioner på ett medryckande och sakligt sätt.

Förutom centrala gerontopsykiatriska begrepp som demens, konfusion, sorg, depression, mani, parafreni, paranooid psykos och schizofreni hos äldre diskuteras också en del andra

tillstånd som exempelvis neuroser, kriser, karaktärsstörningar, missbruk, läkemedelsbiverkningar och sömnrubbningar. Ett särskilt kapitel ägnas principer för vård och omsorg av dementa på ett inspirerande och tankeväckande sätt. Andra kapitel ger aktuella synpunkter på farmakoterapi samt det praktiska arbetet med familj och nätverk. Varje kapitel kan läsas var för sig och är förtjänstfullt illustrerade med figurer och tabeller, som på ett pedagogiskt sätt åskådliggör sjukdomsförekomst, de diagnostiska undersökningarna, de differentialdiagnostiska sammanhangen, socialpsykiatriska förhållanden, farmakoterapeutiska svårigheter etc. Boken vänder sig till en ganska bred läsekrets och avslutas med ett "minilexikon" med förklaringar av bland annat medicinska facktermer till hjälp för den oiniterade.

Som helhet har man lyckats skapa en ganska hygglig basbok inom ämnesområdet gerontopsykiatri. Förutom att användas som kunskapskälla för bland andra allmänläkare, torde den med fördel kunna användas i undervisning av vårdpersonal samt fungera som diskussionsunderlag i studiecirkelar inom äldreomsorgen.

Bengt Nordling, distriktsläkare.

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

Forskningsveiledning

EVEN LAERUM
PER FUGELLI

Oslo: Universitetsforlagets metodebibliotek, Universitetsforlaget AS, 1990.
64 sidor.

ISBN 82 00 21029

I slutorden i den här lilla, men mycket innehållsrika boken, beskriver författarna forskningshandledning som en vildmark. Författarna har genom denna bok gjort en användbar orienteringskarta som beskriver, inte bara möjliga alternativa vägar i handledningens vildmarker, utan även flora, fauna, klimat och exploateringsmöjligheter.

Inledningsvis beskrivs jordmånen, det vill säga vägledningens teori och ideologi ur psykoanalytisk och pedagogisk synvinkel. Detta är myllan som handledningen ska gro ur. Därefter

kommer kartograferingen, som redovisas som en enkät, där tjugo doktorander och elva handledare intervjuats om handledningens organisation (Strukturerad? Skrivna avtal? Hur ofta?), dess innehåll (Projektfaser? Idédiskussioner? Kritik?) och vad som menas med god respektive dålig handledning. I boken framgår, att det var en slående skillnad i medvetenhet om strukturen av handledningen mellan olika doktorander och olika handledare. Det förekom allt från "du tittar in när du har problem" till en mycket strukturerad uppläggning av doktorandarens olika faser. Slående var också doktorandernas enighet om betydelsen av handledarens personlighet – det var viktigare att handledaren kunde ge ros och ris och visa intresse, än att hon eller han hade stora fackkunskaper.

En beskrivning av flora och fauna, det vill säga olika typer av handledare respektive doktorand, följer därefter. Utifrån denna sammanställning ger sedan boken råd om god handledning, dess form, innehåll och klimat. Man betonar nödvändigheten av struktur, planering och utvärdering. Man ger råd om hur man gemensamt skall försöka handlägga handledning som "gått galt" och om hur mycket emotionellt och socialt stöd man som handledare bör ge. I slutet av boken finns en litteraturförteckning över de ganska fåtaliga publikationer som finns utgivna i ämnet och ett utmärkt förslag till handledningskontrakt.

Det är mycket och viktig kunskap som Even Laerum och Per Fugelli förmedlar i denna bok. Kunskapen har man erhållit genom att aktivt kartlägga vildmarken till en läsbar karta. Plötsligt är inte vildmarken så vild längre! Boken rekommenderas varmt till alla doktorander och handledare, inte bara inom det medicinska området.

Det jag har att invända mot boken är, att endast två av tjugo i doktorandgruppen var kvinnor av dem som svarade på enkäten och en av elva i handledargruppen. Vikten av att skapa en positiv forskningsmiljö, att alltid ge både negativ och positiv kritik och liksom vikten av sociala aktiviteter och att anpassa forskningsvardagen till verkligheten, hade troligen framhållits ännu mer om fördelningen mellan tillfrågade män och kvinnor varit mer jämn.

Cecilia Björkelund, studentläkare

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

Helseopplysning i praksis "Forfriskningsboka"

JOHNNY MJELL
BÅRD NATVIG
OLAV THORSEN
ODD WINGE

Oslo: TANO: Allmenpraktikerserien, 1990.

Pris: ca 195 kronor. 180 sidor.

I boken "Helseopplysning i praksis" ger de fyra författarna, som alla är allmänläkare, en bred översikt över ämnet praktisk hälsoupplýsning.

I inledningen vidgas definitionen av hälsa från WHO's "... ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande" till en skala på vilken alla, oberoende av ursprungligt hälsoläge, kan sträva uppåt, mot ökad hälsa.

I de olika kapitlen avhandlas grundligt och genomtänkt en rad aspekter på hälsoupplýsning, såsom historik, individ- och gruppinriktad hälsoupplýsning, kontakter med massmedia, frivilliga organisationer och beslutsfattare i samhället. Även hälsoupplýsningens etik och pedagogik ägnas egna rubriker. Varje kapitel åtföljs av en omfattande referenslista.

Bokens innehåll präglas av författarnas intresse och entusiasm för ämnet. Deras erfarenhet som praktiskt verksamma läkare ger dem möjlighet att inta en realistisk hållning till dess möjligheter och begränsningar. Ett exempel på detta är medvetenheten om att hälsoupplýsning har en tendens att i första hand nå dem som genom utbildning, socioekonomisk ställning, vanor mm redan löper den minsta sjukdomsrisk. Författaren betonar härvid den individuella "goda" konsultationens möjligheter, när det gäller att föra fram hälsobudskap även utanför dessa grupper. Man ger också talrika andra tips om hur man genom val av lämplig målgrupp ett väl anpassat budskap, framfört i lämplig form i rätt medium vid rätt tidpunkt, kan förbättra genomslagskraften i sin information.

Författarna lanserar de båda närliggande begreppen "forfriskning" och "kreativ medicin". I dessa inryms en strävan att genom hälsoproducerande aktiviteter öka hälsan för såväl friska som sjuka. Begreppen står härigenom för en mer offensiv och positiv hälsosyn än den förebyggande medicinen, vars syfte "bara" är att genom undanröjande av riskfaktorer av skilda slag, hindra friska individer från att bli sjuka.

Hälsoproducerande aktiviteter kan vara av vitt skilda slag, men bör ha det gemensamt att de upplevs som posi-

va och lustbetonade. Författaren nämner körsång och amatörteater, men också medverkan vid tillkomsten av såpoperor med ett hälsomässigt korrekt innehåll, eller dataspel där hälsomässigt riktiga val avgör utgången. "Egentligen är det väl bara fantasin som sätter gränser ...".

På bokens minuskonto får man sätta, att den i vissa avsnitt om bland annat hälsovårdens organisation och lagstiftning beskriver renodlat norska förhållanden, som kan vara svåra att översätta till svenska. Detsamma kan för övrigt sägas om bokens underrubrik, "forfriskningsboka", som knappast för den svenska läsarens tankar i avsedd riktning. Skulle något ytterligare andragas till bokens nackdel, vore det dess stundtals mycket detaljerade uppdelning av hälsoupplýsningens byggstenar, ofta i form av uppräkningsdiagram och tabeller. Dessa känns ibland aningen artificiella och tröttande, särskilt som snarlika uppräkningsdiagram ibland återfinns under flera olika kapitelrubriker.

Det samlade intrycket av boken är dock, att den ger en faktarik och i hög grad idérik framställning av ämnet med fokusering på dess möjligheter. Den borde härigenom försvara sin plats i bokhyllan hos många läkare, sköterskor med flera hälsoupplýsare inom hela det skandinaviska språkområdet.

Håkan Cars, distriktsläkare

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

Paediatric problems in general practice

MICHAEL MODELL
ROBERT BOYD

Oxford: Oxford Medical Publications, 1988

Oxford General Practice Series 13.
318 sidor.

För att rätt bedöma vilka behov en allmänläkare i vårt land har av exempelvis pediatrik utbildning, måste man veta hur samarbetet barnklinik/barnmottagning/barnhälsovård och vårdcentral ser ut. Har man på vårdcentralen tillgång till barnläkarkonsult? Hur ser samarbetet kring barnen ut? Vilka riktlinjer har man till hjälp i det dagliga arbetet i form av metodbok och liknande? Hur många barn finns i det aktuella området? Hur är det medicinska omhändertagandet kring de kroniskt sjuka barnen organiserat?

Med dessa och liknande frågor i bakhuvudet har jag läst ovanstående bok utgiven för första gången 1983 och nu med en andra upplagan 1988.

Boken riktar till i första hand dem som just ska eller just har börjat arbeta som GP, men också som handbok för dem som arbetat en längre tid.

Boken spänner över hela ämnet, från normalvärden till de kroniskt sjuka barnen. Referenserna till det engelska sjukvårdssystemet och till brittisk socialtjänst ger de socialpediatriska kapitlen en stor bredd, men blir tyvärr inte så meningsfulla för den svenske allmänläkarens praxis. Förnämligt skrivna kapitel om missbruk, flyktigbarnens situation, olycksfall, incest med mera, breddar vårt allmänna kunnande men hjälper oss ej dagligdags.

Som många medicinhandböcker från England är de rent medicinska kapitlen välskrivna och lärda och, i detta fall, mycket praktiskt inriktade. Att den verklighet en engelsk GP lever i till en del är skild från våra allmänläkares visar kapitlet om kroniskt sjuka barn. Här får vi veta kortfattat vad som krävs i kontakten med familjen kring det svårt sjuka barnet men mycket lite om det samarbete som krävs mellan primärvård och barnklinik för att både garantera kontinuitet och kvalitet i vården.

Boken kan till stora delar läsas med behållning av allmänläkare som är pediatrik intresserade och vill veta lite mer om hur en engelsk situation kring barn ser ut, men ersätter inte en barnläkarkonsult eller en lokalt utarbetad metodbok för att få ett homogent och gott omhändertagande av barnen i primärvården.

Bo Werner, överläkare

Postadress: Socialmedicin, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro

Egenomsorg

Köpenhamn: Arkiv for praktisk lægegering, 1988.

Pris: cirka 80 kronor. 147 sidor.

ISSN 09 01 0483

Praktiserande läkare berättar ofta att de försöker hjälpa sin patient genom samtal. Hur utspelar sig dessa samtal? Vem talar? Vem får det bättre? Försöker vi stimulera våra patienter till egenomsorg? Är det psykiatri för 25 öre? Är det inte nyanterna vid sidan om allfartsvägen som ger en charmerande fasad åt livet? Snackar vi ihjäl folk? Stesolidiserar vi befolkningen in i apati? Hjälper vi till hjälplöshet? Var finns den optimala stressnivån för ett rimligt verksamt, aktivt och progressivt liv?

I Hälsa till år 2000 vill man ge befolkningen en grundläggande möjlighet till att utveckla och utnyttja sina hälsomässiga möjligheter till ett socialt och ekonomiskt tillfredsställande liv. Vidare stadgas att ett program skall tas fram i varje nation för att stärka familjens och andra sociala enheters roll i att utveckla och stödja en sund livsstil. Även i välfärdssamhället knakar det som bekant på många ställen i fogarna. Hur tas mödrar, invandrare, arbetslösa och äldre om hand? Hur fungerar det på våra institutioner? Vilken människosyn är det som leder till ensamhet, konformism, institutionalisering, isolering, byråkratisering, reglering och standardisering? Vad gör man för att minska självmordsfrekvensen? Hur stärker man familjens och de sociala nätverkens roll i ett modernt välfärdssamhälle?

Ett exempel på hur man inte skall göra finns i de så kallade egenvårdsprogrammen i Sverige. De har tillkommit i ett samhälle präglad av läkarbrist och resursbrist inom primärvårdssektorn och bottnar alltså i en underdimensionering av primärvården. Genom systematiserad information till befolkning och vårdcentral-medarbetare försöker man reglera vilka patienter som skall få träffa läkare respektive stanna hemma. Här är det alltså systemet som utövar en press mot egenomsorg och sammanhangen blir härigenom förutsägbara!

Frågornas och åsikternas mångfald är som synes många i detta danska särtryck ur "Månedsskrift for praktisk lægegering". Som helhet får man en hygglig sammanfattning av de många delproblem och frågeställningar som måste behärskas i det stora arbetet med egenvård och hälsopedagogik inför "Hälsa till år 2000". Bland många intressanta artiklar må särskilt omnämnas den spännande redovisningen av ett utvecklingsarbete hos pensionärer i Viborg, vidare förtjänstfulla redogörelser för ämnet hälsopedagogik

och livskvalitetsbegreppet. Man presenterar också några fungerande egenomsorgsaktiviteter i Danmark, exempelvis "Kræftens bekæmpelse".

I bokens inledning framföres åsikten att WHO-programmet "Hälsa till år 2000" kan bli rätt fastän det introducerats fel. Man kan inte administrera fram en folkrörelse och en rörelse som inte rör på sig är enligt definitionen ingen rörelse. Boken avslutas sedan med konstaterandet att egenomsorg och sociala nätverk inte växer ut från den blå himlen, men självfallet skulle vi vardagsarbetare kunna göra mer ifall vårt arbete lades annorlunda tillrätta. Mycket av vårt rutinarbete skulle kunna föras tillbaka till befolkningen och genom några "revalideringskurser" skulle kanske också vi halvgamla läkare kunna lära oss att arbeta på ett annorlunda sätt.

Det sista är en from förhoppning värd all eftertanke.

Bengt Nordling, distriktsläkare.

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

Katastrofmedicin

INGER DEGERVIK
LISE-LOTTE NORD

Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1990.
138 sidor.

ISBN 91 21 10471 9

Denna bok är avsedd att användas av sjukvårdspersonal, polis, brandkår och försvar. För de tre sistnämnda krävs att välutbildad sjukvårdspersonal leder undervisningen, eftersom en del avsnitt, främst vad avser skadeläran, innehåller uttryck som kan behöva förklaras.

I inledningen av boken beskrivs vad en katastrof innebär för den som drabbas. Därefter behandlar författarna, under rubriken "Katastrofmedicin", olika begrepp såsom skadeplats, uppsamlingsplats, prioritering, utrustning m.m. Det talas mycket om att räddningsledaren tar befälet över olycksplatsen, men först efter arton sidor nämns att det är ett brandbefäl som har den funktionen. Sjukvårdspersonalens grön/vit-rutiga västar beskrivs, men inte polisens svart/vit-rutiga och brandkårens orange/vit-rutiga västar.

En del av det arbete som beskrivs under rubriken "Arbete på uppsamlingsplatsen" måste påbörjas redan på skadeplatsen vid en stor katastrof. Det torde också vara omöjligt att läkaren, som det sägs i boken, gör alla prioriteringar själv. Den första sjukvårdsgruppen gör en grovprioritering och därefter kan läkaren, om så behövs, omprioritera.

Skadeläran är klart skriven med symtom och åtgärdsavsnitt. Dock behövs, som tidigare sagts, en del termer förklaras för icke sjukvårdspersonal. Författarna använder sig mycket av bilder, vilket gör framställningen tydlig och instruktiv. Dock är bild och text för hur konstgjord andning utförs (sid 37), inte helt korrekt. När fri luftväg skall skapas bör inte, som boken visar, huvudet böjas bakåt med en hand under nacken, eftersom en eventuell halsryggsskada kan förvärras i ett sådant moment.

I ett särskilt kapitel tas psykiska reaktioner upp hos såväl olycksdrabbade som räddningspersonal. Detta är ett mycket angeläget avsnitt. Kristterapi för olycksoffren och deras anhöriga är på stark frammarsch, men det är sämre ställt med åtgärdsprogram för räddningspersonal. Denna del av boken borde ges mer utrymme.

Det sista kapitlet, som handlar om katastrofmedicin i krig, borde ta upp mer om primärvårdens uppgifter, ty primärvården kan komma att få en tung börda att bära i händelse av krig. Över huvud taget nämns primärvården väldigt lite i boken, vilket är märkligt, då olyckor av katastrofkaraktär ofta sker ute på landsbygden. Många gånger är primärvårdens personal de som har närmast till olycksplatsen, har lokal- och personkännedom och kan, om de har utbildning i katastrofmedicin, svara för goda insatser på skadeplatsen.

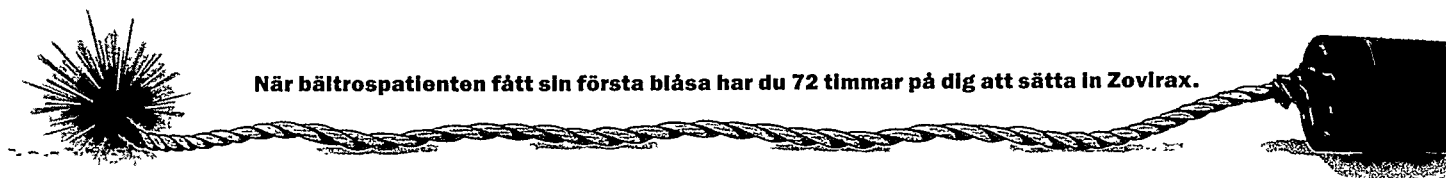
Slutomdömet om boken är att det är en bra bok, som mycket väl kan användas i utbildningen av de personer som kan komma att tjänstgöra som räddningspersonal. Boken är också lämplig att ha i vårdcentralens bibliotek, när behov av repetition av kunskaperna uppstår.

Ulla-Britt Larsson, mottagningssköterska

Ann-Britt Zackrisson, mottagningssköterska

Postadress: Vårdcentralen, 695 00 Laxå.

Nu kan du behandla svår bältros!



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

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

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

Ny tablettstyrka: Zovirax 800 mg

VIKTIGT! Dosera 800 mg×5 i en vecka.

 **ZOVIRAX[®]**
ACYCLOVIR

Wellcome Sverige AB

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



Wellcome

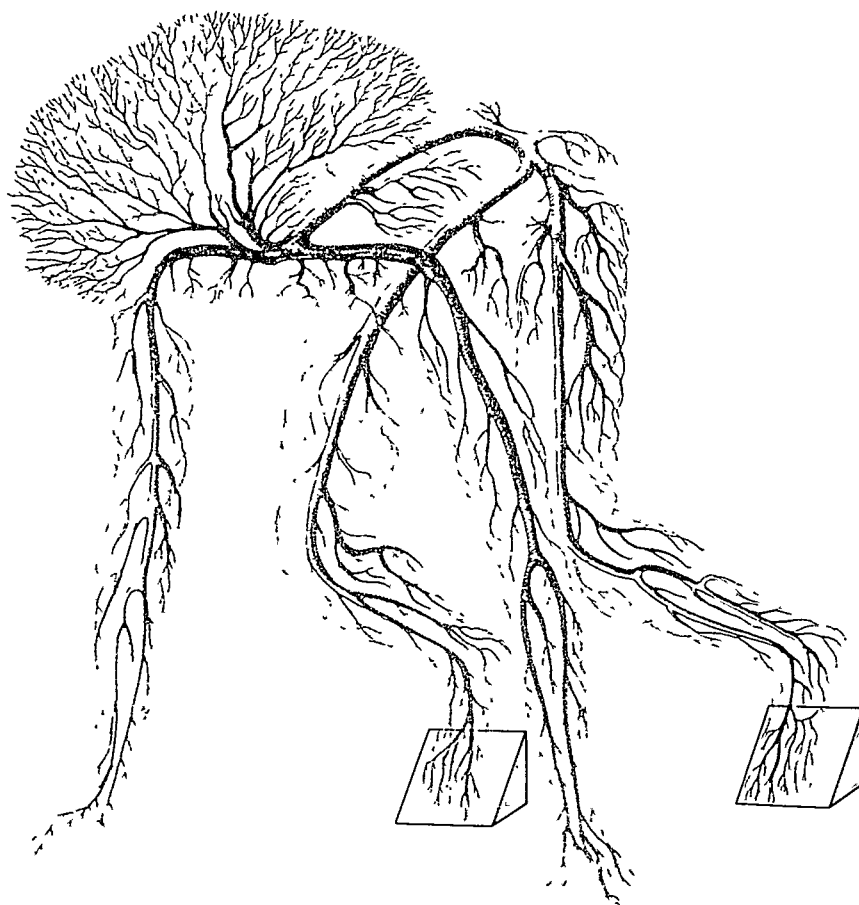
24-timmars

LARS JOHAN BERG

GÄSTGIVAREV 16

543 35 TIBRO

734004



Ett dygn är som ett 24-timmarslopp.

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

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

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

Att Plendil har 24-timmarseffekt är mycket väl dokumenterat:

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

Det är ingen skillnad i blodtryck -

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

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

Starta alltid behandlingen med 5 mg.⁽³⁾

Referenser. 1. Faison Lanahan 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 LM et al. *J Cardiovasc Pharmacol* 1990;15: S69-73.

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

Plendil®

Felodipin. Depottabletter 5 mg och 10 mg.

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