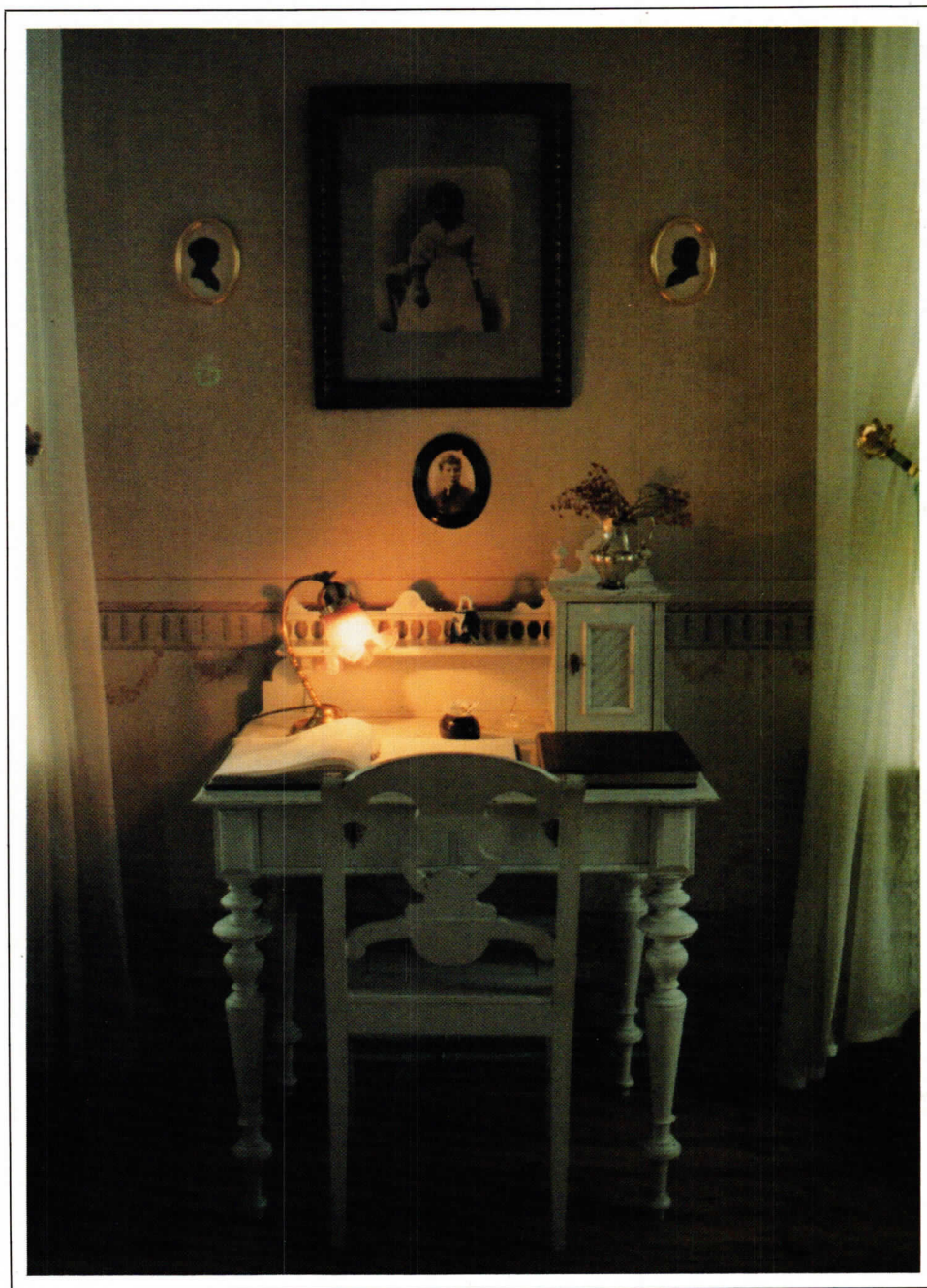


2477588 - 056017

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Att vårda liv

5
1993

Lev hela livet



ALLERGI GER INFLAMMATION

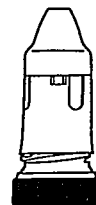
Allergisk och vasomotorisk rinit är inflammatoriska sjukdomar. Behandlingen bör också utgå från detta synsätt.

Rhinocort Turbuhaler ger en effektiv lokal behandling av näsans slemhinnor. Den verksamma beståndsdel är budesonid, som har en kraftig anti-inflammatorisk effekt.

Rhinocort Turbuhaler innehåller endast budesonid. Inga konserveringsmedel eller andra tillsatser finns, som kan irritera en redan känslig slemhinna.

Doseringen är mycket enkel och görs en gång på morgonen. Via inandningsluften sprids läkemedlet över slemhinnan.

BUDESONID
Rhinocort[®]
Turbuhaler[®]



Tika Läke medel AB
– ett företag i Astra koncernen.
Tfn 046-337100.

Rhinocort Turbuhaler (budesonid 100 µg/dos) nasal steroid vid allergisk och vasomotorisk rinit.

Manus-stopp!

I tabellen redovisas de datum som gäller för manusstopp och planerade utgivningsveckor för AllmänMedicin 1993.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
6/93	6/9-93	47
1/94	10/1-94	6
2/94	28/2-94	14
3/94	18/4-94	20

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
172 83 Sundbyberg.
Tel: 08/98 94 92 eller 28 22 14 (telefonsv)

Annonser:
YH Annonsförmedling,
Hornsgatan 150 B, 117 58 Stockholm
Tel: 08/669 42 40

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, 1993
ISSN 0281-3513

Kalendarium

199

Ledare

Att vårda liv – i morgondagens Sverige.
Anders Håkansson

200

Doktorsavhandlingar från primärvården

Ekbohm T. Risks of hypertension in the elderly.
Lars H Lindholm

201

Lev hela livet – ett praktiskt interventionsprogram i Skaraborgs län.
*Lars-Göran Persson, Kjell Lindström, Hans Lingfors,
Erik Bög-Hansen, Calle Bengtsson*

204

Daghemsmiljö och sjukfrånvaro
Håkan Cars, Christer Petersson, Anders Håkansson

208

Skjut inte på pianisten!
Anna-Karin Furhoff

212 och 226

Gynekologisk undersökning på vårdcentral –
kvinnors erfarenheter och önskemål.
Bengt Mattsson

215

Förebyggande sjukvård i Danmark – begynnande samarbete mellan
allmänläkare, DSAM, Sundhedsstyrelsen och amten.
Bengt Nordling

220

Apoteksbolaget

Frågor och svar om läkemedel.
Lars-Olof Hensjö

221

Vad gör barnfamiljer som drabbas av förkylning? – En dagboksstudie.
Monica Ribohn

223

Huvudlöss – policy för förebyggande åtgärder och behandling.

224

Hypertonivård under 5 år – rapport från en allmänläkare.
Anders Överby

225

Sjukgymnastisk behandling av patienter med nack/ryggbesvär –
erfarenheter av kroppskännedomsgupper på vårdcentral.
Barbro Lindh, Monica Mattsson, Bengt Mattsson, Elsmarie Bergmark

231

Vad är en brukargrupp och vad kan den göra för vårdcentralen.
Irena Nadler

237

Fråga och lyssna – teori, metod och analys i allmänmedicinsk
kvinnoforskning.
Katarina Hamberg, Eva Johansson

238

Kan man förändra distriktsläkares och distriktssköterskors
arbetsätt när det gäller individuell hälsorådgivning?
Elisabeth Arborelius, Maria Bringland

244

Recensioner

Andersen JR, Törning J, Schiötz-Christensen E (red).
Alkoholsyndromet.
Bengt Nordling

247

Runnquist K, Cederlund R, Sollerman C. Handens rehabilitering.
Vol I. Undersökning och behandling.
Vol II. Skador och sjukdomar.
Charlotte Ekdahl

247

Qvarnström U. Vår död.
Monika Eriksson

248

Kvien TK. Hva er gikt og revmatisme?
Ingemar Andersson

248

ONT I HALSEN?

– Mamma, kan giraffer få ont i halsen?



– Ja, det tror jag!

– Oj, så långt de får ont då!

Vid recidiv inom två veckor efter avslutad penicillinbehandling rekommenderas Dalacin (klindamycin) som ett av alternativen, då ytterligare en penicillin ger hög recidivfrekvens (1,2). I en svensk studie på patienter med recidiv av streptokocktonsillit, visades att samtliga patienter som behandlades med Dalacin blev bakteriologiskt utläkta mot endast 36% av de penicillinbehandlade (1). Smittkälla i patientens omgivning bör eftersökas.

Dalacin är ett antibiotikum med effekt mot grampositiva kocker som streptokocker och pneumokocker men även mot viktiga anaeroba patogena bakterier. Biverkningarna är i allmänhet få, gastrointestinala störningar är vanligast förekommande. Dalacin skall inte ges till patienter med känd överkänslighet mot klindamycin eller linkomycin.

1. Orrling A et al, Svensk Otolaryngologisk För. Förhandlingar, 1:76–8, 1993. 2. Kaplan EL et al, J Pediatr, 2:400–3, 1988.

Dalacin finns i
75 mg kapslar, 40 st
150 mg kapslar, 30 st, 40 st och 100 st
300 mg kapslar, 16 st, 32 st och 100 st
Mixtur 15 mg/ml, 80 ml

Dalacin[®]
klindamycin

PRODUCT OF
Upjohn
ANTIBIOTIC
RESEARCH

Upjohn AB
Box 289
433 25 Partille
031-36 26 00

1993

NOVEMBER

◆ **2-5 november.** The Third International Workshop on "PRACTICAL STATISTICAL EVALUATION of PHARMACOKINETIC/DYNAMIC DATA - A Hands on Workshop using PCNonlin", Stockholm.

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

◆ **10-12 november.** Det kliniska provningsprogrammet. Att planera och driva ett kliniskt projekt. Rusthållargården, Arild.

Information: Apotekarsocieteten, Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll. Tel 0824 5085.

◆ **17-20 november.** Utställningen "MEDICA + BIOTEC/COMPAMED 93" i Düsseldorf.

Information: Tysk-Svenska Handelskammaren, Verdandigatan 2, 114 24 Stockholm. Tel 08-791 72 01. Fax 08-790 30 98.

◆ **22-26 november.** Kurs i läkemedelsvärdering, Lidingö.

Information: Utbildningsledare Eivor Ungerson eller kurssekreterare Kristina Hansen, Apotekarsocieteten. Tel 08-24 50 85. Fax 08-20 55 11

◆ **24 november.** Temadag om "Advances in Peptide, Protein and Antibody Technology Exciting Biomedical and Chemical Applications".

Information: Apotekarsocieteten, Annette Lindberg, tel 08-24 50 85. Fax 08-20 55 11.

◆ **24-26 november.** Design. Protokoll. Patientformulär. Praktiskt inriktad påbyggnadskurs i klinisk läkemedelsprövning. Johannesbergs Slott, Rimbo. Anmälan före den 28 september.

Information: Apotekarsocieteten, Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll. Tel 08-24 50 85.

DECEMBER

◆ **1-3 december.** Svenska Läkaresällskapets Riksstämman, Stockholm.

Information: Eva Kenne, Svenska Läkaresällskapet. Tel. 08-24 33 50.

◆ **6-8 december.** International Symposium on Purity Determination of drugs. Stockholm.

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

◆ **6-10 december.** Hospital Expo, Paris, Frankrike.

Information: Hospital Expo, PG Promotion, 17, Rue Childebert, F-69002 Lyon, Frankrike.

◆ **8-9 december.** Grundkurs i Ekotoxikologi - Bedömning av kemikaliers miljöfarlighet. Högberga Gärd, Lidingö.

Information: Annette Lindberg eller Birgitta Karpesjö, tel 08-24 50 85.

◆ **8-10 december.** GCP monitorering: Påbyggnadskurs i klinisk läkemedelsprövning, Rimbo.

Information: Ann Odebrand, Apotekarsocieteten. Tel 08-24 50 85.

1994

JANUARI

◆ **24-28 januari.** Sjudarhöjden, Sigtuna (3072)

11-15 april. Sjudarhöjden, Sigtuna (3073). Grundkurs i Klinisk Läkemedelsprövning.

Information: Ann Odebrand Thorslund eller Inger Fagerhäll, Tel 08-24 50 85.

FEBRUARI

◆ **7-9 februari.** International Symposium on Solid Oral Dosage Forms and Satellite Symposium on Powder Compaction Technology, Stockholm.

Information: Anne-Marie Johansson, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85, Fax 08-240 55 11.

◆ **14-18 februari** samt **18-22 april.** 5-poängskurs i Toxikologisk bedömning. Apotekarsocieteten i samarbete med Karolinska Institutet. Villa Brevik, Lidingö.

Information: Annette Lindberg eller Birgitta Karpesjö. Tel 08-24 50 85.

◆ **22-23 februari,** Sjudarhöjden, Sigtuna (3074) eller

18-19 maj, Aspenäs, Lerum (3074) Orienterande kurs i Klinisk Läkemedelsprövning.

Information: Ann Odebrand, Box 1136, 111 81 Stockholm. Fax 08-20 55 11.

MARS

◆ **6-11 mars.** International course on assessment of health-related fitness, Tampere, Finland.

Information: UKK Institute/Mrs Raija Laukkanen, UKK Institute, PO Box 30, SF-33501 Tampere, Finland. Tel. +358 31 282 9111. Fax. +358 31 282 9200.

◆ **7-10 mars** Block I: Grunderna och **25-28 april.** Block I: Tillämpningarna. Utbildning i Biofarmaci/Farmakokinetikland.

Information: Ann Odebrand Thorslund eller Inger Fagerhäll. Tel 08-24 50 85.

◆ **13-16 mars.** The international congress on smoking cessation, Glasgow, Storbritannien.

Information: Congress Secretariat, Gardimer-Caldwell Communications Ltd, The old Ribbon Mill, Pitt Street, Macclesfield, Cheshire SK 11 7PT UK.

Folkhälsoinstitutet är en ny myndighet med uppgift att förebygga sjukdom samt att främja god hälsa för alla. För att uppnå detta arbetar man vid institutet för närvarande med åtta program. Allergiprogrammet är ett av dessa och inom detta arbetar nu olika experter med att ta fram ett aktuellt kunskapsunderlag.

Man planerar att bedriva upplysningsarbetet genom en kampanj, Allergi 95, som Folkhälsoinstitutet kommer att genomföra i samarbete med Apoteksbolaget, Livsmedelsverket, Riksförbundet mot Astma, Allergi och Svenska Läkaresällskapet. Syftet med kampanjen är att långsiktigt skapa ökad medvetenhet om allergi och höja kunskapsnivån i samhället om hur man förebygger allergi och annan överkänslighet för att på sikt minska sjukligheten. En viktig del av kampanjen är utbildning och information till angelägna målgrupper, bland annat planeras omkring 10 kurser för allmänläkare på skilda håll i landet redan under 1994. Information om dessa kurser kommer i denna tidning och i Läkartidningen i början av året. Omfattande kursverksamhet planeras också för sjuksköterskor inom primärvården.

SFAM/DLFS

vårmöte 1994

Vårmötet kommer att hållas i Sundsvall 5-7 maj 1994.

Kontaktperson:

Markus Kallioinen, distriktsläkare,
Vårdcentralen Centrum
Norrmalmsgatan 2
852 34 Sundsvall
Tel 060-18 24 00

International course 'Modern Epidemiology'

This advanced course about principles of epidemiologic research will take place from May 16-19, 1994 in Lunteren, The Netherlands.

Lecturer is: K J Rothman.

Among others, the topics will be: case-control research principles, interaction in etiology, statistics vs epidemiologic analyses.

Enrollment is open to researchers having basic knowledge of epidemiology and biostatistics and at least some work experience. Closing date for enrollment is January 14, 1994. For further information please contact:

Mrs A van Alst, course secretary
Department of Epidemiology, University of Nijmegen
PO Box 9101, NL-6500HB Nijmegen, The Netherlands
Tel +31 80619132, Fax. +31 80613505

Att vårda liv – i morgondagens Sverige

ANDERS HÅKANSSON

Under de regniga dagarna i slutet på juli läste jag Edgar Borgenhammar's nya bok 'Att vårda liv' (1). Jag läste den med stora förväntningar och jag blev inte besviken. Visserligen var en del av innehållet inte särskilt nytt för mig, men författarens stora beläsenhet, hans klara analys och hans enastående formuleringsförmåga imponerade ändå stort. Genom att plocka lite här och lite där fick jag en god bild av författarens visioner om vår framtida hälso- och sjukvård. Denna bild tilltalade mig och det är den som jag här skall försöka återge.

Distriktsköterskan och allmänläkaren är resurser att räkna med

Redan i bokens förord fick jag, som reformtrött allmänmedicinare, en positiv inställning till författaren och hans bok. Eller vad sägs om följande citat: *"Långsamt, oändligt långsamt vaknar svensk sjukhusfixerad vård till insikt om alternativ. Att distriktsköterskan och allmänläkaren är resurser att räkna med, vid sidan av specialisterna. Att det finns väsentligare frågor än organisatoriska pseudoförändringar att arbeta med. Att incitament, också andra än ekonomiska, spelar roll."*

Tillitsohälsans epok

Enligt författaren befinner vi oss i tillitsohälsans epok. Vi litar varken på oss själva eller på andra. Vi är dåliga på att hantera livets risker och osäkerheter. Vi vårdar ting i stället för människor. Vi har haft en utveckling "from death, disease and disability to dysfunction, discomfort and displeasure". Vår tid är begärens, besvärans och de gränslösa förväntningarnas.

I tillitsohälsans epok känns den gamla läkarrollen allt omöjligare: *"Från att tidigare ha varit 'portvakt' i samhällets 'trygghetsutspisning' blir läkaren i stället servitör. Sjukdomen definieras i stor utsträckning som vad patienten själv väljer att kalla sjukdom. Den av samhället ålagda rollen att med läkarintyget som medel skipa social, ekonomisk och medicinsk rättvisa blir alltmör omöjlig."*

Författaren har också förklaringar till hur vi hamnat i tillitsohälsans epok. Han pekar på följande bakomliggande processer: *"Beträffande allmänheten: från gemensamma intressen till att särintressen fått allt större vikt. Beträffande massmedia: från kritisk debatt till betoning av sensationer. I politiken: Från 'det goda samhället' till röstmaximering, från statsmannastyr-*

ning till ramlagarnas 'autopilotstyrning', från expressivt till instrumentellt engagemang, från demokratisk till korporativ dirigerig, från makt till avmakt."

Övergripande utvecklingstendenser

Vilka övergripande tendenser är det då som påverkat utvecklingen inom hälso- och sjukvården? Ja, enligt författaren har vi haft, och har, en utveckling:

- från relativt stabil till snabbt föränderlig miljö;
- från vård åt 'ödmjuka', kroppssjuka patienter till service åt krävande konsumenter med bristande tillit och sammanfattat problem;
- från betoning av 'sjukdomssynsätt' till större intresse för hälsosynsätt;
- från få till många möjliga åtgärder och från institutionsvård till alltmer sjukvård i hemmen;
- från tonvikt vid central planering till växande intresse för decentralisering;
- och från betoning av medicinens inre logik till ökad vikt vid livskvalitet, vårdkvalitet och döds-kvalitet.

Förändring för mänskligare vård

Hur bör då framtidens svenska hälso- och sjukvård se ut enligt författaren? Vad är bra i det nuvarande systemet och vad kan göras bättre?

Välfärdspolitiken måste även framöver finansieras solidariskt. Vi bör ha en sund skepsis när det gäller marknadstänkande, köp- och säljssystem och privatisering. Begrepp som målstyrning och prestationslön har begränsad användning.

Den enskilda människan och hennes förmåga bör lyftas fram, liksom möjligheterna i gemenskapen. I första hand skall den enskilde själv försöka hantera sin situation, i andra hand får släktingar och vänner hjälpa till och först i sista hand skall samhällets hjälpapparat träda in.

Det krävs en ökad kreativitet inom hälso- och sjukvården, liksom en ökad etisk medvetenhet och inte minst en ökad effektivitet. Därför behövs många goda ledare, chefer utan chefsfasoner, som är medvetna om såväl kvalitetsens som ekonomins betydelse. Dessa chefer ges en rimlig handlingsfrihet och ett tydligt resultatansvar.

Verksamheten måste följas upp på ett stödjande sätt. Vården kommer i allt mindre grad att kunna kvalitetskontrolleras genom inspektion. Större vikt måste läggas vid gemensamma synsätt, kontinuerlig utveckling och personligt ansvar. Författaren hänvisar här till en

rapport från USA, där det fastslås att de kontrollsystem som kan förbindas med bättre kvalitet i sjukvården i allt väsentligt har skapats av läkarna själva.

Vi behöver också många andra förändringar:

- från inriktning på sjukdom till inriktning på hälsa;
- från terapi till förebyggande;
- från institution till hemsjukvård;
- från beroende av samhället till ökat oberoende;
- och från ojämlikhet till ökad jämlikhet.

Frivilligorganisationerna bör användas i ökande omfattning och seniorerna bör ses som en väsentlig resurs.

Den ljusnande framtid är vår?

Det är mycket av det ovan sagda, som vi som allmänmedicinare och blivande husläkare kan ta till våra hjärtan. Och det är mycket som har betydelse för vår vardag.

Författaren tror uppenbarligen på oss och på det vi står för. Han tror på en positiv utveckling för oss. Däremot är han mycket tveksam till marknadslösningar. Han ser den nuvarande distriktsläkarmodellen med områdesansvar som lämpligast för de äldre, barnfamiljerna, missbrukarna och de handikappade, medan en extremt marknadsanpassad husläkarmodell främst passar de friska, som är välinformerade och kan ta för sig. Kanske kan vi hoppas på en husläkarmodell med, åtminstone till viss del, bibehållet områdesansvar, en husläkarmodell som precis lika väl, eller kanske ännu hellre, kan drivas i offentlig som i privat regi.

Författaren betonar betydelsen av förebyggande arbete och han ser en utveckling från sjukdomssynsätt till hälsosynsätt. Sannolikt behöver vi damma av det gamla slagordet helhetssyn.

Författaren anser att vi även framgent behöver goda ledare, chefer med genomtänkt etik och med tydligt kvalitetsmedvetande, chefer som håller sig inom av samhället givna ekonomiska ramar. Dessa ledare behövs också inom vår specialitet, antingen de nu kallas chefsöverläkare eller något annat, mindre pretentiöst.

Författaren uppmanar oss att kontrollera det vi gör, men han inser klart, att kvalitetskontroll inte är lätt, särskilt då inom vår specialitet, där symtomfloran är brokig och de enskilda symtomen diffusa. Kvalitetskontrollen är i första hand en intern angelägenhet på vårdcentralen / husläkarmottagningen

och den fungerar bäst om vi läkare själva tar ansvaret för den.

Om Edgar Borgenhammar spår rätt, går vi kanske, trots allt, en ljusnande framtid till mötes, vi allmänmedicinare och blivande husläkare.

Referens

1. Borgenhammar E. Att vårda liv. Organisation, etik, kvalitet. Stockholm: SNS Förlag, 1993.

Anders Håkansson, chefredaktör

Doktorsavhandlingar
från primärvården



LIBO 5589

Tord Ekbohm

Risks of hypertension in the elderly

LARS H LINDHOLM

Tord Ekbohm disputerade den 18 december 1992 vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby, Lunds universitet. Opponent var docent Kjell Asplund, Institutionen för medicin vid Umeå universitet. Huvudhandledare har varit docent Lars H Lindholm, Dalby.

Det är väldokumenterat, att högt blodtryck utgör en betydande riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och för tidig död, framför allt för medelålders män. Det är även troligt att så är fallet för medelålders kvinnor, även om den absoluta risken för dessa är betydligt lägre än för män. För äldre personer (70 år och däröver) varierar resultaten mellan olika studier. Medan Framinghamstudierna visat på ett klart samband mellan ökande blodtryck och ökad risk oavsett ålder, har studier från bland annat Tammerfors visat, att lågt blodtryck hos gamla utgör en större risk än högt blodtryck. Det är dock troligt att de senare studierna påverkats av att personer med lågt blodtryck vid studiernas start även haft andra sjukdomar, som i sig medfört ökad risk. Allmänt accepteras idag att högt blodtryck utgör en riskfaktor för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom oavsett patientens ålder, även om den relativa risken anses vara lägre hos äldre än hos medelålders patienter.

Effekterna av att sänka högt blodtryck hos äldre har länge varit ofullständigt dokumenterade. År 1985 publicerades resultaten av EWPHE-studien (European Working Party in High Blood Pressure in the Elderly), som visade att dödligheten i hjärt-kärlsjukdom minskade med diuretikabehandling i jämförelse med placebo (34 fall mot 47 per 1000 personår, $p < 0.05$). Dödligheten i slaganfall samt totaldödligheten påverkades dock ej signifikant. Patienterna i denna studie hade rekryterats från en mängd centra i Europa och dessvärre kunde sjuklighe-



Professor Bengt Scherstén samtalar med opponenten docent Kjell Asplund och respondenten Tord Ekbohm.

ten inte beräknas med "intention-to-treat" analys då bland annat 15 procent av patienterna uteblev från uppföljningen. Studien genomfördes huvudsakligen på universitetskliniker, varför patienternas representativitet har ifrågasatts. Mot denna bakgrund beslöts att starta en ny studie i svensk primärvård, där nyttan av aktiv läkemedelsbehandling (diuretika och betablockerare) av äldre hypertoniker jämfördes med placebo. Studien, som fick namnet STOP-Hypertension (Swedish Trial in Old Patients with Hypertension), utgör basen för Tord Ekbohms avhandling.

Målsättning

Målsättningen för STOP-Hypertension var att undersöka om incidensen av slaganfall, hjärtinfarkt och övrig hjärt-kärlöd påverkades av aktiv läkemedelsbehandling av äldre (70–84 år) hypertoniker.

Metod

Studien genomfördes som en dubbel-blind, randomiserad, placebokontrollerad, multicenterstudie med två parallella grupper. Totalt randomiserades 1.627 patienter (medelålder 76 år) till endera aktiv behandling ($n=815$) eller placebo ($n=812$). Patienterna hade vid

randomiseringen ett blodtryck inom intervallet 180–230 mm Hg systoliskt och/eller 105–120 mm Hg diastoliskt; patienter med isolerad systolisk hypertoni ($\leq 180 / < 90$ mm Hg) medtogs inte i studien.

Totalt deltog 116 av landets 846 vårdcentraler. Primära kliniska händelser utgjordes av dödliga och icke dödliga slaganfall, dödliga och icke dödliga hjärtinfarkter, samt övrig hjärt-kärlöd. Bland sekundära kliniska händelser som studerades kan nämnas insjuknande i hjärtsvikt och plötslig död. Aktiv behandling bestod av antingen ett diuretikum (en fast kombination av hydroklortiazid och amilorid) eller endera av tre beta-blockerare (atenolol, metoprolol eller pindolol). Målet var att sänka blodtrycket till $< 160/95$ mm Hg. Cirka 2/3 av patienterna erhöll både diuretika och beta-blockerare, då blodtrycksmålet ej uppnåddes med endast ett läkemedel. Behandlingseffekterna studerades även på en rad blodparametrar (till exempel glukos, kreatinin, urat, natrium, kalium, kolesterol) samt på patienternas subjektiva symtom. De åtta behandlingsgrupperna (fyra med aktiv behandling och fyra med placebo) visade sig vara jämförbara vid studiestarten.

Vidare har analyserats hur stor andel av den preventiva effekten på hjärt-kärlsjukdom som kan förklaras enbart av sänkningen i blodtryck, samt i vilken grad risken för slaganfall och hjärt-sjukdom kan relateras till de uppmätta blodtrycksvärdena under studietiden.

I ett av Tord Ekboms delarbeten har data från STOP-Hypertension utnyttjats som ett underlag för att dimensionera framtida studier avsedda att uppnå en bättre precision i skattningar av kardiovaskulär risk hos äldre. I detta delarbete analyserades det prediktiva värdet av en rad variabler såsom blodtryck, kombinationer av blodtryck, puls, rökning, BMI, kolesterol samt andra laboratorieparametrar.

STOP-Hypertension startade med en pilotstudie under 1986-87. En separat 5-årsuppföljning, POTS (Post Treatment Study of Hypertension in the Elderly) har utförts av de 333 patienter som fick sin hypertoniemedicinering utsatt under pilotstudien för att kunna inkluderas i STOP-studien.

Resultat

STOP-Hypertension avbröts i förtid i april 1991 efter rekommendation av säkerhetskommittén. Blodtryckssänkningen hade varit tillfredsställande, cirka 20/8 mm Hg bättre i den aktiva gruppen än i placebogruppen. Antalet primära kliniska händelser var lägre i den aktiva gruppen än i placebogruppen

(33 fall mot 55 per 1000 personår, $p < 0.01$) liksom antalet slaganfall (17 mot 31 per 1000 personår, $p < 0.01$). Även totala dödligheten var lägre i den aktivt behandlade gruppen (20 fall mot 35 per 1000 personår). Insjuknandet i hjärtinfarkt hade dock ej påverkats signifikant. Trots denna goda effekt var de subjektiva och metabola biverkningarna mycket obetydliga.

Vid analys av blodtrycksdata efter två månader (då patienterna endast behandlats med ett läkemedel) visade sig diuretikakombinationen sänka det systoliska blodtrycket bättre än de tre betablockerarna.

Risken för slaganfall var signifikant lägre för en patient på aktiv behandling än för en placebobehandlad patient med samma blodtryck. Samma tendens uppvisades för hjärtsjukdom. Sålunda var det inte enbart den på mottagningen uppmätta blodtryckssänkningen som förklarade den preventiva effekten av behandlingen.

De enda riskfaktorer som kunde förutsäga insjuknande i hjärt-kärlsjukdom i studien var diastoliskt blodtryck och rökning. Övriga riskfaktorer (till exempel systoliskt blodtryck, kolesterol och BMI) var icke signifikanta. Data från STOP-Hypertension-studien har utnyttjats för att visa hur stora studiematerial som krävs för att erhålla en viss önskad precision vid skattning av risk för hjärt-kärlsjukdom i framtida studier av äldre.

En femårs uppföljning av de 333 patienter som i samband med pilotstudien fick sin blodtrycksmedicinering utsatt visade att 20 procent av patienterna ej återfått sitt höga blodtryck. Risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdom under perioden utan behandling var inte ökad jämfört med risken under behandlingsperioderna. Ej heller förelåg ökad risk att avlida under perioden utan behandling jämfört med en svensk normalbefolkning av samma ålder och kön.

Slutsats

Resultaten av Tord Ekboms avhandling talar för att behandling av äldre hypertoniker med blodtryckssänkande läkemedel (diuretika och betablockare) leder till ett minskat insjuknande i hjärt-kärlsjukdom, framför allt slaganfall; även totaldödligheten påverkas gynnsamt.

Kjell Asplund gjorde en imponerande opposition och gav Tord Ekblom generösa möjligheter att visa sitt kunnande och sin stora noggrannhet.

Författarpresentation

Lars H Lindholm, docent, distriktsläkare.

Centrum för samhällsmedicin Dalby, Lund
Lunds universitet
Helgeandsgatan 16
223 54 Lund

Nytt preparat

Entocort®

Tika

Solublett och lösning för beredning av klymsma 2 mg (I+II) R
Kortikosteroid för lokal behandling A07E A06

Deklaration. I. 1 solublett innehåller: Budesonid, 2,3 mg, lactos. 264 mg, color (riboflavin) et constit. q. s.

II. 1 ml innehåller: Natr. chlorid, 9 mg, conservans (methyl. parahydroxybenz., propyl. parahydroxybenz.) et aqua purif. q. s.

Egenskaper. ENTOCORT klymsma innehåller den ickehalogenerade glukokortikosteroiden budesonid. Budesonid givet rektalt utövar en lokal antiinflammatorisk effekt på tarmslemhinnan. Den rekommenderade dosen ger ingen eller mycket liten sänkning av plasmakortisol.

Biotillgängligheten efter rektal tillförsel är hos friska frivilliga personer cirka 15% (varierande mellan olika individer från 3 till 50%). Den låga biotillgängligheten beror på en uttalad förstapassage metabolism i levern. Huvudmetaboliterna glukokortikoida aktivitet är mindre än 1% av budesonids. Den genomsnittliga maximala plasmakoncentrationen är cirka 3 nmol/L, 1,5 timmar efter rektal administrering av 2 mg budesonid.

Indikationer. Ulcerös kolit, proktit.

Kontraindikationer. Lokala bakterie- och virusinfektioner. Överkänslighet för budesonid.

Graviditet. Kategori B:3. Se speciellt avsnitt märkt ☐. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor är begränsad. I djurförsök har kortikosteroider visat sig kunna ge upphov till missbildningar av olika slag (gomspaltor, skelettmissbildningar). Dessa djurexperimentella resultat förefaller dock inte ha någon relevans för människa.

Amning. Grupp IVa. Uppgift saknas om budesonid passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. I kliniska prövningar har biverkningar förekommit hos cirka 20% av de behandlade patienterna.

Vanliga GI: Flatulens, diarré, illamående.
($> 1/100$) Hud: Klåda, rash.

Mindre Psyk.: Agitation, insomni.
vanliga

Sällsynta Psyk.: Ångest.
($< 1/1000$)

Dosering. 1 ENTOCORT klymsma appliceras i ändtarmen varje kväll i cirka 4 veckor. Under administreringen bör patienten ligga på vänster sida och därefter ligga på magen under 5 minuter. Klysmat bör kvarhållas så länge som möjligt, helst över natten.

Varje förpackning består av två komponenter, en solublett innehållande mikroniserad budesonid och en plastflaska med rektalkanyl innehållande isoton vattenlösning. Före administrering löses solubletten i plastflaskan till en något gulaktig suspension. Volymen färdigberett klymsma är 115 ml och med cirka 15 ml restvolym blir den administrerade dosen cirka 2 mg budesonid.

Observera. Speciell försiktighet krävs vid behandling av patienter som överförs från orala steroider, eftersom störningar i den endogena kortisolbalansen (HPA-axeln) kan förväntas.

Övrigt. Utförlig bruksanvisning och handsydd medföljer varje förpackning.

Hållbarhet. Färdigberett klymsma skall användas omedelbart.

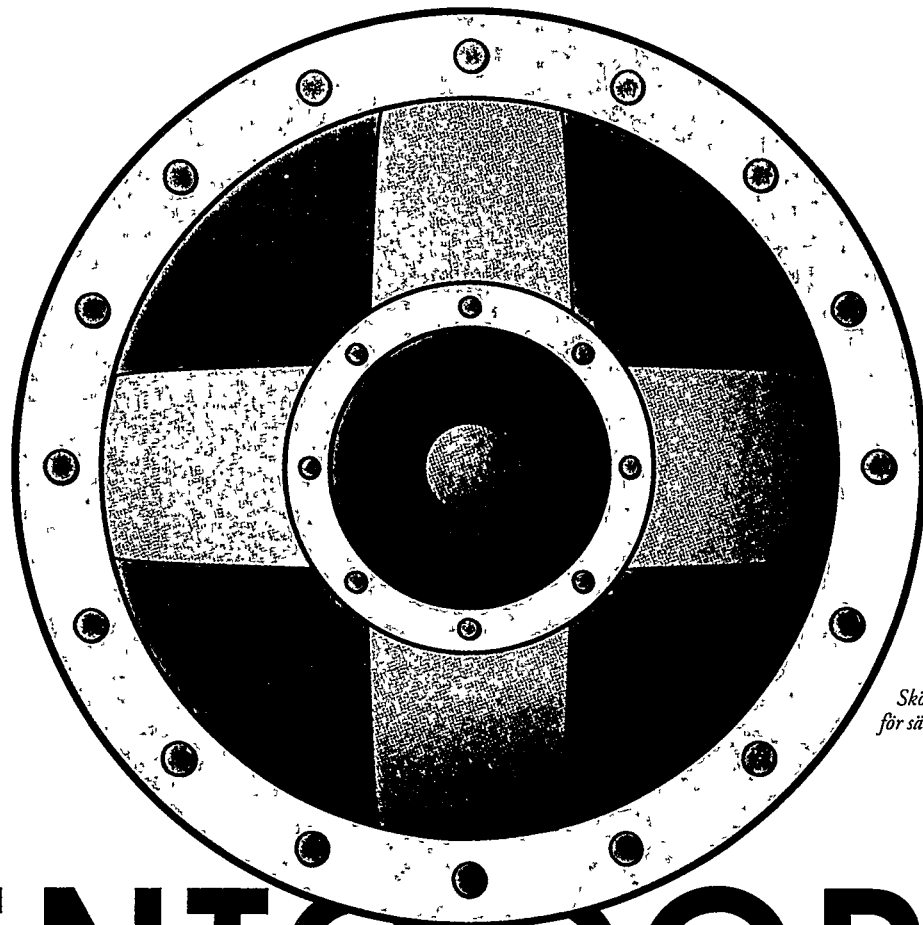
Förpackningar och priser.

Solublett och lösning för beredning av klymsma 2 mg

7 × (I+II) 403:-

4 × 7 × (I+II) 1466:-

Tillverkare. Tika Läkemedel AB, Box 2, 221 00 Lund,
tel. 046 - 33 71 00.



*Skölden – en symbol
för säkerhet och försvar.*

ENTOCORT®

**ENTOCORT® – en säker och effektiv steroid för lokal behandling
av inflammatorisk tarmsjukdom från descendens och nedåt.**

Entocort klyksma är ett nytt läkemedel för behandling av inflammatorisk tarmsjukdom – lokalt.

Få eller inga biverkningar

Samspelet mellan hypofys och binjurebark påverkas ej. Budesonid metaboliseras så snabbt och i så hög grad^{1,2} att ingen systempåverkan erhålles.

Entocort kombinerar god effekt med hög säkerhet³ och skapar därmed nya möjligheter att komma åt själva inflammationen – inte hela kroppen.

Indikationer

Ulcerös kolit, proktit.

Referenser:

1. Ryrfeldt Å o a. *Eur J Respir Dis [Suppl]* 1982; 122: 86–95.
2. Edsbäcker S, Johansson S-Å. *Världskongressen i Gastroenterologi, Sydney, 1990; PD 561.*
3. Matzen P and the Danish Budesonide Study Group. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 1225–1230.



budesonid 0,02 mg/ml

ENTOCORT®

Sakerhet som skapar nya möjligheter



*Resultat av
svensk forskning.*

Tika
Läkemedel AB
Box 2 221 00 Lund

– ett företag i Astra koncernen

Lev hela livet – ett praktiskt interventionsprogram i Skaraborgs län

LARS-GÖRAN PERSSON · KJELL LINDSTRÖM · HANS LINGFORS · ERIK BÖG-HANSEN · CALLE BENGTTSSON

Prevention är en av primärvårdens uppgifter. Skaraborg blev det första landstinget med ett förebyggande program särskilt inriktat på hjärt-kärlprevention, som används i alla kommuner i landstinget. Programmet kombinerar populationsstrategi med hälsokontroller av 30- och 35-åriga män och kvinnor. En beskrivning ges av detta program kallat "Lev Hela Livet".



Bakgrund

Vikten av att arbeta förebyggande för att nå en bättre folkhälsa har kommit alltmer i förgrunden under 1980-talet och har betonats exempelvis i WHO's "Hälsa för alla år 2000", i Hälso- och sjukvårdslagen och HS 90-utredningen (1–4).

Av 40-åriga män i Sverige kommer nästan 20 procent att dö före 65 års ålder enligt aktuell svensk statistik (5). Hälften av dem som avlider kommer att dö i hjärtinfarkt och andra hjärt-kärlsjukdomar. Det finns alltså anledning att ge förebyggande av hjärt-kärlsjukdomar speciell uppmärksamhet.

Under de senaste årtiondena har flera befolkningsstudier utförts, från vilka vi samlat erfarenheter om våra levnadsvanors betydelse för att förebygga ohälsa. Erfarenheterna från förebyggande verksamhet har varit både goda och mindre goda. När resultaten blivit mindre gynnsamma än man hoppats har det fört det goda med sig att de gett upphov till ett positivt nytänkande.

Som exempel kan nämnas studier där effekten av medikamentell blodtrycksbehandling studerats. Det har övertygande visats att slaganfall minskat, men det är osäkert om behandlingen skyddar mot hjärtinfarkt. Detta har gett ökad tyngd åt den i och för sig självklara tesen, att om det finns flera olika riskfaktorer för en sjukdom då finns det också anledning att rikta uppmärksamhet mot alla dessa riskfaktorer. Att intervention riktad mot det samlade riskfaktormönstret har effekt på sjuklighet och dödlighet har bland annat visats från vårt grannland Norge (6), från Californien (7) och i långtidsresultat från MRFIT-studien (8).

Tidigare lokala erfarenheter

Intresset för förebyggande verksamhet är sedan länge stort i Skaraborgs län. Detta har bland annat tagit sig uttryck i olycksfallsförebyggande verksamhet (9–12), att landstinget har avsatt extra resurser för utvecklingsarbete och gett vårdcentralen i Habo status av utvecklingsvårdcentral med huvudinriktning mot metodutveckling inom det förebyggande området. I Habo har man skaffat sig fördjupade kunskaper om förebyggande av hjärt-kärlsjukdomar genom en studie av män 33–42 år gamla (13). Man har utarbetat pedagogiska hjälpmedel i det förebyggande arbetet, till exempel "hälsoprofiler" och formulär för analys av matvanor och motionsvanor. Det fanns en önskan att omsätta dessa kunskaper i hela landstinget. På förslag från primärvårdscheferna och i samråd med länssjukvård och administratörer fattades ett politiskt beslut om att genomföra ett förebyggande program med samma innehåll i alla kommuner i Skaraborgs län. Därmed startade "Lev Hela Livet", ett program som utöver befolkningsinriktade åtgärder vänder sig speciellt till 30- och 35-åriga män och kvinnor i Skaraborg med en inbjudan till en hälsoundersökning.

Beskrivning av hälsoundersökningen i "Lev Hela Livet"

Enligt beslutet skulle programmet erbjudas alla kommuner i Skaraborg och drivas i primärvårdens regi. Nödvändigt material togs fram: inbjudan,

informationsbroschyrer, enkätformulär, formulär med frågor om kost- och motionsvanor, hälsokurva och utbildningsmaterial för personal som medverkar i programmet. En speciell logo togs fram (Figur 1). Apparatur inköptes för att alla deltagande vårdcentraler skulle få tillgång till en lättskött och säker torrkemisk metod för bestämning av Hb, kolesterol, triglycerider och gamma-GT i syfte att kunna lämna deltagarna provsvar och information redan i anslutning till hälsokontrollen.

Vid varje vårdcentral arbetar en eller flera för projektet speciellt utbildade sjuksköterskor och undersköterskor tillsammans med en ansvarig distriktsläkare. Samtliga dessa sjuksköterskor och undersköterskor och de flesta av läkarna har genomgått en tvådagars kurs i preventiv medicin i Habo och dessutom regelbundet återkommande utbildningsdagar. Efter det att hälsoundersökningarna kommit i gång har man haft gemensamma heldagsträffar tre gånger per år med vidareutbildning i förebyggande medicin.

Till hälsokontrollen inbjuds alla män och kvinnor i Skaraborg som under året fyller 35 år och, i flertalet kommuner, även de som under året fyller 30 år. De som erbjuds delta får ungefär en månad före planerad undersökning en personlig, skriftlig inbjudan med information och ett svarskort. Till dem som återsänt svarskortet och anmält intresse att delta utsänds en bekräftelse och ett frågeformulär ungefär två veckor i förväg.



Nyheter!

Nya förpackningar! Delbar tablett!

Tolvon (mianserin) tabletter 30 mg finns nu i förpackningar om 30 st och 100 st. En välkommen nyhet för alla som önskat rationellare förpackningsstorlekar.

En annan nyhet är att tablettens blivit delbar, och att den lätt bryts isär.

Den effektiva dosen är normalt 30-90 mg och ges som engångsdos till natten.

TOLVON[®]
MIANSERIN

Organon AB, Box 5076, 426 05 Västra Frölunda. Tel 031-29 94 80.

varje punkt på hälsokurvan har sjuk-sköterskan eller undersköterskan tillgång till ett speciellt åtgärds paket, när graderingen anger att åtgärd bör vidtagas. Detta finns samlat i en instruktionspärm, som innehåller anvisningar om lämpliga råd, kompletterande provtagning, kriterier för återbesök, exempel på patientbroschyrer och teoretisk bakgrund för varje riskfaktor. I de flesta fall klarar sjuksköterskan eller undersköterskan all rådgivning och uppföljning på egen hand, men i undantagsfall ordnas kontakt med läkare, psykolog, dietist eller andra medarbetare i det team som tar sig an de problem som finns. Rådgivningen är inriktad på att förändra riskfaktormönstret i positiv riktning med icke-farmakologisk behandling genom ändrade levnadsvanor.

Interventionsprogram

På många vårdcentraler i Skaraborg finns fungerande gruppverksamhet, till exempel rökavvänjning, kostkurser, motionskurser och omhändertagande av alkoholproblem. Beroende på lokala förhållanden kan också fungerande gruppverksamhet i kommunen användas som "remissinstans", exempelvis kost- och motionsgrupper, studiecirklar, "Friskis och Svettis", idrottsföreningar och korporationsorganisationer ("korpen"). Detta gör att interventionsprogrammet kan anpassas till lokala förhållanden och dra nytta av dessa.

Återbesök

Eventuella återbesök sker som regel hos den sjuksköterska eller undersköterska som utförde undersökningen. Graderingen på hälsokurvan tjänar som underlag för vilka som erbjuds återbesök. Detta består i ytterligare diskussion om livsstilsförändring i små steg och på ett sätt som är acceptabelt för individen. Dessutom sker kontroll av undersökningar och mätvärden som inte var tillfredsställande vid första undersökningstillfället. Kompletterande protagning avseende HDL-kolesterol, gamma-GT, triglycerider och oral glukosbelastning görs enligt kriterier i instruktionspärmerna.

Programmets genomförande

Vid årsskiftet innan undersökningen startade, uppgick totalbefolkningen i Skaraborgs län till 272215 personer, varav 3478 30-åringar och 3649 35-åringar. De första hälsoundersökningarna gjordes i februari 1989. Under åren 1989–1992 gjordes 11040 hälsokontroller, varav 5217 på män och 5823 på kvinnor. Andelen 35-åringar var mer än dubbelt så stor som andelen 30-åringar, mest beroende på att en del kommuner endast undersökte 35-åringar. Deltagarfrekvensen var dock högre bland 35-åringar. Sålunda deltog 82 procent av 35-åriga kvinnor och 70 procent av 35-åriga män, medan mot-

svarande siffror för inbjudna 30-åringar var 71 procent för kvinnor och 58 procent för män under det första året. Detta betyder, att drygt 71 procent av dem som erbjudits delta kommit för undersökning. Av dem som deltog i undersökningen erbjöds cirka 20 procent återbesök med anledning av förekomst av olika riskfaktorer och av dessa kom ungefär två tredjedelar till föreslagna återbesök.

Resultatregistrering

En kontinuerlig dataregistrering görs av resultaten för att bland annat kunna göra en utvärdering av projektet.

Befolkningsstrategi

Att påverka hela befolkningen i Skaraborg till en hälsosammare livsstil är en väsentlig del av arbetet i projektet. En särskild hälsotidning – LEV HELA LIVET – ges ut två gånger per år. Varje deltagare skall få två nummer av den. Tidningen sänds också ut till alla anställda i Skaraborgs läns landsting och används som väntrumstidning på sjukhus och vårdcentraler. En serie radioprogram om livsstil och hälsa har gjorts i samarbete med Radio Skaraborg.

En särskild idégrupp kallad SMART (Skaraborgs Mat Rätt i Tiden) arbetar tvärsektorielt med kostfrågor. I gruppen finns representanter från olika områden. Primärvården representeras av dietister, distriktsläkare, hälsoplanerare och hälsoinformatör. I gruppen deltar också hushållslärare från skolan, representanter för hushållningssällskapet och de stora livsmedelskedjorna (KF, ICA och Dagab).

I arbetet med livsmedelsbutikerna utnyttjas ett studiecirkelpaket – Uppdrag MAT FÖR LIVET – där de anställda i butikerna vid tre träffar får ökade kunskaper om sambandet mellan mat och hälsa. Till studiecirkelpaketet hör en unik produktpärm, i vilken livsmedel med lågt fett- och högt fiberinnehåll finns listade.

Butiker vars personal genomgått studiecirkeln och i övrigt uppfyller vissa förutbestämda krav på hälsoriktig framtoning kan belönas med ett diplom från projektets logo. Diplomet – BUTIK FÖR LIVET – kan användas som ett hjälpmedel i marknadsföringen av butikerna. På så sätt blir bra mat ett konkurrensmedel till nytta både för butiken, projektet och befolkningen. I kraven ingår, utöver studiecirkeln, att butiken skall ha ett brett sortiment av de listade livsmedlen. Man skall dessutom ha en tydlig märkning och skyltning av hälsoriktiga produkter i butikerna och aktivt marknadsföra dessa produkter med bland annat extrapriser och kampanjer. Diplomet gäller för ett år i taget.

I samarbete med Livsmedelsverket har försök med meny märkning av hela måltider i restauranger, personalmatsa-

lar och storkök genomförts. Erfarenheterna har lett fram till, att nyckel-hälsomärkning av färdiga måltider införts i hela landet från 1 juli 1993.

I vart och ett av primärvårdsområdena i de 17 kommunerna i Skaraborg finns dessutom sedan tidigare en lokal hälsoenhet med hälsoplanerare, hälsoinformatör och hälsoledare. Dessa bedriver omfattande befolkningsinriktade åtgärder utgående från lokala traditioner och förutsättningar.

Diskussion

Till hälsoundersökningen har 30- och 35-åringar inbjudits. Begränsade resurser är skälet till att endast två åldersklasser, 30- och 35-åringar, har inbjudits. Åldrarna har valts med tanke på att man önskar försöka nå en förändring av olämpliga levnadsvanor i en någorlunda tidig ålder. Vi gjorde bedömningen, att personer före 30 års ålder är svåra att nå när det gäller budskap om hälsa (14). Information till personer, 30 och 35 år gamla, kan dessutom kombineras med budskap i förskolor och skolor, eftersom många i dessa åldrar har barn i förskole- och skolåldern. Vi tror vidare att det är lättare att påverka personer i dessa åldrar utan att skapa oro, eftersom sjukdom och död ännu inte är en alltför vanlig företeelse bland jämnåriga. Både män och kvinnor ingår i programmet, eftersom vi finner anledning att nå båda könen. Hjärtinfarkt är visserligen ovanligare hos kvinnor, men det förebyggande budskapet är detsamma även när det gäller att förebygga andra tillstånd som är mer vanliga hos kvinnor såsom diabetes och cancer. Kvinnors traditionellt stora inflytande över mathållningen i familjen gör dem till en tacksam målgrupp för hälsoinformation. Dessutom torde ett projekt riktat mot både män och kvinnor få större genomslagskraft.

Hälsokurvan har visat sig vara ett värdefullt hjälpmedel vid samtal om riskfaktorerna, deras relativa betydelse och åtgärder för att minska riskfaktorb belastningen. Vid behandling av hypertoni och hyperkolesterolemi har man från många håll betonat vikten av att kartlägga och åtgärda patientens hela riskprofil. Hälsokurvan är enligt vår mening ett bra sätt att göra detta på. Kostenkåten "20 frågor om Dina matvanor" har fungerat mycket bra i praktiken som underlag för kostrådgivning och samtal om kost.

Allmänt kan konstateras, att det funnits en bred uppslutning kring projektet "Lev Hela Livet" inom primärvården och en god politisk uppbackning. Deltagarfrekvensen har varit tillfredsställande, såväl i samband med hälsoundersökningen som vid uppföljningen när riskfaktorer konstaterats. De befolkningsinriktade insatserna har ökat successivt och nya statsningar planeras. Programmet fortsätter enligt uppdragna riktlinjer. En kontinuerlig dataregistre-

ring görs för att på sikt kunna utvärdera om denna satsning är riktig och om de nuvarande formerna är optimala eller kan förbättras.

Referenser

1. O'Neill P. Hälsa för alla. Lund: Liber förlag, 1984.
2. Den nya hälso- och sjukvårdslagen. Vad kräver den? Vilket spelrum ger den? Stockholm: Landstingsförbundet, 1982.
3. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. HS 90. Underslagsstudie SoU 1984:46. Stockholm: Liber förlag, 1984.
4. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom. Ett hälsopolitiskt handlingsprogram. HS 90. Underlagsstudie SoU 1984:43. Stockholm: Liber förlag, 1984.
5. Hälsan i Sverige. Hälsostatistisk årsbok 1989. Statistiska Centralbyrån. Stockholm: Norstedts Tryckeri AB, 1989.
6. Hjermann I, Velve Byre K, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention of the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomized trial in healthy men. Lancet 1981;ii:1303-6.
7. Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA et al. Can life style changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. Lancet 1990;336:129-33.
8. The Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Mortality rates after 10.5 years for participants in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Findings related to a priori hypothesis of the trial. JAMA 1990;263:1795-1801.
9. Schelp L. Epidemiology as a basis for evaluation of a community intervention programme on accidents. Stockholm: Karolinska Institutet, 1987. (Thesis)
10. Schelp L. Community intervention and changes in accident patterns in a rural Swedish municipality. Health Promotion 1987;2:109-25.
11. Jakobsson B. Accidents among children and teenagers in a Swedish rural municipality. Stockholm: Karolinska Institutet, 1986. (Thesis)

12. Jansson B. A system for injury surveillance in Swedish emergency care as a basis of injury control. Stockholm: Karolinska Institutet, 1988. (Thesis)
13. Persson L-G, Lindström K. Hk 33-42. Primärprevention vid hälsokontroll av yngre medelålders män i Habo. Allmän-Medicin 1988;9:51-4.
14. Jacobsen BK, Thelle DS. The Tromsø heart study: responders and non-responders to a health questionnaire, do they differ? Scand J Soc Med 1988;16:101-4.

Författarpresentation

* Lars-Göran Persson, Kjell Lindström, Hans Lingfors, distriktsläkare vid vårdcentralen i Habo.

Erik Bög-Hansen, distriktsläkare vid vårdcentralen i Skara.

Calle Bengtsson, professor vid allmänmedicinska institutionen i Göteborg.

Habo vårdcentral
Box 204
566 24 Habo

Daghemsmiljö och sjukfrånvaro

HÅKAN CARL · CHRISTER PETERSSON · ANDERS HÅKANSSON

I denna artikel presenteras resultaten av en studie av tolv daghemsavdelningar under en nio-månadersperiod. Barnens infektionsfrånvaro var mycket måttlig (median tre dagar under höstterminen och fyra dagar under vårterminen) och varken barnens föräldrar eller avdelningarnas personal upplevde infektionssjukligheten som något större problem. Rökning förekom i var fjärde familj. För de olika avdelningarna varierade koldioxidhalten i inomhusluft mellan 392 och 1092 ppm och koldioxidhalten var högre i lägenhetsdaghemmen än i de vanliga daghemmen. Något samband mellan olika miljöfaktorer och barnens sjukfrånvaro kunde inte påvisas.

Introduktion

Under läsåret 1986-87 studerade vi förskolebarnens frånvaro på samtliga daghem och hos samtliga dagmammor inom stadsdelen Teleborg i Växjö (1). Vi konstaterade, att daghemsbarnen var något mera frånvarande på grund av sjukdom än dagmammebarnen och att skillnaden i sjukfrånvaro var stor mellan de olika daghemsavdelningarna.

För att, om möjligt, konstatera om denna skillnad mellan avdelningarna berodde på slumpen eller ej, gjorde vi under läsåret 1989-90 en uppföljande studie av de tre avdelningar som hade lägst sjukfrånvaro och de fyra avdelningar som hade högst sjukfrånvaro (2). Vi kunde då inte reproducera den tidigare uppdelningen i låg- respektive högfrånvaroavdelningar, varför de tidigare funna skillnaderna mellan avdelningarna sannolikt berott på faktorer som inte hade direkt med daghemsmiljön att göra.

Med hjälp av frågeformulär studerade vi översiktligt den socioekonomiska miljön i hemmen och den fysikaliska miljön på daghemmen. De resultat vi därvid fann har tidigare inte publicerats.

Material och metoder

Undersökningen omfattade de tre avdelningar som vid studien 1986-87 haft den lägsta sjukfrånvaron samt de fyra avdelningar som under samma period haft den högsta sjukfrånvaron. De sju avdelningarna låg inom stadsdelen Teleborg och där vistades 104 barn. Ytterligare ett daghem, beläget i en annan stadsdel, erbjöd sig frivilligt att vara med i studien och på dessa fem avdelningar fanns 64 barn.

Under perioden september 1989 till och med maj 1990 registrerade personalen dagligen barnens närvaro respektive frånvaro. Vid frånvaro skilde man på ledig dag enligt schema, sjukfrånva-

ro och frånvaro av annat skäl. Sjukfrånvaron uppdelades på ett antal specificerade infektionssjukdomar samt övriga sjukdomar. Dessa uppgifter rapporterades månatligen till vårdcentralen på för ändamålet framtagna listor.

Vid ett tillfälle under vårterminen tillsändes barnens föräldrar ett frågeformulär samt utdelades ett annat frågeformulär till daghemspersonalen. De aktuella frågorna framgår av resultatredovisningen.

Kommunens miljö- och hälsoskyddskontor genomförde mätningar av koldioxidhalten i inomhusluften med hjälp av infraröd koldioxidindikator av typ '2RI-411 A'. Mätningarna utfördes under en treveckorsperiod i februari-mars 1990. Avdelningarna besöktes vid samma tidpunkt, klockan 15-16 och på varje avdelning utfördes tre mätningar på olika höjd över golvet (0,2, 1,1 respektive 2,0 meter) ur vilka sedan ett medelvärde beräknades.

Kommunens socialförvaltning bidrog med uppgifter om föräldrarnas avgiftsgrundande inkomst samt med ritningar med vars hjälp de olika avdelningarnas yta kunde beräknas.

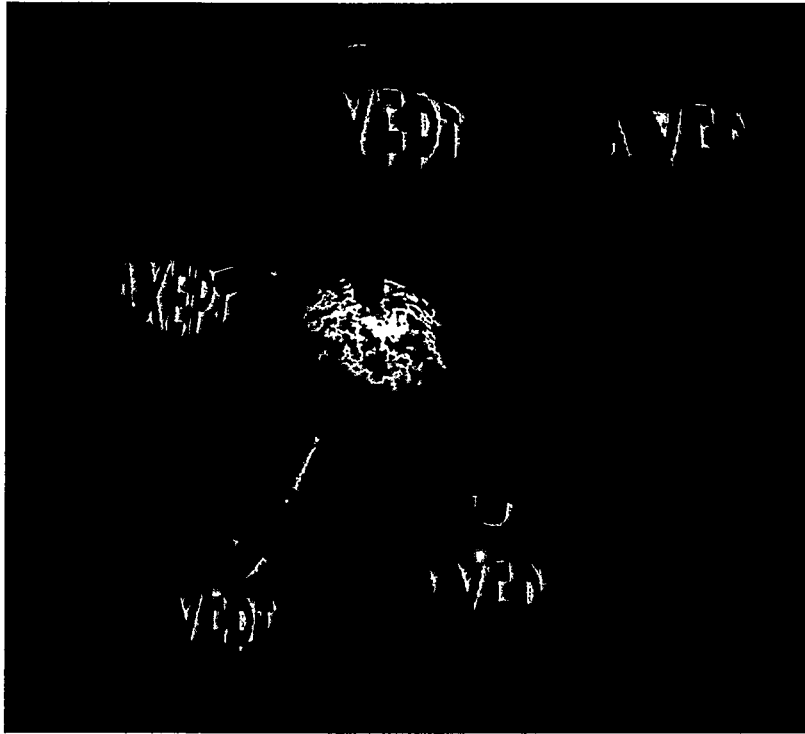
Resultat

Vid studieperiodens mitt var de 168 barnens medelålder 4,1 år. Andelen pojkar var 60 procent och andelen flickor 40 procent.

Som framgår av Tabell I var ledighet enligt schema den vanligaste orsaken till att barnet inte var på daghem-

LB05591

Prestationshöjande och vanebildande!



AXEPT[®]

NYHET!

Ett komplett journalhanteringsprogram för Macintoshdatorer

Ladda datorn med AXEPT och utför mer arbete på kortare tid.

om vårdgivare har man valt att arbeta med människor. Ingenting känns då mer naturligt än att i sitt arbete välja ett verktyg som sätter människan i centrum.

AXEPT är ett sådant verktyg.

Precis som Macintosh kombinerar AXEPT både kraftfullhet och enkelhet. AXEPT tar inte långt tid att lära sig. Det märker du genom att snabbt komma igång med ditt arbete, snabbare än du föreställt dig. Användarvänligheten finns utan att göra avkall på prestanda. När du väl har lärt dig programmet kan du använda AXEPT till saker som du med största sannolikhet inte trodde var möjligt.

Eftersom AXEPT är skapat för Macintoshmiljö och strikt följer de riktlinjer

som gäller för svenska Macintoshprogram har du som redan använder Macintosh ännu enklare att starta upp och börja arbeta. Här finns möjlighet att klippa, klistra, spara och klicka sig igenom AXEPT utan att behöva lära sig ett nytt handhavande. Det enda som du behöver lära dig är det som är nytt.

En avgörande faktor för ekonomi i ett system är att det är enkelt att arbeta med. AXEPT har låga initialkostnader och inga utbildningskostnader alls. Oberoende studier har visat att Macintoshanvändare utför mer riktigt arbete än användare av andra system. Det gäller även för AXEPT.

Genom att AXEPT bygger på Client-Server teknik mot SQL-databas uppnås högsta möjliga flexibilitet och total sekretess. Du som använder Acept kan växa med systemet, bygga för framtiden och vara säker på att dina data är skyddade för obehörig insyn.

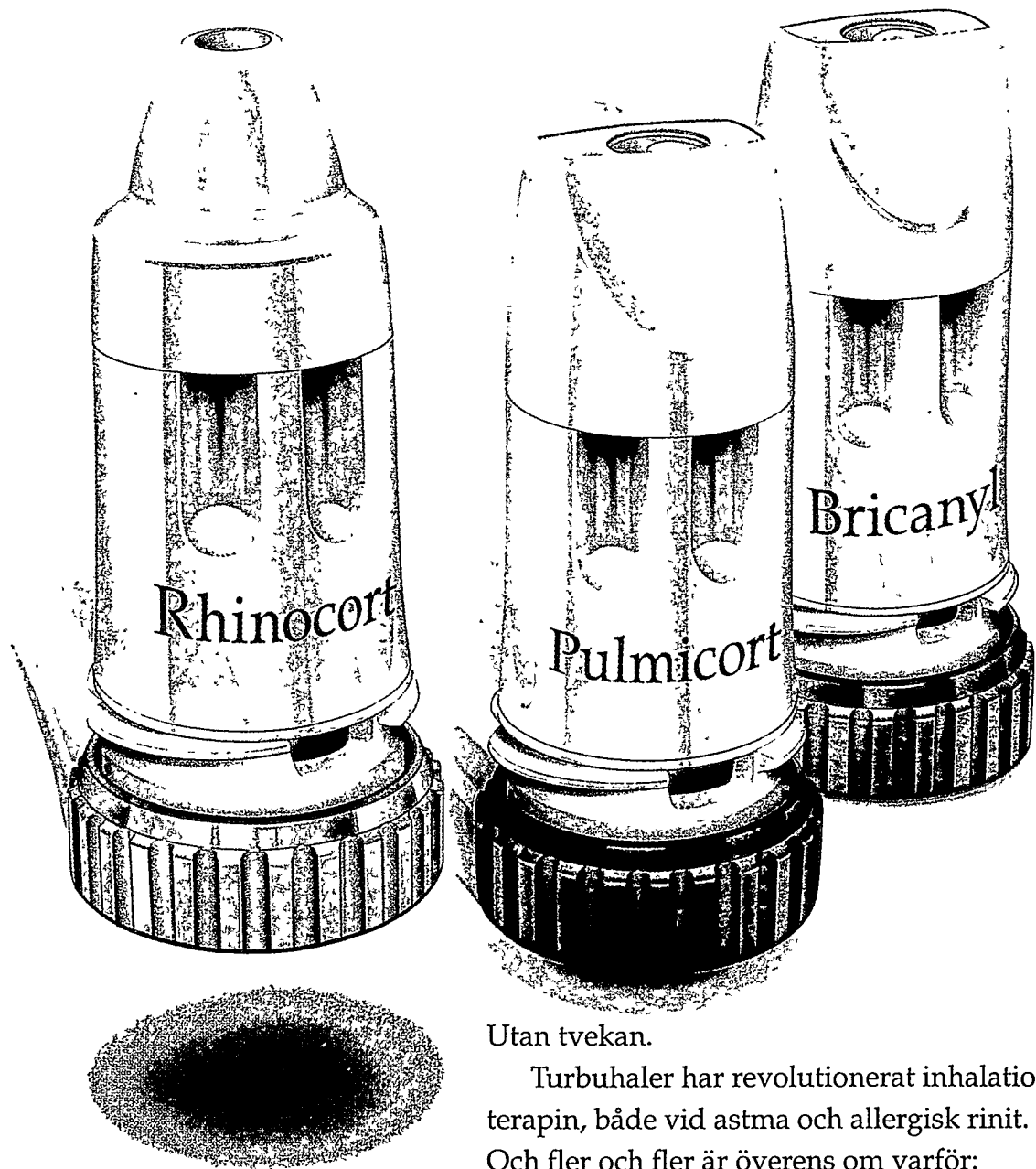
Köper du AXEPT för du ett års fri support. Du kan också ringa eller faxa för att ställa frågor. Som en extra service erbjuder vi dig också att använda modem för att rekvirera uppgraderingar och programvaror från INEQ'S MEDNET BBS, en elektronisk anslagstavla som nås via modem. BBS presenteras mer utförligt i separat broschyr.



INEQ
INTELLIGENT
EQUIPMENT AB

Box 262
261 23 Landskrona
Tel 0418-598 44
Fax 0418-142 61

Revolutionen.



Utän tvekan.

Turbuhaler har revolutionerat inhalations-
terapi, både vid astma och allergisk rinit.

Och fler och fler är överens om varför:

Den är mycket enkel att använda^{1,2,3,4}.

Dessutom innehåller den enbart rent läkemedel.

Turbuhaler®

Så skall en revolution se ut.

Rhinocort® Turbuhaler® (budesonid 100 µg/dos) nasal steroid vid allergisk och vasomotorisk rinit. Pulmicort® Turbuhaler® (budesonid 100, 200 resp 400 µg/dos) inhalationssteroid vid astma. Bricanyl® Turbuhaler® (terbutalin 0,25 resp 0,5 mg/dos) β₂ stimulerare vid astma och kronisk bronkit.
Referenser: 1. E. Aalto et al, Annals of Allergy, Volume 69, 1992. 2. H. Ahlström, E. Svenonius, M. Svensson, Allergy 44, 1989. 3. J. Duncan, A.C.W.S. Nmg, G.K. Crompton, Drug Invest 2, 1990. 4. G.R. Petrie et al, Drug Invest 2, 1990.

Draco Läkemedel AB / Tika Läkemedel AB, Lund 046-33 70 00

Tabell I. Antalet närvarodagar och frånvarodagar under höst- respektive vårterminen för de 168 barnen på de tolv avdelningarna.

	Median (kvartilavstånd)	
	Höstterminen	Vårterminen
Närvarodagar	65 (56–72)	79 (66–86)
Lediga dagar enligt schema	6 (1–18)	7 (0–19)
Frånvarodagar på grund av infektion	3 (1– 6)	4 (1– 8)

Tabell II. Data från föräldraenkäten.

	Medelvärde (variationsvidd mellan avdelningarna)
Antal vuxna per familj	1.9 (1.4 – 2.2)
Antal barn per familj	2.1 (1.9 – 2.5)
Föräldrarnas inkomst (tusen kr per år)	225 (178 – 280)
Antal rökare per familj	0.25 (0.07 – 0.5)
Andel familjer i enfamiljshus (%)	62 (14 – 89)
Andel familjer i flerfamiljshus (%)	38 (11 – 86)
Antal rum i bostaden	4.6 (3.5 – 5.5)
Bostadsyta (kvadratmeter)	120 (100 – 150)
Andel familjer i hus byggda 1973 eller tidigare (%)	47 (0 – 89)

Tabell III. Data från personalenkäten samt från miljö- och hälsoskyddskontorets mätningar.

	Medelvärde (variationsvidd mellan avdelningarna)
Antal tjänster på avdelningen	3.9 (3 – 6)
Antal personer på dessa tjänster	4.4 (3 – 6)
Utevistelse per dag (timmar)	1.9 (0.8 – 2.5)
Daghemsavdelningens yta (kvadratmeter)	195 (155 – 273)
Koldioxidhalt (ppm)	583 (392 – 1092)
Golvtemperatur (°C)	20.7 (17.7 – 23.0)

met. Medianvärdet för infektionsfrånvaro var under höstterminen tre dagar och under vårterminen fyra dagar per barn. Övriga frånvarodagar orsakades till största delen av annat än sjukdom.

För de 104 barnen på de sju Teleborgsavdelningarna var antalet möjliga närvarodagar enligt schema 18 753. Andelen dagar med infektionsfrånvaro under läsåret 1989–90 var 5.6 procent (SD 1.4), att jämföra med 7.5 procent (SD 2.9) under läsåret 1986–87.

För de fyra avdelningarna, som under den första perioden haft högst frånvaro, hade infektionsfrånvaron sjunkit från 9.8 procent (SD 0.6) till 5.7 procent (SD 1.7), medan infektions-

frånvaron för de tre avdelningar, som haft lägst frånvaro, stigit något från 4.5 procent (SD 0.2) till 5.5 procent (SD 1.3).

I tre av fyra familjer tyckte man inte att barnet haft några särskilda infektionsbekymmer under studietiden. På nio avdelningar tyckte man att barnens infektionssjuklighet varit ungefär som vanligt, medan man på tre avdelningar tyckte att den varit högre än vanligt.

Svaren på enkäten till föräldrarna finns i **Tabell II**. I genomsnitt var man knappt två vuxna och drygt två barn per familj. Mellan de olika avdelningarna var det stora skillnader i föräldrainkomst och föräldrarökning. Ande-

len familjer boende i enfamiljshus var i genomsnitt 62 procent, men varierade mellan de olika avdelningarna från 14 till 89 procent.

En del av svaren på enkäten till personalen presenteras i **Tabell III**. På var och en av de tolv avdelningarna arbetade 3–6 personer på 3–6 tjänster.

Elva avdelningar städades dagligen och åtta avdelningar vädrades en eller flera gånger om dagen. All mat till barnen lagades på fem avdelningar och barnen deltog då ibland i matlagningen. På sju avdelningar fanns rutiner för rengöring av leksaker.

En fråga gällde om man på avdelningen återkommande upplevt olika miljöproblem. På tre avdelningar hade man noterat obehaglig lukt, på fem instängd och kvalmig luft och på sju torr luft. Sex avdelningar hade problem med golvdrag och tre med damm, medan ingen uppgav sig ha problem med fukt eller kondens.

Av **Tabell III** framgår också resultaten av miljö- och hälsovårdsnämndens mätningar av koldioxidhalt och golvtemperatur. Som synes varierade koldioxidhalten från knappt 400 till knappt 1100 ppm mellan de tolv olika avdelningarna.

Av de sju avdelningarna inom stadsdelen Teleborg var tre inrymda i lägenheter och fyra i för ändamålet uppförda byggnader. Koldioxidhalten i lägenhetsdaghemmen var betydligt högre (mean 882 ppm; SD 247) än de vanliga daghemmen (mean 458 ppm; SD 73) (Mann-Whitney's U-test; $p=0.028$). Samma skillnad sågs då stadsdelens samtliga sju lägenhetsavdelningar jämfördes med samtliga 18 vanliga daghemsavdelningar.

Vi gjorde också ett försök att relatera skillnaderna i infektionssjuklighet mellan avdelningarna till skillnader i olika bakgrundsvariabler. På avdelningar med hög infektionsfrånvaro hade barnen en lägre medelålder samt ett högre antal syskon. Övriga studerade socioekonomiska och fysikaliska bakgrundsfaktorer befanns i denna lilla studie inte ha något signifikant samband med barnens infektionssjuklighet.

Diskussion

Avdelningarna med hög sjukfrånvaro vid undersökningen 1986–87 var samtliga utom en belägna i ombyggda hyreslägenheter. De hade sämre uteplatser än avdelningarna med låg sjukfrånvaro, som alla var belägna i ändamålsenliga byggnader. Detta förhållande gav upphov till hypotesen, att daghemsmiljön skulle kunna vara en orsak till skillnaderna i sjukfrånvaro. Den aktuella undersökningen var ett försök att testa denna hypotes.

Tre år hade förflutit mellan de båda undersökningarna, minst hälften av barnen hade hunnit omsättas och de skillnader som påvisades vid första tillfället hade utjämnats mot en generell

lägre frånvaro, vilket tycks vara en trend även i andra delar av landet (3).

Ett intressant fynd var den stora skillnaden i uppmätt koldioxidhalt mellan de olika avdelningarna. Koldioxidhalten i inomhusluft bestäms av mängden bildad gas (hur många personer som vistas i rummet under en viss tid), av rummets totala luftmängd och av ventilationssystemets effektivitet. Eftersom ett antal andra luftföroreningar kan antas samvariera med koldioxidhalten, kan den sägas utgöra ett mått på inomhusluftens kvalitet i stort. Koldioxidhalten diskuterades bland annat i 1989 års allergiutredning (4), där man angav ett värde över 700 ppm som ett observandum, medan ett värde över 1000 ppm borde påkalla omedelbara åtgärder.

Trots att de före detta högfrånvaroavdelningarna i vår studie generellt hade högre koldioxidhalter än lågfrånvaroavdelningarna hade detta inte någon betydelse för infektionsfrånvaro under den nu aktuella perioden.

Litteraturen är mycket sparsam, när det gäller beskrivningar av sambandet mellan koldioxidhalt och infektionssjuklighet på daghem. I en svensk studie (5), där man utgick från så kallade besvärstaghem (barnen besvärades av ospecifik hudirritation, rethosta, m) och jämförde med ett antal kontrolldaghem, kunde man inte påvisa några samband mellan infektionsfrånvaro och ett stort antal variabler, bland annat luftomsättningen som fick karakterisera inomhusmiljön. I en dansk studie (6) fann man samband mellan antalet barn på avdelningen och sjukfrånvaro. Vidare var närheten till en starkt trafikerad väg och sämre hygienrutiner på avdelningen korrelerade till högre sjukfrånvaro.

Koldioxidmätningarna, som genomfördes under vintersäsong, gav relativt hyggliga värden på våra daghem. En-

dast en avdelning överskred det hygieniska gränsvärdet. Som jämförelse kan nämnas en kanadensisk studie (7), där 90 procent av 91 daghem överskred 1000 ppm och där medelvärdet vid mätningarna var 1505 ppm. I den studien gjordes tyvärr inga försök att korrelera koldioxidnivåer till sjuklighet.

I vår studie hade endast ålder och antal syskon betydelse för infektionsfrånvaro. Låg ålder är i detta sammanhang en mycket välbelagd riskfaktor, medan betydelsen av antalet syskon är mera osäker. En landsomfattande studie från USA (8) visade till exempel, att för små barn på daghem var äldre syskon en riskfaktor, medan de för lite äldre barn (över 18 månader) var en skyddsfaktor.

I likhet med en aktuell svensk undersökning (9) kunde vi inte finna samband mellan rökning i hemmet och infektionsfrånvaro. Den begränsade storleken på vårt material är i detta avseende ett klart observandum.

Sammanfattningsvis har vår undersökning gett en ljus bild av infektionsläget på daghemmen. Liksom tidigare forskare har vi haft svårt att finna samband mellan specifika drag i daghemmens miljö och barnens infektionsfrånvaro. Mycket talar för att de skillnader vi fann vid den första undersökningen var knutna till de individer som just då råkade befinna sig på respektive avdelning. Sannolikt kommer ytterligare förbättringar av dagens materiella och hygieniska daghemsstandard inte att få någon avgörande betydelse för barnens infektionssjuklighet.

Referenser

1. Petersson C, Håkansson A. A prospective study of respiratory tract infections among children in different forms of municipal day care. *Scand J Infect Dis* 1989;21:449-57.

2. Cars H, Petersson C, Håkansson A. Infectious morbidity and day care centre environment. *Scand J Infect Dis* 1992;24:525-8.
3. Söderström M, Hovelius B, Schalén C. Decreased absence due to infectious diseases in children at two day care centres over an eight-year interval (1979/80-1987/88). *Acta Paediatr Scand* 1990;79:454-60.
4. Att förebygga allergi/överkänslighet. Betänkande av allergiutredningen. *SOU* 1989;76:145-91.
5. Olin P, Höjer B, Tomson G, Amelin G, Snellman K, Roth K. Dagisjukan - en jämförelse mellan daghem med och utan klimatproblem. II. Byggnadsdata och barnens hälsa. *Spri - utredningsbanken* 1986;20291:1-16.
6. Rindel AK, Kronborg D, Jensen ST. Sygeligheden i københavnske vuggestuer belyst ud fra sociale, fysiske, miljømæssige og hygieniske faktorer. *Ugeskr Laeger* 1992;154:2140-6.
7. Daneault S, Beausoleil M, Messing K. Air quality during winter in Quebec day-care centers. *Am J Public Health* 1992;82:432-4.
8. Hurwitz ES, Gunn WJ, Pinsky PF, Schonberger LB. Risk of respiratory illness associated with day-care attendance. *Pediatrics* 1991;87:62-9.
9. Rasmussen F, Bondestam M. Daghemsbarns sjukfrånvaro påverkas inte av föräldrarnas rökning. *Läkartidningen* 1992;89:1877-9.

Författarpresentation

*Håkan Cars, distriktsläkare, Vårdcentralen Teleborg.

Christer Petersson, distriktsläkare, Vårdcentralen Strandbjörket.

Anders Håkansson, docent, distriktsläkare, Vårdcentralen Teleborg.

*Vårdcentralen Teleborg
Box 5044
350 05 Växjö

Skjut inte på pianisten!

ABO 5592

ANNA-KARIN FURHOFF

Allmänläkarkårens omdömen har inte varit nådiga när det gäller Socialstyrelsens riktlinjer för dispensgivning för husläkare.

Riktlinjerna har utformats i samråd med representanter för Läkarförbundet, Landstingsförbundet och SFAM. Det var jag som var SFAMs representant, så jag kan berätta hur det gick till, ty jag var med.

Utgångspunkterna för arbetet, som ägde rum under sommaren, var husläkarpropositionen och socialutskottets betänkande. I augusti kom också regeringens förordning i ämnet.

Propositionen och utskottsbetänkandet är inga lättolkade dokument, snäri-

ga och delvis självmotsägande. I synnerhet det sistnämnda bär spår av politiskt kompromissande. Juristerna och ämbetsmännen vred och vände på bisatser och syftningar och övervägde vad Kammarrätten skulle komma fram till vid ett överklagande. Övriga suckade och tänkte långtansfullt på texterna i FASS, som man kan tyda lite som man vill (åtminstone så länge ingen kommer på en).

Men demokrati betyder folkstyre, så vad riksdagen har sagt gäller. Och rättsstat betyder tjänstemän som tillämpar lagar och förordningar efter bokstaven och den anda de stiftats i, och inte efter eget huvud.

De första avgränsningarna var emellertid inte så besvärliga. Det stod helt klart att distriktsläkare, som visserligen inte är specialister i allmänmedicin, men som arbetar i yrket med stöd av någon tidigare dispensbestämmelse, skulle få fortsätta som husläkare med så lite formaliteter som möjligt.

Likaså gick det fort att komma fram till att "specialister, som inom sitt ämnesområde är kliniskt verksamma med direkt patientarbete, det vill säga konsultationer" inte kan innefatta till exempel röntgenologier, kliniska fysiologer och anestesiloger, vilka alltså icke göra sig besvärliga.

Forts sid 226

Brufen

minimerar risken för

biverkningar

!!!!!!

MINDRE RISK FÖR MAGBLÖDNING

- Lågt antal rapporterade biverkningar i bl a Sverige¹⁾, Danmark²⁾, England³⁾ och USA⁴⁾
- Lågst risk för ulcus hos äldre⁵⁾
- Lågst toxicitet av samtliga NSAID⁶⁾

KORT HALVERINGSTID

- Mindre risk för ackumulation
- Möjlighet att ge en flexibel dosering

¹⁾ Wilholm B-E, Myrhed M, Ekman E. In: Rainsford K D, Veto G P, eds. Side-effects of antiinflammatory drugs. Lancaster: MTP Press Limited. ²⁾ Kromann-Andersen, Ugeskr Læger, 1986; 148/8:462-468

³⁾ CSM Update Br Med J 1986;292:1190-1 ⁴⁾ Paulus H E, Arthritis Rheum, 1985;28:1168-9 ⁵⁾ Griffin et al, Ann Int Med 1991;114:257-63

⁶⁾ Fries et al., Arthr. Rheum. 1991;34:1353-60

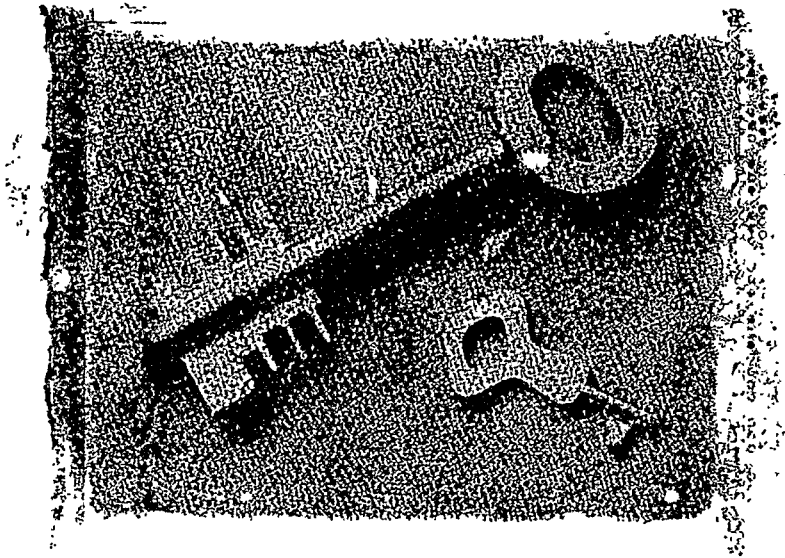
BRUFEN
ibuprofen

Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt. Tabletter 200 mg, 400 mg, 600 mg, mixtur 20 mg/ml.

Astra Läkemedel

151 85 Södertälje. Tel 08-55 32 60 00

Astra Läkemedel representerar The Boots Company i Sverige



Nyckeln som öppnar möjligheter att behandla alla olika.

*I modern hypertoni behandling är nyckelordet individualisering.
Det är viktigt att ta hänsyn inte bara till blodtrycket utan även till ålder, annan
samtidig sjukdom och annan behandling.*

Plendil® (felodipin) ger stora möjligheter till anpassning av dosen, tack vare tre styrkor: Seniortabletten 2,5 mg, startdosen 5 mg och 10 mg. Den goda blodtryckssänkande effekten är väl dokumenterad hos hypertoniker i alla åldrar, både i kombinationsbehandling och i monoterapi.

Den mycket höga kärlelektiviteten ger en trygg behandling utan oönskade hjärteffekter eller interaktioner med andra hjärt-kärlläke-

medel. Därför är Plendil® speciellt lämpligt som första tilläggsmiddel hos patienter som inte nått diastoliskt målblodtryck < 90 mm Hg.

Många hypertoniker har eller kommer att få andra samtidiga sjukdomar, som t ex diabetes, sänkt njurfunktion, obstruktiv lungsjukdom eller hyperlipidemi. Därför måste behandlingen passa både nu och i framtiden.

Plendil® är väl dokumenterat på patienter med komplicerande sjukdomar till hypertoni.

MINST SJU AV TIO HAR INTE BARA HYPERTONI [1]

Plendil® 
FELODIPIN

1. Information från Socialstyrelsens Läkemedelsavdelning 1990;3:113.

Kärlelektiv Ca-antagonist mot hypertoni

Gynekologisk undersökning på vårdcentral – kvinnors erfarenheter och önskemål

BENGT MATTSSON

Artikeln redovisar en enkätundersökning av kvinnor som sökt vid vårdcentral och deras erfarenheter av och synpunkter på gynekologisk undersökning. Kvinnorna uttryckte framför allt ett stort behov av respektfullt bemötande och önskan om mer information i direkt anslutning till undersökningen. Undersökningen tycktes vara lättare att göra på mödravårdcentralen än på läkarmottagningen. Enstaka betydelsefulla händelser i samband med tidigare undersökningar spelade större roll för inställningen till gynekologisk undersökning än omfattningen av tidigare gynekologisk/obstetrisk erfarenhet. Kvinnorna kommenterade också hur de praktiska arrangemangen borde vara ordnade och hur de upplevde en manlig respektive kvinnlig undersökare.

Gynekologiska undersökningar görs frekvent i primärvården. Rutinerna i samband med genomförandet är olika vid olika vårdcentraler/mottagningar och motiven för en undersökning varierar. Ett besök på mödravårdcentralen (MHV) görs under andra förutsättningar än ett besök vid läkarmottagningen.

Den gynekologiska undersökningen har en speciell karaktär. Den berör en privat och intim sfär, som är associerad med både positiva och negativa erfarenheter (1). Viktigast i både medicinskt och psykologiskt avseende är den gynekologiska palpationen, men en serie praktiska omständigheter som omger denna är också betydelsefulla för hur besöket uppfattas (2,3).

Vid Mariehems vårdcentral i Umeå, där denna studie genomförts, sker den gynekologiska undersökningen vid ett läkarbesök på ett speciellt så kallat gyn-rum. Efter ett inledande samtal på läkarexpeditionen ombeds kvinnan att gå till en omklädningshytt i gyn-rummet för förberedelse för att sedan gå upp i gyn-stolen. Det är en kort väg att gå och vanligen ges då inte möjlighet till att använda någon form av skydd över kroppens nedre del. Inte heller brukas vid undersökningen något uppspänt tygskydd mellan benstöden.

Vid besök på MHV görs alla moment i ett och samma rum. Samtal, avklädning, undersökning, påklädning och avslutande samtal sker inom cirka 12 kvadratmeter. Rummet saknar draperier eller motsvarande att gå bakom.

Syftet med denna studie var att efterhöra kvinnors inställning till gynekologisk undersökning med särskild hänsyn till de yttre förutsättningarna vid besöket.

Material och metod

En enkät gavs konsekutivt till 115 kvinnor som sökte vid läkarmottagningen och MHV vid Mariehems vårdcentral i samband med att gynekologisk undersökning genomförts.

Kvinnorna fick enkäten vid besökets slut och ombads att fylla i svaren hemma (öppna och slutna alternativ) och återsända dem i förfrankerade svarskuvert. Frågorna gällde kvinnornas samlade erfarenhet av dylika undersökningar. I enkäten efterfrågades initialt ålder, antal tidigare gynekologiska undersökningar, antal födda barn och eventuella genomgångna gynekologiska operationer.

Därefter gavs en allmän fråga: "Vad är din allmänna inställning till gynekologisk undersökning?" (fyra svarsalternativ).

I fem följande frågor gavs samma grundfråga: "Hur värdefullt tycker Du att det är att ...?" (fyra svarsalternativ). Frågorna gällde:

– Hur värdefullt är det med en avskild plats för omklädnad före/efter undersökning?

– Hur värdefullt är det att ha något över höfterna när man rör sig i rummet?

– Hur värdefullt är det att det är en kvinna som genomför undersökningen?

– Hur värdefullt är det med samtal före undersökningen?

– Hur värdefullt är det att du informeras om vad man gör vid undersökningen?

Efter varje delfråga gavs utrymme för egna kommentarer och två avslutande frågor var helt öppna. Dessa löd: "Är det något annat rent praktiskt som du tycker man som personal skall tänka på vid en gynekologisk undersökning?" samt "Är det något du upplevt som du tycker varit särskilt bra eller dåligt?"

Kommentarerna och de öppna frågorna har genomlästs flera gånger i avsikt att finna mönster eller särskilda teman. Dessa personliga beskrivningar har särskilt tolkats mot bakgrund av ålder och den tidigare gynekologiska/obstetriska erfarenheten som den rapporterats i enkäten (4).

Resultat

Sammanlagt 96 kvinnor (83 procent) besvarade enkäten. Sextiosex kvinnor fick enkäten i anslutning till läkarbesök och 30 i anslutning till besök på MHV. Ålder, antal tidigare gjorda gynekologiska undersökningar, antal barn och tidigare antal genomgångna gynekologiska operationer framgår av Tabell I.

De flesta kvinnorna var mellan 20 och 29 år – endast ett fåtal var yngre än 20 eller äldre än 60 år gamla. I genomsnitt baserades svaren och kommentarerna på ett 15-tal tidigare genomförda

Tabell I. Ålder, antal barn, tidigare gynekologisk/obstetrisk erfarenhet samt allmän inställning till gynekologisk undersökning hos 96 kvinnor.

Antal kvinnor	Ålder (år)					
	<20 år n=3	20-29 n=41	30-39 n=17	40-49 n=13	50-59 n=14	>59 n=8
Antal barn/patient (medeltal)	0	0.3	1.6	2.5	1.8	1.4
Antal gjorda gynekologiska undersökningar/patient (medeltal)	1	10	17	17	16	13
Antal gjorda gynekologiska operationer/patient (medeltal)	0	0.3	0.6	1.0	0.8	1.7
Allmän inställning (medeltal)	3.0	3.1	2.8	3.3	3.6	3.3

Tabell II. Inställning till olika moment i samband med den gynekologiska undersökningen fördelade på olika åldrar

	Ålder (år)					
	<20 n=3	20-29 n=41	30-39 n=17	40-49 n=13	50-59 n=14	>59 n=8
Att enskild plats finns för av/påklädning	2.3	2.2	2.0	2.0	2.4	1.6
Att ha något om sig när man rör sig i rummet	3.0	2.8	1.8	2.3	2.2	2.3
Att en kvinna genomför undersökningen	1.7	2.0	2.2	2.2	2.7	2.8
Att man samtalar före undersökningen	1.2	1.2	1.4	1.2	1.6	1.4
Att man får information vid undersökningen	1.2	1.2	1.1	1.2	1.3	1.0

Siffervärdena i frågorna rörande inställning motsvaras av: 1=mycket värdefullt; 2=ganska värdefullt; 3=spelar obetydlig roll; 4=ingen som helst betydelse. Medeltal angivna.

undersökningar, men variationen av erfarenheten var stor. För ett par yngre gavs enkäten efter den första undersökningen, medan några kvinnor hade erfarenheter av mer än 40 undersökningar eller som en uttryckte det "jag har tappat räkningen sedan flera år".

Allmän inställning

De flesta markerar siffermässigt att man gör undersökningen "med obetydliga svårigheter" (Tabell I). De äldre kvinnorna tenderar att i något större utsträckning tycka det är lättare än de yngre, men inom åldersgrupperna finns stora variationer.

Femtio procent av kvinnorna (n=46) har givit egna kommentarer till frågan och formuleringarna varierar. De flesta har beskrivit känslan av att vara utlämnad, generad, rädd för att det skall göra ont och att vara spänd inför undersökningen. ('Jag känner mig generad och utlämnad'; 'Det är lätt att spänna sig lite när man ligger i gyn-stolen och då gör det ont i början'; 'Jag känner oftast obehag innan en undersökning och har därför ofta dragit ut på tiden innan jag beställt tid'.)

Även om man i de fasta svaren endast angett mindre problem, tycks i en del fall svårigheter föreligga. Av tre kvinnor som markerat att det 'går utan problem' (fast svar) så skriver en i sin kommentar 'pinsamt, men det blir så småningom en vanesak', en annan 'inte det trevligaste precis' och en tredje 'det är inte behagligt att gå till läkare - men jag tycker inte att gyn-undersökning är värre än någon annan form av läkarundersökning'. En annan som angett 'obetydliga svårigheter' av de fasta alternativen uttrycker med egna ord, 'tycker det är läskigt, men efteråt kan jag inte förklara obehagskänslan på vägen till undersökningen'.

Enskild plats för undersökningen

Det tycks som om de flesta vill ha en egen plats för av- och påklädning (Tabell II). Av svaren på de fasta alternativen att döma, tenderar de äldre kvinnorna önska detta starkare än de yngre.

En del uttrycker behovet av att vilja ha en personlig sfär i förhållande till utsattheten ('där har man sin privacy'; 'obehagligt att klä av sig inför personer som man känner ytligt'; 'viktigt att få klä av sig i fred'; 'man vill klä av sig privat och samla tankarna innan').

Hur förtrogen man är med miljön och de människor som medverkar vid undersökningen är en viktig faktor för om man vill ha enskildhet eller ej ('Har man förtroende för och känner den person som skall undersöka, så är avskild plats oväsentlig'; 'Så länge det inte finns någon insyn spelar det ingen roll').

Att ha något om sig

Behovet av att kunna ha något om höfterna när man rör sig i rummet, uttrycker kvinnorna i de fasta alternativen som mellan 'ganska värdefullt' och 'spelar obetydlig roll' (Tabell II). Det saknas tendens till skillnad mellan olika åldersgrupper, genomgående finns variationer inom alla åldrar.

I kommentarerna tas upp rummets storlek (större behov om man rör sig längre sträcka) men flera upplever känslan av exponerad nakenhet som besvärande ('Det är svårt att vara naturligt med stjärten bar'; 'Det är skönt att slippa visa sig helt naken så något att ha på sig lättar ju det hela'). Finns det flera personer i rummet blir behovet av skydd också större ('Om det är kandidater med känner man sig iakttagen från flera håll').

Andra tycker det spelar liten roll ('Det tycker jag inte spelar någon roll för kläderna skall ju ändå av'; 'Man skulle känna sig dubbelt så löjlig med

pappersskjol jämfört med att springa runt med rumpan bar'; 'sanslöst').

Liksom i den tidigare frågan om enskildhet vid avklädning spelar förtrogenheten med människorna och miljön in här också ('Nakenheten är så privat - man blottar sig inte gärna för okända').

Man eller kvinna som undersökare

Ju äldre kvinnorna är ju mer tycks män accepteras som undersökare. Som grupp anser man dock, att det är 'ganska värdefullt' att en kvinna genomför undersökningen (Tabell II). Betecknande för många av kommentarerna är följande formulering: 'Känner på ett sätt att endast kvinnor kan förstå mina besvär. Men jag hoppar inte ur stolen om det är en manlig läkare, bara han möter mig med respekt'.

Denna delfråga hade fått flest kommentarer (n=50, 52 procent) och många framhöll att försiktighet, kunnande och ödmjukhet hos undersökaren var viktigare än om vederbörande var man eller kvinna ('Så länge jag känner att jag får förtroende för vederbörande spelar det inte så stor roll'; Beror snarare på hur personen är'; 'Kön spelar ingen roll bara man möts med förtroende'; 'Det som har betydelse är personens sätt att genomföra undersökningen. Hellre 10 manliga, mjukhänta läkare än en hårdhänt barnmorska!').

Några betonar självklarheten med kvinnor ('Det är som om jag tror att en kvinna bättre kan sätta sig in i hur situationen i gyn-frågor upplevs ... men det kanske är en chimär?'; 'Känns mindre utlämnad av en kvinna'; 'En kvinna är mycket mer försiktig och mer omtänksam, lättare att prata med under pågående undersökning'; 'Det finns nog bra manliga gynekologer, men det känns ändå bättre med en kvinnlig - åtminstone för mig').

Den egna tidigare erfarenheten kan vara avgörande för synen på man eller kvinna som undersökare ('Kvinnor jag träffat tidigare har varit mindre försiktiga än männen, varför jag hellre undersöks av män'; 'Har haft tur att få bra kontakt med gynekologen'; 'Har aldrig haft en manlig undersökare, men kan tänka mig att jag känner mig mer utlämnad med en man').

Samtal före undersökningen

Genomgående uttrycker de allra flesta (i alla åldersgrupper) att samtal före undersökningen är 'mycket värdefullt' (Tabell I). Något färre hade valt att kommentera denna fråga (n=39, 40 procent).

Samtalet ger, enligt kommentarerna, möjligheter till att få en bättre kontakt med undersökaren och en del beskriver att det har en lugnande inverkan på själva undersökningen. ('Det gör att man slappnar av inför undersökningen, man blir inte så anonym'; 'Det blir inte en vilt främmande person man möter, det blir lugnare så').

Betablockad och vasodilatation i samma substans

Eucardic® (karvedilol) har betablockerande och vasodilaterande effekt i samma substans. Den kärlvidgande effekten ger en fysiologiskt riktig blodtryckssänkning med bibehållen perifer genomblödning och njurfunktion. Eucardic ger inte kalla händer och fötter, och inte heller påverkas lipid- och glukosvärdena.

*hur många
av dina patienter
klagar över
kalla händer
och fötter?*

Eucardic®

KARVEDILOL

VASODILATATION OCH BETABLOCKAD I BALANS

Information under undersökningen

Ett starkt behov av att få information uttrycktes av alla åldrar både i de fasta svarsalternativen (Tabell II) och i de egna kommentarerna.

Man betonar speciellt ett behov av direkt information under pågående undersökning ibland med en underton av att man inte självklart blivit respekterad som den part för vilken undersökningen har den största betydelsen. Krav på delaktighet ställs också ('Det är min kropp och jag vill veta vad som görs med den'; 'Man vill ju veta direkt om det är något fel'; 'Barnmorskan visar alltid med spegel - bra!')

Om informationen ges direkt under pågående undersökning, får det som sägs en särskild dimension. Det kommer i ett verkligt organiskt sammanhang, man talar med kroppen lika mycket som om kroppen.

Kvinnans egen medvetenhet och aktivitet ökar också om man får reda på vad som sker och samarbetet blir bättre och därmed också den diagnostiska kvaliteten ('Man måste få känna sig delaktig. Det blir man när man får reda på vad som händer').

Övrigt att tänka på - vad är bra och vad är dåligt

På de öppna avslutande frågorna om vad som i övrigt kunde tilläggas av gott och ont vid en undersökning hade 46 kvinnor (48 procent) valt att kommentera.

De flesta tog upp saker som tidigare nämnts och kraven/önskemålen på respekt, gott bemötande och att undersökaren har tillräcklig tid dominerade. ('Bra att hon berättade om vad som skulle hända och att hon tänkte på hur det kunde kännas för mig'; 'Bra: medmänsklighet, intresse, information. Dåligt: hänfullhet, överlägsenhet, ointresse').

I övrigt återfanns bland dessa svar ett par temata:

- undersökningsrummets karaktär: rum och instrument skall vara varma, rummet gärna litet och inte för ljus och sterilt, stolen skall vara riktad från dörren om någon främmande skulle komma in, gärna planscher och något i taket att vila ögonen på vid undersökningen;

- antalet personer vid undersökningen: absolut inget 'spring' av obehöriga under pågående undersökning, helst bara en (undersökaren), men om denna är en man, en kvinnlig medhjälpare; kandidat eventuellt, om vederbörande visar respekt och presenterar sig; kan kännas tryggt med någon som står vid sidan under undersökningen;

- undersökarens beteende: flera kvinnor tar upp det kritiska ögonblicket när man går upp i stolen. Några beskriver en stark känsla av klumpighet och ogillar betraktande då ('Personalen bör se bort när man kliver upp'; 'Undersökaren kan ju passa på att tvätta händerna

till exempel när man skall kliva upp (om man inte behöver hjälp) så känner man sig mindre klumpig').

Diskussion

Frågorna har också analyserats med avseende på tidigare gynekologiska erfarenheter och antalet barn. Inte i någon fråga tycks särskilda mönster då framkomma. Således utgör till exempel de elva kvinnor som fött tre barn eller fler inte någon särskild grupp vad avser svarsmönstret på fasta alternativen. När de skriftliga kommentarerna från alla kvinnorna analyserats, framkommer emellertid ett par ytterligare tendenser som går igenom i flera av frågorna.

Den första undersökningens betydelse

Både medelålders och äldre kvinnor ger erfarenheter av den första gynekologiska undersökningen. Minnena däriifrån, både positiva och negativa, är beskrivna som tydliga bilder som bärs vidare i form av en grundattityd till undersökningen ('Har alltid känt mig avslappnad, aldrig upplevt att det gjort ont, blev omhändertagen av en underbar barnmorska de första gångerna' (25-årig kvinna som gjort 20 undersökningar); 'Min allra första undersökning var en chock, kändes som en 'slakt' invändigt' (52-årig kvinna som gjort 20-30 undersökningar)).

De yngre kvinnorna som gjorde sin första undersökning i samband med studien eller som gjort den relativt nyligen, uttryckte behovet av att en kvinna gör den första undersökningen ('Jag skulle i alla fall aldrig vilja ha en man första gången'; 'Det är viktigt att det är en kvinna första gången').

I vilket sammanhang undersökning- en görs

Några kvinnor har i de fasta svarsalternativen givit två svar. Ett svar som gällt för MHV och ett som gällt för läkarbesök (sjukhus/vårdcentral). Vid besöket på MHV präglas inställningen av öppenhet, dela med sig, glädje inför förlossning och moderskap och undersökningen tycks genomföras enkelt.

Vid läkarbesök finns i stället en känsla av hot, sjukdom och svårigheter och skillnaden till MHV-besöken är tydlig. ('Svårt att göra gyn-undersökning i samband med operation och sjukdom, lättare vid graviditet'; 'Sjukhus mer operativt, på mödrahälsövården suveränt bemötande och varmt mottagande'; 'Viktigt med egen plats för omklädnad på sjukhus, har ingen betydelse på mödravården').

Kontakten viktigast

Man kan säga, att den gynekologiska undersökningen ställer alldeles speciella krav på förmågan att etablera kontakt. Att vara okänslig och klumpig kan accepteras lättare i andra undersökningssituationer, på gyn-rummet är be-

hovet av närvaro och lyhördhet särskilt stort (5). På det hela taget verkar de flesta undersökare medvetna om detta och flera kvinnor uttrycker i de fria kommentarerna stor belåtenhet med det sätt varpå man blivit bemött genom åren.

När känsligheten är stor kan dock sådant som ter sig som detaljer och ovidkommande saker få stor betydelse. Vid gynekologundersökningen har man som undersökare ett tillfälle att uppöva sin egen observans och att skärpa sina egna sinnen.

Det gäller till exempel förmågan att ha ögonkontakt med kvinnan. Ögonkontakt är viktigt för att samarbete, förståelse och en ökad känslighet skall kunna utvecklas. Några kvinnor har i sina kommentarer uttryckt det så här: 'Det är viktigt att man har ögonkontakt med den som undersöker!'; 'Den som undersöker skall se en i ögonen när man samtalar - inte i underlivet!'

Kvinnor har mycket att berätta om av upplevelser kring gynekologiska undersökningar och många har bestämda önskemål om hur man vill bli bemött.

Att använda enkätmetod som i denna studie har definitivt sina begränsningar. De fasta svarsalternativen gav också ganska lite information. Mest utbyte hade man av kvinnornas egna kommentarer och den höga svarsprocenten och de många egna reflexionerna tyder på att ämnet är angeläget. För fortsatta och fördjupade studier torde dock intervjuer vara bäst lämpade. I längre samtal kan ytterligare erfarenheter bli kända och förbättringar och förändringar kan sedan genomföras.

Erkännande

Ett tack till kvinnorna som deltagit och till kollegor och barnmorskor vid vårdcentralen som bidragit med synpunkter.

Referenser

1. Areskog-Vijma B. The gynecological examination - women's experiences and wishes and the role of the gynecologist. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1976;6:59.
2. Areskog-Vijma B. Överföring och mötöverföring - instrument i den gynekologiska undersökningssituationen? *Läkartidningen* 1987;84:2195.
3. Emerson J. Behaviour in private places. Sustaining of reality in gynecological examinations. In: Dreitzel HB (ed). *Recent Sociology*, vol 2:74-97. London: MacMillan Comp, 1970.
4. Patton M. *Qualitative evaluation methods*. London: Sage Publications, 1980.
5. Mattsson B. Beröringen - en förbisedd faktor i relationen mellan läkare/patient. *Läkartidningen* 1988;85:1974.

Författarpresentation

Bengt Mattsson, docent, distriktsläkare.

Mariehems vårdcentral
Morkullevägen 9
906 51 Umeå

Förebyggande sjukvård i Danmark – begynnande samarbete mellan allmänläkare, DSAM, Sundhedsstyrelsen och amten

BENGT NORDLING

Danmarks praktiserande läkares organisation (PLO) och den danska föreningen för allmänmedicin DSAM startade 1989 ett råd för förebyggande och hälsobefrämjande åtgärder: FORIMA. Man ville därmed uppmuntra ett aktivt deltagande från allmänläkarnas sida i arbetet med WHO's "Hälsa för alla år 2000". Ett informationsmaterial från detta råd publiceras regelbundet i "Månedsskrift for praktisk laegegering".

Tiopunktsprogram för det förebyggande arbetet

De angelägnaste delmålen i det förebyggande arbetet har sammanfattats i ett tiopunktsprogram, vilket innehåller de övergripande målen för insatser som allmänpraktiserande läkare kan bidra med. Enligt denna plan skall man till år 2000:

1. Utrota mässling, röda hund och påssjuka genom ett högt vaccinationsstatus i befolkningen.
2. Minska antalet provocerade aborter per år med 25 procent.
3. Minska antalet dödsfall i livmoderhalscancer med 50 procent.
4. Minska antalet dödsfall i lungcancer med 25 procent.
5. Medverka till förebyggande av arbetsskador och arbetsbetingade sjukdomar.
6. Minska antalet lårbenshalsfrakturer hos äldre med 15 procent.
7. Minska antalet dödsfall i hjärtsjukdom hos män under 70 år med 15 procent.
8. Minska förekomsten av blindhet hos diabetiker med 25 procent.
9. Medverka till att reducera idrottskadorna.
10. Medverka till att förebygga AIDS och HIV-infektion.

Varierande lokala förhållanden

Vid en konferens med kontaktpersoner från de olika amten, arrangerad av FORIMA januari 1992, konstaterades bland annat lokala variationer i förutsättningarna för allmänläkarnas deltagande i det förebyggande arbetet. I några av amten (Ribe, Vejle, Fyn och Storström) fanns ett blomstrande sam-

arbete mellan amtet, kommunen och de allmänpraktiserande läkarna. På andra håll (till exempel Viborg, Århus och Köpenhamn) hade man ännu ej till fullo förstått betydelsen av allmänläkarinsatser. Det konstaterades att det redan idag (framför allt Västsälland och Bornholm) finns en mycket hög vaccinationstäckning avseende MPR-vaccinationen och att man på några håll prövat videoundervisning kring denna vaccination i skolorna. Abortfrågorna (delmål 2) diskuterades mycket ingående och det konkluderades bland annat, att uppemot 50 procent av de provocerade aborterna har sin grund i bristfälliga eller uteblivna skyddsmetoder, vilket innebär, att man borde kunna nå framgång med upplysningsinsatser. Beträffande förebyggande av livmoderhalscancer ville man sätta press på de amt som ännu ej etablerat en fast organisation för screening, bland annat genom ett utökat samarbete med cancerorganisationer. Det beklagades ännu en gång, att samhällets insatser inom tobakspolitiken är otillräckliga. En förebyggande undersökning avseende 12-åringar och tobak har diskuterats i Köpenhamn. Beträffande delmål 5 är flera projekt på gång inom arbetsskadeområdet. Avseende delmål 6 konstaterades, att det på flera håll inom äldreområdet finns förebyggande aktiviteter på gång. Beträffande förebyggande insatser mot hjärtsjukdom (delmål 7) vill man i samråd med hjärtföreningen ta fram en ny patientbroschyr baserad på riskvärdering. Hälsoprofil, egenvård och hälsosamtal är angelägna områden för verksamheten i amten. Avseende delmål 8 har DSAM tagit fram en journalmodell och utarbetat en broschyr till en speciell upplysningskampanj om ögonproblem hos diabetiker. På det idrottskadeförebyggande området (delmål 9) har FORIMA ännu inga egna aktiviteter. När det gäller HIV/AIDS-förebyggande insatser (delmål 10) medverkar FORIMA i centrala kampanjer. Det förutses att behovet av allmänläkarbaserade förebyggande insatser förväntas öka.

Övriga förebyggande åtgärder

Utänför den centrala listan, men inte mindre viktiga, är en del pågående projekt inom varierande områden, exempelvis olyckor och trafik (Västsälland, Fyn), alkohol och arbetsplats (Västsälland, Bornholm, Viborg och Köpen-

hamn), familjekunskap (Ribe och Västsälland) samt kvalitetssäkring av medicinförbrukningen (Storström, Fredriksborg och Västsälland).

Alkoholupplysningskampanjen

Ett utmärkt exempel på en central förebyggande upplysningskampanj är den på senare år under vecka 40 återkommande upplysningskampanjen om alkoholsjukdomar arrangerad av Sundhedsstyrelsen. Man vill skapa uppmärksamhet kring alkoholförbrukningens roll och konsekvenser samt öka medvetenheten och avliva myter kring alkoholens verkningar. Vidare vill man få den enskilde att reflektera över sin egen och omgivningens alkoholkultur, sprida upplysning om konsumtionsgränser och nyttan av alkoholfria perioder.

Inom ramen för 1992 års kampanj utsändes en lärobok om alkoholsyndromet (som recenserar på annan plats) till samtliga praktiserande läkare i Danmark. Syftet var att sprida kunskap och öka engagemanget bland allmänläkarna när det gäller uppspårande av tidiga missbrukare och förebyggande av alkoholism.

Trots en mycket slapp alkoholpolitik har man i Danmark, efter en accelererande konsumtionsökning sedan 1950, under de sista tio åren kunnat iakttaga en något lugnare utveckling speglad i officiella siffror. Läget är dock alarmrande med en kvarts miljon danskar klassificerade som överkonsumenter av alkohol. 25 procent av sjukhusinläggningarna och 70 procent av skadestuebesöken beräknas vara alkoholrelaterade. Det sker varje år 2000 dödsfall till följd av alkoholsjukdomar och föds 100 barn med fetalt alkoholsyndrom i Danmark.

Lars Iversen vid Sundhedsstyrelsen konkluderar att vi måste arbeta utifrån totalkonsumtionsmodellen, enligt vilken graden av missbruk hänger samman med totalkonsumtionen i samhället. Genom att minska den individuella konsumtionen hos var och en kan alkoholproblemen i samhället på sikt reduceras.

Författarpresentation

Bengt Nordling, distriktsläkare.

Svarbäckens vårdcentral
Box 160 24
750 16 Uppsala



Frågor och svar om läkemedel

LIBO 5595

LARS-OLOF HENSJÖ, *distriktsläkare*

Regionala läkemedelsinformationscentraler finns idag på flera platser i Sverige. Som modell står läkemedelsinformationscentralen vid Huddinge sjukhus (DRIC), som funnits ända sedan 1974. Idag finns liknande verksamheter på Akademiska sjukhuset i Uppsala (ALICE), Region-sjukhuset i Umeå (ELINOR), Lunds lasarett (ELIS), Karolinska sjukhuset (KAROLINE) och Sahlgrenska sjukhuset (LIV).

Läkemedelsinformationscentralerna bemannas av kliniska farmakologer, farmaceuter och sekreterare. De besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive läkemedelsinformationscentral. Frågor och svar lagras sedan i den gemensamma databasen Drugline, utvecklad vid Huddinge läkemedelsinformationscentral och tillgänglig som en del av Medline.

För att ge ökad spridning åt dessa frågor/svar kommer jag att fortsätta publicera några av dem i tidskriften *AllmänMedicin*.

Har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp, skriv eller ring till distriktsläkare Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 08—570385 00, fax 08—57038506.

Behandling av handsvevt

FRÅGA: En tjugoförårig sjuksköterska lider av svår handsvevt. Hon har provat alla möjliga naturmedel utan att lyckas få lindring. Finns det något effektivt läkemedel mot dessa besvär?

SVAR: Kolinerga neuron i sympatiska nervsystemet innerverar exokrina svettkörtlar. Vissa av dessa körtlar finns i handflator, på fotsulor och i axillerna och reagerar även på emotionella stimuli.

Generell hyperhidros med påverkan på kroppens alla exokrina svettkörtlar kan förorsakas av diabetesneuropati, hyperthyreos, akromegali, klimakteriebesvär och kan också förekomma vid flera olika maligna sjukdomar. Hyperhidros i handflator, fotsulor och axiller till följd av emotionella störningar medför ofta ett stort socialt obehag, men också besvär i yrkeslivet och man har därför försökt med ett stort antal medicinska behandlingar för att komma tillrätta med dessa symtom.

Lokalbehandling med aluminiumklorid hexahydrat är ofta förstahandsvalet i lindriga fall. En lösning med 25 procent aluminiumklorid i alkohol finns att köpa på apoteken. Lösningen har lågt pH och verkar sannolikt genom att diffundera in i svettkörtlarna och där bildas, genom neutralisation, gelatinösa hydroxider som förhindrar svettflödet. Det sker också en reversibel destruktion av epitel i svettkörtelgångarna och ibland uppstår dessutom en lätt inflammation.

I en studie med endast 13 patienter fick 12 av dessa god effekt med minskad handsvevt efter 3-4 veckors daglig be-

handling med aluminiumklorid. Flera liknande studier finns publicerade. En klar nackdel med behandlingen är dock den korta behandlingseffekten. När behandlingen upphört, återkom svettningarna efter cirka två dygn.

Jontofores, det vill säga användning av svag likström genom olika delar av kroppen är en annan behandling, som använts sedan länge, men som först helt nyligen vetenskapligt dokumenterats. Verkningsmekanismen är fortfarande oklar, men man tror att behandlingen leder till att det bildas pluggar i de exokrina körtlarnas utförsgångar. Tio behandlingar under 15 minuter en gång varannan vecka ledde i en mindre studie till en 80-procentig reduktion av handsvetten hos patienterna.

Systematisk behandling med i första hand antikolinerga medel ger ofta obehagliga biverkningar och långtidseffekten är mycket tveksam. Glutaraldehyd, tanninsyra har också använts, men obehagliga biverkningar begränsar även dessas värde. Det finns också rapporter med fallbeskrivningar där man sett effekt av behandling med indometacin, intravenöst klonidin, med mera, men här saknas systematiska studier.

För de svåraste fallen som inte svarat på medicinsk terapi, kan kirurgisk sympatektomi vara ett alternativ. Nyligen har en endoskopisk teknik utvecklats. Via ett thorakoskop görs diatermi- alternativt laserbehandling riktat mot de andra, tredje och fjärde ganglierna i sympatikussträngen. I en studie med 50 patienter med hyperhidros i handflator eller axiller, var 46 patienter nöjda med operationsresultatet. En nackdel som beskrivs av flera patienter är, att det uppkommer en kompensatorisk, ökad svettning på ryggen eller låren.

DRIC

Steroider och graviditet

Ett uppdaterat svar – frågan har tidigare tagits upp i denna spalt.

FRÅGA: En kvinna som är gravid i tredje månaden har behandlats med inhalationssteroider 400 mikrog/dag i ett år och hennes astma är nu tillfälligt försämrad. Man planerar öka hennes dos av lokala steroider ett par tre dagar. Vilka risker finns det för fostret med detta?

SVAR: Liknande frågor har tidigare varit uppe i Drugline ett flertal gånger.

Sammanfattningsvis: Användning av kortikosteroider under graviditet har inte rapporterats medföra teratogena effekter. Prednison 10 mg dagligen under hela graviditeten ledde till en lätt minskning av födelsevikten men dessa barn har alla haft födelsevikter inom normalområdet. Höga doser inhalationssteroider (över 2000 mikrog/dag) kan under lång tids användning (fyra år) hos vuxna medföra risker för systemeffekter som tunn hud och purpura. FASS-texten har nyligen diskuterats. Läkarna uppmanas till 'särskild uppmärksamhet' vid förskrivning av dessa läkemedel och orsaken till denna formulering var att upp-



märksamma det faktum att glukokortikoider kan inducera missbildningar hos djur. Ur praktisk synvinkel har emellertid inget förändrats. Inställningen att lokala steroider för inhalation fortfarande är förstahandsmedel även under graviditet håller alltså och en försämring av astma under graviditeten måste undvikas då den i sig utgör ett allvarligt hot mot förloppet. Det saknas dessutom dokumentation för eventuell fosterskadande effekt till följd av inhaleda steroider.

DRIC

Jordgubbar och Warfarin

FRÅGA: En 55-årig kvinna har ordinerats livslång warfarinbehandling efter upprepade lungembolier. Hennes protrombinvärde (PK) har sjunkit från 20 till 10 sedan förra provtagningen för tre veckor sedan. Patienten älskar jordgubbar och har ätit det under flera dagar i följd före senaste provtagningen. Kan protrombinkomplexaktiviteten påverkas av intag av jordgubbar?

SVAR: Trots omfattande konsultation av vetenskaplig litteratur har ingen information återfunnits som speciellt beskriver interaktion mellan kumarinderivat och samtidigt intag av jordgubbar.

Dietrekommendationer för patienten som behandlas med antikoagulantia gäller framför allt föda som innehåller K-vitamin som till exempel spenat, kål och broccoli (gröna bladgrönsaker). Mängden vitamin K har angivits vara 15 mg/kg i surkål och 6 mg/kg i spenat. Patienter uppmanas till subtila kostvanor vad gäller sådana livsmedel.

Tillförsel av K-vitamin, som även ingår i jordgubbar (mindre än 0.5 mg/kg) påverkar PK-värdet så att det höjs, det vill säga i motsatt riktning till vad som gällde i det fall frågan avser. Hos patienten i frågan har PK-värdet sjunkit och en eventuell interaktion mellan warfarin och något annat ämne i jordgubbar som skulle kunna förstärka warfarinets effekt måste övervägas.

(Min anmärkning: Det behöver ju inte vara något samband alls mellan variationen i PK-värdet och just jordgubbar. PK-värden varierar ju ibland upp och ner ändå utan att man förstår varför!!)

Interaktion mellan warfarin och salicylater är välkänd och finns beskriven i litteraturen. Höga salicylatdoser mer än 2-3 gånger/dygn kan förmodligen förorsaka salicylatinducerad hypoprotrombinemi och därför potentiera warfarinets antikoagulerande förmåga och öka risken för blödning. Denna interaktion är förmodligen dosrelaterad och vid låga salicylatdoser är risken för hypoprotrombinemi troligen liten.

Salicylater kan dessutom även i mindre doser ge effekter på vloedningenstiden genom dirket påverkan på trombocyttaggregationen (dock utan att påverka protrombinnivån). Man vet att jordgubbar och andra bär innehåller salicylater men mängden salicylat är förmodligen för liten för att en klinisk relevant interaktion med warfarin skulle kunna uppstå. (I ett arbete har mängden salicylat i jordgubbar uppmätts till 1.36 mg/100 g bär). Jordgubbar innehåller också mindre mängder askorbinsyra. Höga doser askorbinsyra, mer än 10 g/dygn har associerats med minskade koncentrationer av warfarin i plasma och minskad koagulationseffekt beroende på försämrad gastrointestinal absorption av warfarin. Denna eventuella interaktion an-

ses dock inte vara kliniskt signifikant. Den skulle dessutom slå i motsatt riktning mot det aktuella fallet.

ELIS

NSAID, ASA och ulcusprofylax

FRÅGA: En man född 1928 insjuknade för ett år sedan med talsvårigheter på grund av en liten hjärninfarkt i vänster talamus. Patienten fick behandling med tabl Trombyl® 75 mg dagligen (acetylsalicylsyra, ASA). Efter 14 dagar fick patienten blodiga kräkningar och melena under en veckas tid. Magblödning konstaterades och patienten behandlades med omeprazol.

Nu diskuteras huruvida behandling med ASA med tidigare dosering skall kunna återupptas. Man har också föreslagit att behandlingen i så fall skulle kombineras med ranitidin. Är detta en rationell terapi?

SVAR: Risken för magblödning vid behandling med ASA förefaller vara dosberoende, men är klart ökad även vid låga doser som 75 mg dagligen.

NSAID-inducerat magsår kan efter utsättning av NSAID behandlas som konventionellt ulcus. För profylax mot NSAID-ulcus är endast misprostol (Cytotec®) registrerat. Den NSAID-hämmade prostaglandinbildningen leder i närvaro av syra till skador på mukosabarriären och peptiska sår.

Prostaglandiner har visats ha en cytoprotektiv effekt möjligen beroende på ökad bikarbonatutsöndring, förbättrat mukosablodflöde, förbättrad mukös barriär och trofisk effekt på mukosan, men prostaglandiner har även en syrasekretionshämmande effekt. Det är oklart i vad mån den cytoprotektiva kontra den sekretionshämmande effekten bidrar till den terapeutiska effekten av misprostol och andra prostaglandinanaloger. Om den cytoprotektiva effekten och inte enbart den syrasekretionshämmande effekten är av betydelse för den profylaktiska effekten vid NSAID-inducerat ulcus, torde tillförsel av prostaglandin analog vara mer rationellt än annan syrasekretionshämning.

Misprostol har en dokumenterad profylaktisk effekt på NSAID-inducerat ventrikelsår jämfört med placebo. Ranitidin har, jämfört med placebo, en skyddande effekt mot NSAID-inducerat duodenalulcus men inte mot ventrikululcus. Misprostol har däremot dokumenterad förebyggande effekt vid NSAID-utlöst ventrikelsår, men båda substanserna är likvärda när det gäller profylax mot duodenalsår.

Misprostol har även en dokumenterad effekt vid acetylsalicylsyrabehandling och man har där kunnat visa, att behandling gett minskad gastrointestinal blödning. Misprostol ger relativt frekventa gastrointestinala biverkningar bland annat diarré och generell profylax rekommenderas därför inte. Däremot bör sådan profylax övervägas till riskgrupper som patienter med ålder över 65 år, patienter med tidigare ulcussjukdom eller gastrointestinal NSAID-biverkan, patienter med steroidbehandling eller till patienter med hög NSAID-dos.

Effekten av ASA i olika doser, som sekundärprofylax efter bland annat stroke, har utvärderats i ett flertal studier och behandling har visat minskad risk för förnyat slagfall. Nyttan av den profylaktiska effekten får dock vägas mot riskerna och biverkningarna av behandlingen.

LIV



Vad gör barnfamiljer som drabbas av förkylning? – En dagboksstudie

MONICA RIBOHN, sektor Farmaci/Sortiment

Att på egen hand kunna behandla enklare åkommor är betydelsefullt såväl för individ som samhälle. Att förmedla kunskap om vilka sjukdomar man kan behandla själv och hur detta skall göras är en uppgift som sjukvården, framför allt primärvården, och apoteken i många fall tagit som en gemensam uppgift. Man har på de flesta håll i landet gemensamt utarbetat häften med råd om egenvård. Frågan om vilken nytta allmänheten har av dessa egenvårdshäften initierade den dagboksstudie som här skall redovisas.

Vilken betydelse har ett egenvårdshäfte vid förkylning?

Tre antaganden om egenvårdshäftets betydelse ligger som grund för undersökningen:

* Antalet tillfällen då man bedriver egenvård i familjer är fler i familjer som fått ett egenvårdshäfte än i familjer utan.

* Besöken, telefonförfrågningarna och akutläkarbesöken är färre i familjer som fått ett egenvårdshäfte än i familjer utan.

* Familjer som fått ett häfte är mindre oroliga innan de kontaktar vårdcentralen eller akutläkare än familjer utan häfte.

Under oktober – december 1991 ombads 100 familjer med barn under 7 år att föra en hälsodagbok över övre luftvägsinfektioner. Familjerna fångades upp vid besök på vårdcentralen, barnavårdscentralen eller hos distriktsköterskan i Morö Backe, Skellefteå. Varannan familj, 50 st, fick ett egenvårdshäfte i samband med besöket, försöksgrupp, och varannan, 50 st, fick häftet efter att ha avslutat sin dagbok, kontrollgrupp. Valet av övre luftvägsinfektioner motiveras av att dessa står för en så stor del av samhällets kostnader för sjukfrånvaro – nära 10% av de totalt 34,6 miljarder kronor som staten betalade ut i sjukersättning budgetåret 1990/1991.

Studien är utlagd i ett samarbete mellan distriktsläkare Aina Segerstedt, vårdcentralen, och apotekschef Margit Danielsson, apoteket, Morö Backe, Skellefteå, samt Monica Ribohn, Apoteksbolaget, Stockholm. Socionom Marie Christner ansvarar för all databearbetning. En dagboksstudie av Dr Rolf Alsterlund har använts som förlaga.

Egenvårdshäftet – nyttjande och värdering

Endast fem hushåll har sökt information i egenvårdshäftet. Det ringa antalet användare har omöjliggjort en diskussion om egenvårdshäftets betydelse när det gäller vårdutnyttjande och egenvård. För att om möjligt få svar på frågan varför inte häftet använts kontaktades hushåll i försöksgruppen och i kontrollgruppen, 6 månader efter det att hushållen i kontrollgruppen fått ett häfte. I telefonintervjuerna framkom följande:

* 34 av 43 tillfrågade har en positiv attityd till häftet och tycker att det fyller en funktion. Flertalet kan tänka sig att använda häftet.

* 6 av 43 tycker inte att häftet fyller någon funktion. Dessutom vet man inte var häftet finns när man skulle behöva det.

* 2 av 43 föredrar andra böcker.

* 1 av 43 läser inte böcker av egenvårdshäftets karaktär utan behandlar sig med egna huskurer.

Dagboksstudien

* 87 hushåll (349 individer) förde under minst 8 höst/vinterveckor 1991 en hälsodagbok över ÖLI.

* Under den tiden hade 85% av de vuxna och 95% av barnen något symtom på ÖLI.

* Ungefär var tredje episod ledde till vårdkontakt.

* Vanligaste symtom för barn var tunn klar snuva och nästäppa samt torr hosta. För vuxna halsont, tunn klar snuva samt nästäppa. Symtomet halsont är mindre vanligt när det gäller barn.

* Feber var det symtom som ledde till flest vårdkontakter när det gällde både barn och vuxna.

* Det var vanligare att man vände sig till läkare när en vuxen person hade feber och till sköterska när det gällde barn.

* 68% av de vuxna vårdkontakterna var med en läkare och 41% av vårdkontakterna för barn.

* 47 vuxna personer, dvs 28%, har någon form av sjukvårdsutbildning, men de stod för lite mer än hälften av alla vårdkontakter.

* Vanligaste använda läkemedel utan recept är nässpray 48% och febernedsättande värkmedicin 27%. Läkemedel ordinerade av vården var framförallt antibiotika 34% och därefter hostmedicin 24%.

* 19%, dvs nästan var femte vuxen, har stannat hemma någon gång under dagboksperioden för vård av sjukt barn.

Auktoritetstro?

Trots en övervägande positiv inställning till häftet använder man det inte. Vad detta beror på bör analyseras. Vågar man inte lita på sin egen kunskap för att ta ett beslut om egenvård? Måste man diskutera med någon auktoritet inom området innan man vidtar åtgärd? Gäller detta alla egenvårdsåkommor eller bara övre luftvägsinfektioner? Vad gör man när man drabbas av mer ovanliga åkommor eller åkommor, som det inte funnits egenvårdsbehandling för tidigare? Det finns således en mängd frågor att undersöka och besvara.

Andra intressanta tendenser i studien är det faktum att utbildningsnivån tycks ha betydelse för vad man gör vid övre luftvägsinfektioner. Ungefär en fjärdedel av de vuxna har någon form av sjukvårdsutbildning, men står för hälften av alla vårdkontakter och utskrivna recept. De har vidare blivit sjukskrivna mer än tre gånger så mycket



som personer utan någon form av vårdutbildning. Samma tendens fanns i en tidigare studie som gjorts med dr Rolf Alsterlund dagbok som grund.

Även bakgrundsvariabeln högre utbildning visar på ett högre vårdutnyttjande. Ungfär var femte vuxen hade universitetsutbildning men står för en tredjedel av alla vårdkontakter och alla utskrivna recept.

Huvudlöss – policy för förebyggande åtgärder och behandling

Behandling av lusinfektioner var temat för ett minisymposium som Apoteksbolaget i samarbete med Folkhälsoinstitutet och Läkeemedelsverket arrangerade i augusti i år. Symposiet, som arrangerades inom ramen för Apoteksbolagets årstema – Huddåret 93 – syftade till att formulera en svensk policy för förebyggande åtgärder och behandling av huvudlöss.

Dr John W Maunder, chef för Entomologiskt Centrum vid universitetet i Cambridge, var huvudtalare. Han har påtalat risken för att ett okritiskt och onyanserat bruk av medicinska insekticider kan leda till svåra problem på grund av resistensutveckling. En redovisning av problemet ur svensk synvinkel gavs av dr Inga Lisa Strannegård, barnkliniken vid Östra sjukhuset i Göteborg. Med utgångspunkt härifrån diskuterades och formulerades en svensk policy. I diskussionen deltog bl a inbjudna läkare och sköterskor verksamma inom barn- och skolhälsovård. Symposiedeltagarna enades om följande uttalande:

Uttalande om huvudlöss: förebyggande åtgärder och behandling

Allmänt om huvudlöss:

- Det finns inga bevis för att huvudlöss har något samband med bristande hygien. Löss trivs tvärtom i rent hår.
- Huvudlöss sprider inte sjukdomar.
- Den som har löss vet i regel inte om det. Den som får löss vet i regel heller inte om det. Därför finns ingen saklig grund för vare sig skuld- eller skamkänslor. Det är med andra ord sällan eller aldrig någons "fel" att huvudlöss sprids.
- Det är inte bara barn som får huvudlöss, utan även vuxna som ofta är en förbisedd spridningskälla.

Spridning av huvudlöss:

- Lössen är helt beroende av blodet och värmen i människans hårbotten. Nära kontakt huvud mot huvud under tillräckligt lång tid (1 minut eller mer) är den enda spridningsväg vi har att praktiskt räkna med. Övriga spridningsmöjligheter är av mer teoretiskt intresse.
- Huvudlöss sprids endast från människa till människa.

Varningssignaler och kännetecken:

- Det faktum att det pratas om att någon i den närmaste omgivningen har huvudlöss är en signal till ökad uppmärksamhet.
- Det är svårt att se levande löss och levande ägg i håret. Utkammade levande löss är det säkraste tecknet. Även ömsade skinn (liknar lössen) är säkra tecken. Svart pulver

Egenvård – tjänsteutveckling och marknadsföring

Kan de resurser i tid och pengar som idag läggs ned på egenvårdshäften användas på ett sätt som bättre stämmer överens med de behov allmänheten har i situationer då egenvård är lämplig? Kan en väl fungerande telefonrådgivning tillgodose den enskildes behov av att samtala med en "expert" inför beslutet om egenvård? Skall man, förutom att informera om egenvård, på olika sätt marknadsföra egenvården? Det torde i framtiden vara än viktigare att inte belasta sjukvården med hälsoproblem som gemene man själv kan åtgärda. Det är således angeläget att utveckla strategier som är väl ägnade att åstadkomma en väl fungerande egenvård.

(liknande finmalen peppar), på till exempel kudden, kan vara avföring från huvudlöss.

– Vita lusäggsskal (de så kallade gnetterna) på hårstråna avslöjar när äggen kläcktes. Ett avstånd på två centimeter från hårbotten betyder äggkläckning för två månader sedan, tre centimeter betyder tre månader och så vidare.

– Klåda i hårbotten beror i de flesta fall på annat än huvudlöss.

Diagnos: Det viktigaste instrumentet för diagnos är en finkam (kan köpas på apotek). För att man lättare ska upptäcka de utkammade lössen, kan kamning ske över ett vitt papper, en spegel eller liknande. Ett annat sätt är att fukta håret, vilket gör att lössen fastnar i kammen.

Behandling: Endast de som har huvudlöss (fastställs genom finkamning) behandlas med läkemedel. Dessa utgörs i dag nästan uteslutande av så kallade pyretroider (en grupp bekämpningsmedel), som i rekommenderade doser visat sig effektiva mot huvudlöss men ofarliga för människor.

Personer som behandlas, liksom övriga i familjen, daghemsgruppen, klassen och så vidare, kontrollerar sitt hår med finkam regelbundet under de närmaste 14 dagarna (räknat från den dag då behandlingen påbörjats av dem som har löss). Skålet är att lössens ägg normalt kläcks efter cirka en vecka, men att det ibland kan ta ytterligare några dagar.

Under behandling av huvudlöss finns det inget skäl att stanna hemma från daghem, skola eller arbete.

Resistensproblem: För att så långt som möjligt undvika att huvudlössen utvecklar motståndskraft (resistens) mot läkemedlen, bör endast de som har löss behandlas. Det är också viktigt att använda läkemedlen på rätt sätt, med rätt mängd och under tillräckligt lång tid. Med tanke på risken för resistens bör vi i Sverige se till att vi inte blir beroende av läkemedel från en enda grupp bekämpningsmedel. Om vi får tillgång till medel från andra grupper bör vi införa en rotationsprincip, där man byter preparat efter viss tid.

Förebyggande åtgärder och kontaktsparning: Kamning och borstning av håret kan bidra till att hålla huvudlössen borta. Kontaktsparning kan, om den sker under odramatiska former, leda till att man finner källan till spridningen inom familjen, daghemmet eller klassen. Enklast sker den om man skriver ner namnen på **alla** som man haft en huvud mot huvudkontakt med under 1 minut eller längre tid under den senaste månaden. Dessa personer använder finkam för att fastställa vilka som har huvudlöss. De som har löss behandlas i vanlig ordning.

Så kallad sanering av föremål och lokaler är däremot, med tanke på huvudlössens normala spridningsvägar, helt onödigt.

Hypertonivård under 5 år – rapport från en allmänläkare

ANDERS ÖVERBY

I en undersökning från Koppom, Värmland, visas att medelålders och äldre personer med högt blodtryck ofta även har andra sjukdomar. Detta gör, att behovet av laboratorieundersökningar, allmänläkarkontakter och specialremisser blir rätt stort. Patienterna har också ett stort behov av läkemedel.

Hösten 1990 kände jag hur mitt blodtryck steg till oanade nivåer. Det kom ett brev – ekonomiavdelningen hade observerat, att jag ordinerade fler laboratorieprover än läkare vid andra mottagningar. Jag fick därför i uppdrag att "se över kostnader och rutiner för laboratorieprover". Skrivelsen gav mig en impuls till att göra en studie över vad det kan innebära att ha en kronisk sjukdom, till exempel högt blodtryck. Jag kände hur mitt eget blodtryck åter nådde en hälsosam nivå!

För många sjukvårdsplanerare är antalet patientbesök per läkare och år en viktig uppgift. Ett läkarbesök rymmer dock mycket mer än bara blodtrycksmätning och receptförskrivning.

Vad händer egentligen, när en patient med högt blodtryck får gå hos samma läkare? Ändras sjukdomsbilden, konsultationsbehovet gentemot den slutna vårdens läkare, läkemedelsbehovet och patientkontakterna mellan läkarbesöken? Alla dessa variabler avgör behovet av läkarens insatser i form av antal återbesök, tidsåtgång och åtgärder.

Material och metod

År 1986 genomförde jag en studie på 123 patienter med högt blodtryck (1). Hösten 1991 studerades detta patientmaterial med avseende på perioden 1986-91. Två personer hade bytt läkare, tre saknade diagnosen hypertoni och behandlades inte med blodtryckssänkande läkemedel och 18 hade avlidit. Det kvarstod därför 100 patienter, som 1991 fortfarande hade diagnosen hypertoni, eller som behandlades med blodtryckssänkande läkemedel för annan sjukdom (och där det då inte alltid var möjligt att avgöra om hypertoni diagnosen kvarstod). Studiepopulationens utgångsdata år 1986 framgår av Tabell I.

Följande registrerades: dödsorsaker 1986-91 för de 18 patienter som avled 1986-91. För de 100 patienter som

kvarstod 1991: diagnospanorama och antal läkemedel för varje patient 1986 och 1991.

För perioden 1986-91 har hos de 100 hypertonierna följande undersökts: antal läkarbesök, telefonsamtal med läkare, övriga journalanteckningar av läkare, remissvar/epikriser, nytillkomna diagnoser.

Alla planerade och de allra flesta akuta läkarbesöken handlades av författaren, så även nästan alla telefonsamtal och andra journalanteckningar. Med "andra journalanteckningar" menas receptutskrivning mellan läkarbesöken, diskussion med distriktsköterska, provsvarsbedömning, blodtrycksrapport från sjuksköterska, läkarutlåtande och så vidare. Om patienten mellan 1986-91 fått en ny diagnos (som inte fanns 1986) har detta registrerats som nytillkommen sjukdom under förutsättning att den fordrat någon åtgärd från läkaren, till exempel utredning eller receptförskrivning. Nytillkommen diagnos, som dessutom recidiverat under femårsperioden (till exempel UVI två gånger), har bara registrerats en gång.

Resultat

Dödsorsaker

Hjärtinfarkt, hjärtsvikt eller cerebrovaskulär sjukdom var dödsorsaken hos 10 av 13 män och 2 av 5 kvinnor (medelålder 75 respektive 77 år).

Läkarbesök, telefonsamtal m m

De planerade läkarbesöken var 2.3 och de akuta 0.3 besök per patient och år. Antalet telefonsamtal med läkare var 1.3 samtal per patient och år. Journalanteckning av annat slag fanns 2.2 gånger per patient och år. Extra provtagning (utöver sådan som skett vid reguljära återbesök) förekom 1.0 gång per patient och år.

Diagnospanorama

Vid 692 tillfällen noterades en ny åkomma, som den enskilde patienten ej hade 1986. I genomsnitt fick varje patient 1.4 gånger per år en ny diagnos. Medelvärde (variationsvidden) för antalet diagnoser per patient (utöver hypertoni) var 1986 1.5 (0-6) och 1991 3.0 (0-10). År 1991 hade 9 procent hypertoni som ensam diagnos, 1986 var andelen 14 procent.

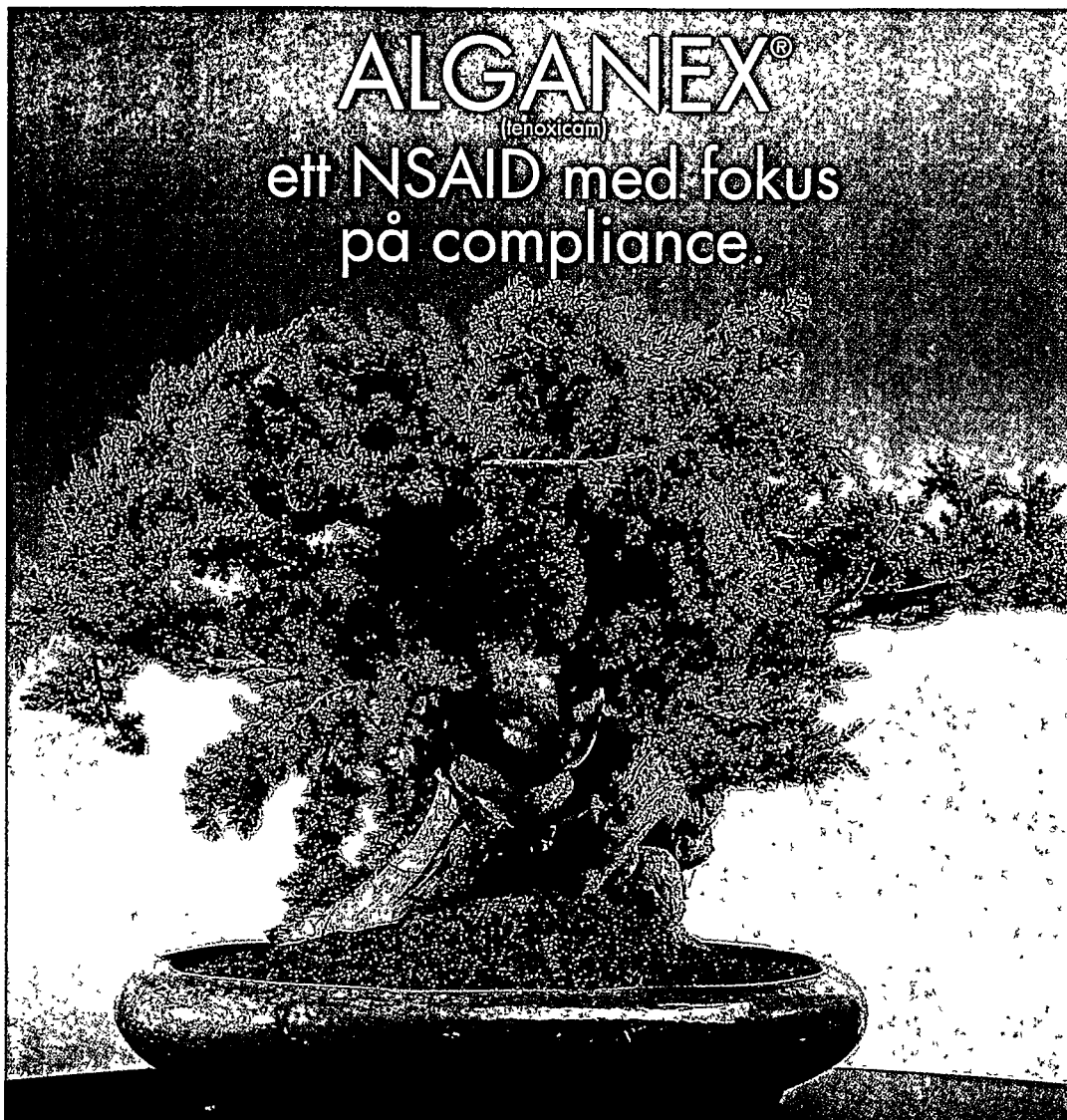
Figur 1 visar hur hypertoni-patienternas övriga diagnoser var fördelade 1986 respektive 1991. De under femårsperioden nytillkomna 692 diagnoserna gällde i 20 procent rörelseorganens sjukdomar, i 10 procent cirkulationsorganens sjukdomar, samt i 6-8 procent vardera sjukdomsgrupperna "kirurgi", infektioner, mage-tarm, öron-näsa-hals, hud, urinvägar respektive ögon. Diagnoser från övriga sjukdomsgrupper förekom i högst 5 procent. Diagnosfördelningen var den gängse på en allmänläkarmottagning med två undantag: bland blodsjukdomar fanns en stor grupp patienter med B12-brist och bland patienter med neurologiska sjukdomar hade de flesta perifer neuropati i benen.

Remissvar

För de 100 hypertoni-patienterna registrerades under femårsperioden 622 remissvar (1.2 per patient och år). De 505 remissvaren avseende öppen vård kom i 27 procent från röntgenavdelning, i 20 procent från kirurgklinik, i 12 procent från medicinklinik, i 10 procent från sjukgymnast eller arbetsterapeut och i 7 procent från dagvårdsavdelning. Övriga remissinstanser stod för högst 5 procent av remissvaren. Bland "remissvaren" ingår också några meddelanden från andra mottagningar utan att remiss funnits från distriktsläkaren.

Tabell I. Studiepopulationens utgångsdata år 1986.

	De ursprungliga 123 patienterna	De 100 patienter som kunde följas i fem år
Medelålder (år) (variationsvidd)	66.5 (28 - 88)	65.5 (41 - 85)
Andel män (%)	41	35
Andel kvinnor (%)	59	65
Medelduration (år) för blodtryckssjukdomen (variationsvidd)	10.2 (0 - 30)	10.1 (0 - 30)



ALGANEX® (tenoxicam)

ett NSAID med fokus
på compliance.

Alganex® är ett effektivt¹ och välbeprövat antiinflammatoriskt läkemedel. Antalet dygnsdoser, som kontinuerligt ökar, visar att Alganex® tolereras väl vid behandling av smärta och stelhet i samband med reumatoid artrit² och artros³. Såväl erfarenheten som den kliniska dokumentationen^{3,4} visar att Alganex® har en jämförelsevis låg frekvens gastrointestinala biverkningar.

Med Alganex® sköter Dina patienter sin medicinering på ett enkelt och praktiskt sätt. Doseringen är 20 mg x 1 oavsett ålder. Alganex® finns i en patientvänlig förpackning med 100 tabletter, samt i en blisterförpackning med 30 tabletter. Dessutom kan vi erbjuda en brustablett i 10-förpackning samt en unit-dose förpackning om 50 x 1 som service till sjukhusen.



För ytterligare information beträffande indikationer, kontraindikationer, försiktighet, biverkningar och dosering se FASS.

1. Standel W, Josenhants G. Clinical Evaluation of Tenoxicam in Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis. Eur J Rheum Infl. Vol 8, 1985; 1:28-38.
2. Ott H. Tenoxicam in the Treatment of Osteoarthritis. Eur J Rheum Infl. Vol 8, 1985; 1:39-46.
3. International Symposium on Tenoxicam. Drug Invest. Vol 2, 1990; Suppl 3:1-55.
4. Ejstrup L, Knudsen JV, Petersen L. A Randomised Doubleblind Multicentre Trial Comparing Tenoxicam and Ketoprofen in Osteoarthritis. Scand J Rheum. 1989; Suppl 80:48-53.



Roche AB
Box 250, 127 25 SKÄRHOLMEN.
Telefon 08-97 03 30. Telefax 08-97 56 66.

Läkemedel

År 1986 behandlades de 100 hypertoni-patienterna med i genomsnitt 3 läkemedel (variationsvidd 1-9), 1991 hade detta ökat till 4.7 läkemedel (1-12). Vid 35 tillfällen under perioden drabbades någon av patienterna av en läkemedelsbiverkan, dock ingen allvarlig.

Diskussion

Dödsorsaker

I materialet fanns från början 50 män (medelålder 66 år) och 73 kvinnor (medelålder 67 år). Trots att kvinnorna var fler och något äldre, så avled färre kvinnor än män i cardiovascular sjukdom. I Göteborg har visats, att kvinnor med nyupptäckt hypertoni inte hade ökad dödlighet under 12 års uppföljning (2). Däremot fanns ett samband mellan tidigare känd hypertoni och hjärtinfarkt.

Läkarbesök, telefonsamtal m m

Studien visar att distriktsläkaren talat med patienterna (vid läkarbesök eller i telefon) nästan 4 gånger per år och patient. Varje patients journal hade varit inne hos läkaren drygt 8 gånger per år. Till detta kommer journalgenomläsning efter varje journalutskrift samt provsvarssignering inför kommande planerade återbesök. Att gå på kontroll för högt blodtryck visade sig således medföra avsevärt fler åtgärder än bara mätning av blodtrycket ett par gånger per år samt receptförfyllelse!

Diagnospanorama

Medelvärdet för antal diagnoser per patient (utöver hypertoni) fördubblades i stort sett under fem år. Sjukdomar i cirkulationsorganen och rörelseapparaten ökade med mellan 40 och 50 procent. Frekvensen av mag-tarm- respektive blodsjukdomar mer än fördubblades. Förekomsten av diabetes steg med 60 procent.

År 1991 var medelvärdet för antal diagnoser (exklusive hypertoni) 3.0 per patient. Från Luleå har rapporterats, att medelvärdet för hypertoni-patienternas övriga diagnoser var 1.7 per patient; 28 procent hade hypertoni som ensam sjukdom mot 9 procent i Koppom (3). I Luleå var patienterna yngre. I en studie från Åtvidaberg var högt blodtryck ensam diagnos hos 60 procent av hypertoni-patienterna (4). Dessa patienter hade bara varit på läkarbesök 0.5 gånger per år, varför möjligheterna till diagnostik måste vara sämre.

Sigurdsson och Bengtsson har påpekat, att människor som vet att de har högt blodtryck kan oroas över sin hälsa och därmed uppleva fler kroppssensationer (5).

Patienternas höga allmänna sjuklighet passar delvis in i det som kallas det metabola syndromet (6), det vill säga samtidig förekomst av diabetes, över-

vikt, höga blodfetter och högt blodtryck.

Mer än hälften av patienterna i Koppom hade 1991 andra sjukdomar i cirkulationsorganen än hypertoni. På annat håll var motsvarande siffra nästan 25 procent, men dessa patienter var då yngre (7). Sjukdomar i rörelseapparaten fanns hos cirka 30 procent av patienterna i Luleå (3) och hos 51 procent av patienterna i Koppom.

Tibblin och medarbetare har studerat förekomsten av olika symtom hos friska personer respektive patienter med hypertoni, bägge grupperna 67 år (8). För rörelseapparats sjukdomar förelåg ingen signifikant skillnad. I bägge grupperna fanns till exempel ryggsmärtor hos ungefär 25 procent, ledsnärtor hos 15-20 procent.

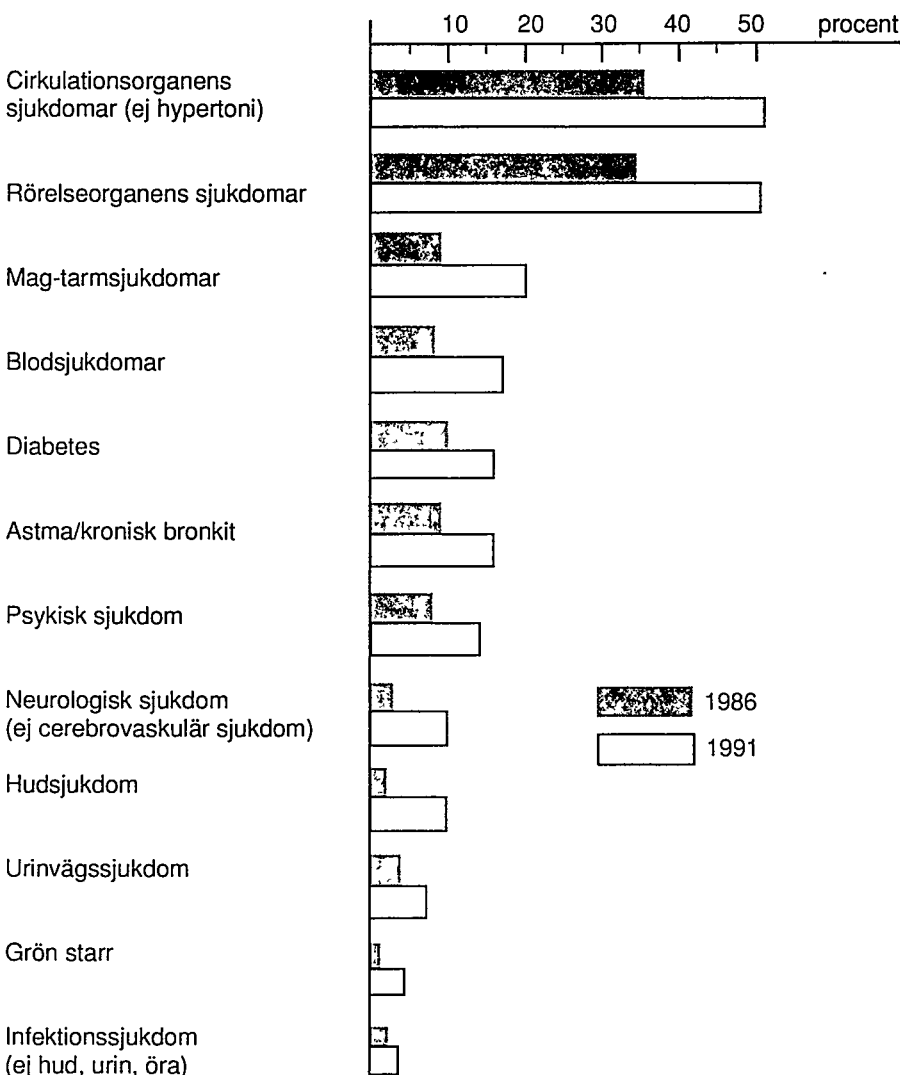
I Koppom hade många besvär från rörelseapparaten. Det är då intressant, att både diabetes och övervikt (som ingår i det metabola hypertonisyndromet) kopplats till artros (9,10).

Både blodsjukdomar och neurologiska sjukdomar var tämligen vanliga. Detta beror sannolikt på, att jag särskilt intresserat mig för sänkta halter av vi-

tamin B12 vid olika symtombilder, som exempelvis diarré, trötthet, yrsel, glossit (11). Min erfarenhet är att perifer neuropati är en vanlig orsak till yrsel och ostadighet hos äldre. Ibland orsakas detta av B12-brist. Höga homocysteinvärden vid B12-brist har nyligen diskuterats som möjlig riskfaktor för kärlsjukdom (12).

Remissvar

Förhållandet mellan antalet inkomna remissvar från sjukhusläkare i öppen vård (och några meddelanden från annan läkare utan remiss) och antalet besök vid läkarstationen var 1:5. Antalet remisser från allmänläkare till specialist anges vanligen till 5-10 procent av det totala antalet besök (13). Den höga frekvensen av inkomna remissvar i Koppom förklaras dels av patienternas höga medelålder, dels av att dessa patienter redan hade en kronisk sjukdom. Ett aktivt letande efter andra åkommor än patientens grundsjukdom kan öka antalet remisser.



Figur 1. De vanligaste diagnoserna hos de 100 hypertoni-patienterna från 1986 som 1991 fortfarande hade blodtryckssänkande läkemedel. Tabellen visar hur många procent av patienterna som hade en viss sjukdom 1986 respektive 1991.

Läkemedel

Det är anmärkningsvärt att medelvärdet för antalet läkemedel per patient ökat från tre till nästan fem mellan 1986–91. Enstaka personer hade upp till tolv läkemedel samtidigt! Letar läkaren aktivt efter andra sjukdomar kan följden också bli en ökad läkemedelskonsumtion.

Slutsatser

Fem års uppföljning av medelålders och äldre patienter med högt blodtryck visade, att patienterna drygt en gång per år fick en ny diagnos. Detta medförde att den genomsnittlige patienten, 15 år efter hypertoni-sjukdomens debut hade ytterligare tre diagnoser.

Betydligt fler män (13) än kvinnor (5) avled. Läkemedelsförskrivningen var vid periodens slut fem preparat per patient (medelvärde). Kontakt med distriktsläkare skedde en gång i kvartalet.

Ovanstående förhållanden medförde, att vid ungefär vart femte besök skedde kontakt med läkare i annan specialitet. Patienten behöver allmänläkaren för att diagnosticera, behandla och hålla samman hela sjukdomsbilden. Andra specialister behövs ibland för att förbättra diagnostik och terapi. Behovet av laboratorieundersökningar är stort. Man kan spekulera i att den i artikelns inledning citerade uppmaningen, att minska

antalet laboratorieprover, kanske på en del håll behöver ändras till att öka utredningsaktiviteten!

Författaren vill tacka dels Centrum för Folkhälsoforskning (landstinget i Värmland) för ekonomiskt stöd till projektet, dels företagsläkaren Göran Adevik, Skaraborgshälsan, Falköping, för statistisk rådgivning.

Referenser

1. Överby A. Sjuklighet och läkemedelsparanorama hos patienter med hypertoni eller diabetes. *Läkartidningen* 1988;85:414–6.
2. Lapidus L, Bengtsson C. Riskfaktorer för kranskärslsjukdom och för tidig död hos kvinnor. *Läkartidningen* 1987;84:2777–81.
3. Gran B. Patienter som kontrolleras för högt blodtryck – en inventering på vårdcentral. *Läkartidningen* 1988;85:1416–9.
4. Johannesson M, Borgquist L, Elenstål A, Jönsson B, Tiling B. Läkemedels- och konsultationskostnad för behandling av hypertoni vid en vårdcentral. *CMT Rapport* 1990:1.
5. Sigurdsson JA, Bengtsson C. Symptoms and signs in relation to blood pressure and antihypertensive treatment. *Acta Med Scand* 1983;213:183–90.
6. Lind L, Ljunghall S. Hypertoni en metabol systemsjukdom. *Läkartidningen* 1989;86:2369–70.

7. Samuelsson O, Wilhelmsen L, Pennert K, Berglund G. Angina pectoris, intermittent claudication and congestive heart failure in middle-aged male hypertensives. *Acta Med Scand* 1987;221:23–32.
8. Tibblin G, Cato K, Svärdsudd K. Göteborg quality of life study of men born 1913 and 1923 – age, sex, job satisfaction and cardiovascular diseases. *Scand J Prim Health Care* 1990;Suppl 1:39–45.
9. Crisp AJ, Heathcote JG. Connective tissue abnormalities in diabetes mellitus. *J Roy Coll Phys* 1984;18:132–41.
10. Spector TD, Campion GD. Generalised osteoarthritis: A hormonally mediated disease. *Ann Rheum Dis* 1989;48:523–7.
11. Överby A. B12-brist i Koppom: en pilotstudie. *AllmänMedicin* 1986;7:275–6.
12. Brattström L, Israelsson B, Hultberg B. Hyperhomocysteinemi – en ny riskfaktor för kärlsjukdom? *Läkartidningen* 1992;89:476–9.
13. Halfvarsson L, Näslund B. Remittering från primärvård till sjukhusspecialist, speciellt ortopediklinik – en litteraturgenomgång. *AllmänMedicin* 1985;6:65–70.

Författarpresentation

Anders Överby, distriktsläkare i Skönneruds läkardistrikt.

Läkarstationen
670 41 Koppom

Forts från sid 212

Men resten. Det gick inte att komma runt de skrivningar som talade om "dispens med eller utan krav på vidare utbildning". "Generös dispensgivning" talas det om i utskottets bedömning. Förvisso ett tånjbart begrepp, men det kan knappast tolkas som idiotstopp. I synnerhet inte av Kammarrätten.

Att internmedicinsk specialitet blev grundkravet i gruppen "dispens utan utbildningskrav" beror på att den längsta tjänstgöringen i FV-utbildningen (efter allmänmedicin) är i internmedicin, och att det alltså kan betraktas som en "näraliggande specialitet". Vi var överens om att det skulle finnas någon form av tilläggskrav, och 5 års allsidig tjänstgöring i länssjukvård, eller 7 år i företagshälsovård, blev vår kompromiss mellan generositet och höga kvalitetskrav.

Övriga specialister med klinisk verksamhet, liksom läkare utan specialitet (privatpraktiker, skolläkare, företagsläkare) men med minst 7 års tjänstgöring med allmänmedicinsk karaktär, kan få 5 år på sig att utbilda sig till specialister i allmänmedicin jämsides med arbetet som husläkare. När de får sin dispens, kommer de att uppmanas att snarast ta kontakt med sin lokala studierektor, och att med hans/hennes hjälp upprätta en studieplan, som skall skickas in till Socialstyrelsen.

Tillåt mig till sist att peka på några obetydliga ljusglimtar i eländet.

Socialstyrelsen menar allvar med kravet på specialistkompetens i allmänmedicin inom 5 år. Man kommer att följa upp de dispenserade läkare som har utbildningskrav, så långt som det är möjligt, och uppmana dem till flit och ihärdighet i studierna. Även de som inte har något utbildningskrav kommer att uppmanas att bli specialister i allmänmedicin.

Överhuvudtaget innebär kompetensbestämmelserna för husläkare, med dispenser och allt, en rejäl skärpning jämfört med nuvarande läge. I och med chöl-reformen avskaffades kravet att distriktsläkaren skulle ha "bevis om specialistkompetens inom det verksamhetsområde som tjänsten avser", och det står nu landstingen fritt att anställa vilka läkare de vill. Vilket de ju också har gjort. Såvitt jag kan förstå är husläkare de enda läkarna med lagstadgat kompetenskrav, nämligen specialistkompetens i allmänmedicin.

Riktlinjerna är varken lag eller förordning, men dock ett dokument upprättat av en myndighet. Och där ges studierektorema i allmänmedicin viktiga uppgifter i utbildningen av de dispenserade läkarna. Det kan knappast ses som annat än ett erkännande av en

grupp som på kort tid bevisat sin nytta, och ett starkt stöd för deras fortsatta verksamhet.

Det beska pillret är sockrat med 21 miljoner kronor, som skall användas för att öka de dispenserade läkarnas kompetens. För att göra något vettigt med de pengarna kommer det att krävas ett pedagogiskt utvecklingsarbete, något som kan komma alla inom allmänmedicinen till godo.

Till sist: motivet för att införa dispensmöjligheten är att skaka fram tillräckligt många läkare för att alla verkliga ska kunna få en husläkare. När husläkärsystemet är bemannat, kan dispensförfarandet avskaffas. Hösten 1995 kanske?

Litteratur

1. Lag om husläkare. SFS 1993:588.
2. Förordning om behörighet som husläkare. SFS 1993:594
3. Socialstyrelsen. Riktlinjer för Socialstyrelsens dispensgivning för husläkare. Socialstyrelsen 1993.

Författarpresentation

Anna-Karin Furhoff

Institutionen för allmänmedicin
Diagnosvägen 8 nb
141 54 Huddinge



S-VTT-0393-002 AD/MEDIA/CBG

TENDINITER, ONDA RYGGAR, MUSKELINFLAMMATIONER, VRICKADE FÖTTER...

Voltaren® T är en tablett för akuta smärttillstånd. Den är speciellt lämplig i det akuta skedet, eftersom maximal plasmakoncentration uppnås mycket snabbt. Voltaren® T innebär utökade behandlingsmöjligheter med Voltaren®, Sveriges mest använda antiflogistikum.*

VOLTAREN® T

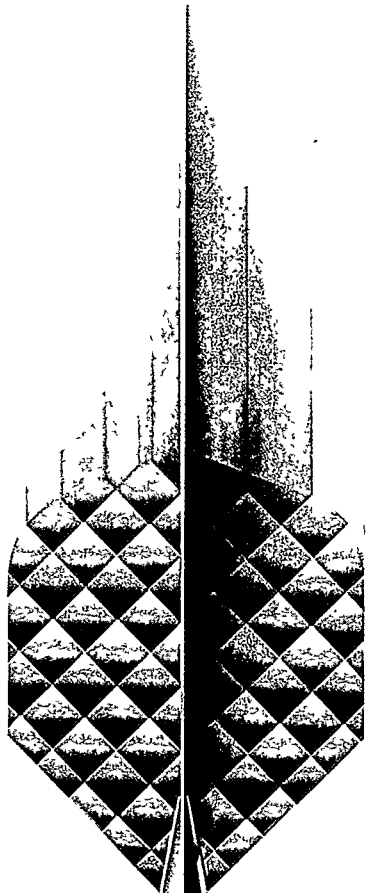
DICLOFENAC

PRODUKTINFORMATION. VOLTAREN® T

Voltaren® 1 (diclofenac-natrium) **Voltaren® T 2** (diclofenac-kalium)
Antiflogistika med analgetisk och antipyretisk effekt. 1) Enterotabletter 25mg och 50mg, suppositorier 50mg och 100mg samt injektionsvätska 25mg/ml. 2) Tab-letter 50mg. Indikationer: 1) Reumatoid artrit. Juvenil reumatoid artrit. Artrios. Mb. Bechterew. Dysmenorré utan organisk orsak. Akuta gallstens- och uretärstensanfall (injektionsvätska). Postoperativ smärta och akuta smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet (injektionsvätska och suppositorier). 2) Akuta smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet. Dosering: Individuell. Vuxna: Beroende på indikation 50-150mg dagligen. Barn: Riktvärde bör vara 2-3 mg/kg kroppsvikt dagligen. Injektionsvätska: 1-2 ampuller (75-150mg) per dag, högst 2 dagar i följd. KontraIndikationer: Ulcus pepticum. Inflammation

toriska gastrointestinala sjukdomar, tillstånd med ökad blödningsbenägenhet. Levercirros. Hepatisk porfyri. Svår hjärtsvikt och njursjukdom (glomerulusfiltration <30ml/min). Överkänslighet mot diclofenac. På grund av korsreaktion skall preparatet ej ges till patienter, speciellt astmatiker, som fått symtom på astma, rinit eller urtikaria vid intag av ASA eller andra NSAID. Försiktighet: Patienter med gastrointestinala besvär eller med tidigare ulcera, liksom patienter med ulcerös kolit, Crohn's sjukdom, SLE, hematopoies - eller koagulationsrubbingar bör noggrant kontrolleras under behandling med diclofenac. Beroende på prostaglandinernas betydelse för att upprätthålla renalt blodflöde, är speciell försiktighet indicerad när diclofenac används vid nedsatt hjärt-, lever- eller njurfunktion. Detta gäller även vid behandling med nefrotoxiska läkemedel tex ciklosporin. Hos äldre patienter

speciellt diuretikabehandlade, samt hos patienter som förlorat stora extracellulära volymer tex i peri- eller postoperativa fasen av större kirurgiska ingrepp, måste risken för vätskeretention och försämrad njurfunktion beaktas. Graviditet: Kategori C. Se speciellt avsnitt i FASS märkt [g]. Biverkningar: Vanliga. Allmänna: Huvudvärk, yrsel eller svindel. GI: Epigastrisk smärta, illamående, kräkningar, diarré, buksmärta, dyspepsi, flatulens, anorexi. Lokal irritation (endast suppositorier). Hud: Utslag eller huderosioner. Lever: Transaminasstegringar (ASAT, ALAT). Mindre vanliga och sällsynta: se FASS. Förpackningar: 1) Enterotabletter 25mg, 30 och 100st. Enterotabletter 50mg, 20 och 100st. Suppositorier 50mg, 10 och 50st. Suppositorier 100mg, 5 och 50st. Injektionsvätska 25mg/ml, Ampuller 5x3ml och 50x3ml. 2) Tabletter 50mg, 20 och 100st. För ytterligare information: se FASS.

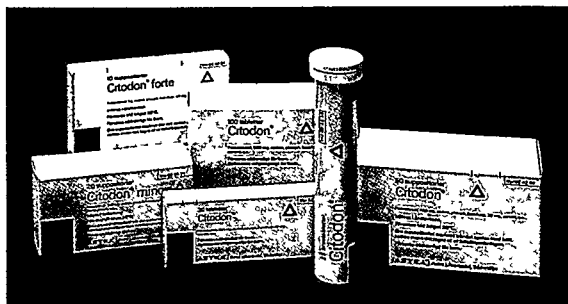


Citodon[®]

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

*vid akuta smärttillstånd
t ex från rygg/nacke*

Citodon, analgetikum Δ



Tabletter – brustabletter – suppositorier

Snabbt tillslag* Effektivt

** vanligen inom 30 minuter*

Astra Läkemedel

151 85 Södertälje

Sjukgymnastisk behandling av patienter med nack/ryggbesvär – erfarenheter av kroppskännedomsgupper på vårdcentral

BARBRO LINDH · MONICA MATTSSON · BENGT MATTSSON · ELSMARIE BERGMARK

Nya sjukgymnastiska behandlingsmetoder vid psykosomatiska besvär har introducerats de senaste åren inom primärvården. Behandling i kroppskännedomsgupper är en sådan metod och den redovisas i föreliggande studie. Kvinnor med nack/ryggbesvär deltog i en kroppskännedomsgupp och förutom specifika rörelseövningar innehöll träffarna undervisning, avspänning och strukturerade samtal. Symtomen lindrades och sex månader efter behandlingen hade ytterligare besvärsminskning skett. Kroppskännedomsgruppens speciella karaktär belyses och dess lämplighet inom primärvården betonas.

Bakgrund

Besvär från rörelseorganen, särskilt symtom från rygg och axlar är vanliga inom primärvården. Långdragna sjukskrivningar förekommer ofta och olika grader av sjukpension är vanligt (1). Resultaten av olika typer av behandlingar varierar. Analgetika, värme, vila och traditionell sjukgymnastisk behandling antingen var för sig eller i olika kombinationer ger ungefär liknande resultat (2). Blomberg (3) har dock nyligen visat, att manuell terapi tycks ge bättre erfarenheter jämfört med 'vanlig' sjukgymnastisk terapi och smärtskolor med strukturerade behandlingsprogram har också vissa positiva effekter på kroniska smärttillstånd (4,5).

På senare år har impulser från psykiatrisk sjukgymnastik kommit primärvården till del. Kroppskännedomsgrupps(KROK)-behandling, psykomotorisk behandling och avspänningsskolor är tre behandlingsmetoder som var för sig eller i kombination har initierats och framför allt bedrivits inom psykiatrisk vård i Sverige (6-8). Dessa behandlingar erbjuds nu också patienter inom primärvården med psykosomatiska symtom. Enstaka rapporter (9,10) tyder på gynnsamma erfarenheter och den människosyn som dessa metoder bygger på överensstämmer i hög grad med det paradigm som primärvården eftersträvar (11,12). Ryggen är, enligt psykomotorisk teori, ett organ som ut-

sätts för mekanisk belastning och självklart gäller ergonomiska principer vid behandling. Samtidigt är ryggen bärare av patientens hela livshistoria. Smärta, spänning och förkortad muskulatur kan därför också ses som uttryck för olösta konflikter och tillbakahållna känslor (8).

Eftersom systematiserade studier av KROK-behandling i primärvård hittills saknats, genomfördes en öppen, prospektiv icke-kontrollerad studie. Syftet var att beskriva behandlingsmetoden 'kroppskännedomsgupp' i primärvårdsarbete och att studera dess effekter, dels vid behandlingens slut och dels sex månader efter avslutad terapi.

Material

Samtliga vårdcentraler och företagshälsovårdsenheter i Umeå sjukvårdsdistrikt informerades om projektet. De 15 första patienter som anmälde sig (alternativt blev remitterade) inkluderades om följande kriterier var uppfyllda:

- besvär från nacke/skuldror/bröst-ländrygg/bäcken;
- sjukskrivning (50 eller 100%) mellan 1-6 månader (önskvärt);
- ålder mellan 25 och 55 år;
- tidigare anamnes som kunde tyda på att besvären skulle bli långdragna.

Följande besvär/tillstånd innebar exklusion: diagnostiserat diskbräck, whip-lash skada, psykisk sjukdom/missbruk, pågående försäkringskasserevision, arbetslöshet.

Metod

Före behandlingens uppläggning diskuterades genomförandet med sjukgymnaster med erfarenhet av KROK. En kollega (MM) med vana vid arbets-sättet kontrakterades också som handledare för projektet (tio handledningstillfällen under behandlingens gång, varje tillfälle cirka två timmar).

Två sjukgymnaster (BL, EB) träffade patienterna i en större träningslokal (cirka 75 kvadratmeter) på en vårdcentral under fem veckor med två besök/vecka, sammanlagt tio besök. Före start träffade ledarna patienterna, ett allmänt informationsblad delades då ut där behandlingsplanen presenterades. Ett kontrakt undertecknades också.

Gruppmötenas genomförande

Varje gruppbehandlingstillfälle, som varade i två timmar, hade en fast struktur och innehöll fyra delmoment på

vardera cirka 30 minuter. De fyra momenten utgjordes av:

TEORI, varvid följande temata belystes i dialogundervisningsform: anatomi, psykofysiska samband vid stress och stresshantering, andningens betydelse och dess roll som spänningsregulator samt hållningens betydelse för spänningsförhållanden i kroppen. Samtal och frågor uppmuntrades och teorin sattes in i ett för patienterna begripligt sammanhang.

ÖVNINGAR genomfördes i grupp, men med betoning på att var och en fick ta ansvar för hur mycket man ville delta och engagera sig. Stor frihet lämnades. Parövningar förekom i viss omfattning, vilket gav möjlighet för deltagarna att prova ut olika aspekter av kommunikation. Under övningspassen låg tyngdpunkten på Basal Kroppskännedomsgövningar, ett sjukgymnastiskt arbetssätt där man betonar de elementära motoriska funktioner som ingår i den tidigaste grunden för jag-utvecklingen. Detta tidigt utvecklade harmoniska system av kroppsrörelser och reflexer som är gemensamt för alla människor, har ofta störts eller hämmats av erfarenheter och skador tidigt i livet. Många av dessa fysiologiska och vegetativa processer kan emellertid återinläras genom enkla naturliga övningar som stimulerar till integrering och helhetligt fungerande.

SAMTAL. Efter övningspassen fanns det möjlighet att samtala om upplevelser och erfarenheter man gjort under övandet. Man uppmuntrade alla till att vara aktiva i samtalen, men respekterade också om någon inte ville eller vågade dela med sig.

AVSPÄNNING avslutade sessionerna. Avspänningen var utformad som en kombination av progressiv avspänning och fördjupad mental närvaro. Avspänningen gavs på samma sätt varje gång och genomfördes i samma lokal på ett likartat sätt under hela kursen. Deltagarna uppmuntrades att öva hemma och den som ville fick en bandinspelning av instruktionerna med sig hem.

Under kursens gång delades visst material ut (artiklar om stress, dikter, tänkespråk). Övningar rekommenderades och tips om litteratur gavs.

Utvärdering

Enkät – Vid kursens början, efter kursens slut och efter sex månader fick deltagarna fylla i ett för ändamålet konstruerat frågeformulär, där också möjligheter till egna kommentarer gavs. Enkäten var semistrukturerad och efter ifyllandet följde en intervju för kompletterande information.

Visuell analog skala (VAS) – Omedelbart efter KROK-gruppens slut och efter ytterligare sex månader fick deltagarna fylla i på en skala hur de upplevde sina besvär. På en 100 mm lång vertikal skala mellan 'minskade besvär' och 'ökade besvär' i ändpunkterna avgav patienterna med ett kryss var de för tillfället befann sig i förhållande till besvären vid behandlingens början. Avståndet till ändpunkterna mättes och jämfördes (13).

Dokumentation – Efter varje session gjorde kursledarna en skriftlig dokumentation (i dagboksform). Noteringar gjordes om behandlingstillfället som helhet men också om deltagarna var för sig.

BAS-skattning (Body Awareness Scale) – BAS är ett test som innehåller två delar, en intervjudel och ett rörelsetest (7). Det har särskilt använts inom psykiatrisk sjukgymnastik och skattar bland annat patientens kroppsmedvetande och kroppsfungerande. Skalan används även för att registrera förändringar över tid. Höga poäng innebär större patologiska fynd. BAS användes vid uppföljningen efter sex månader för att korrelera ledarnas iakttagelser och fynd i testsituationen med patientens egna beskrivningar.

Resultat

Av de ursprungliga 15 patienterna föll fem bort innan kursen började (tre kvinnor och två män - 'hade inte tid', kom ej till avtalad tid). Alla de övriga tio deltagarna (samtliga kvinnor) fullföljde behandlingen och närvaron var hög. Fem deltagare kom till samtliga sessioner, medan fem patienter hade i medeltal tre frånvarotillfällen per person.

Kvinnorna var mellan 30 och 51 år. Tre personer uppgav endast ryggbesvär medan sju kvinnor rapporterade två eller flera symtom i kombination (huvudvärk/hals-, bröst- eller ländryggsbesvär).

Handledningen betonade bland annat ramar och kontrakt samt balanseringen mellan teori och praktik vid gruppsessionerna. Gruppens allmänna utveckling från en initialt mer auktoritärt präglad grupp (ledarna bestämmer) till en mer självstyrande grupp (val av övningar och innehåll utifrån medlemmarnas önskemål) understöddes aktivt och uppmuntrades i handledningssamtalen.

Enkät

Genomgående angavs positiva omvärden till kursens uppläggning i stort och till de olika momentens inbördes omfattning. Åtta personer angav fördelningen mellan teori/samtal/övningar/avspänning som 'lämplig'. På en öppen fråga om något övrigt väsentligt inträffat under sexmånadersperioden (positivt eller negativt) svarade fyra 'ja'. Två beskrev negativa händelser (dödsfall, ökande arbetsbelastning) och två rapporterade positiva skeenden (genomgått fasteperioder, positivt ändrade arbetsförhållanden).

Av Tabell I framgår, att symtomen reducerades mellan enkätstillfällena och Tabell II visar att man upplevt att man själv kan påverka sina symtom och att 'självkännetiden' förändrats.

Avspänningsövningar ansågs som bästa övning för att påverka symtomen. ("Kan släppa av spänningar i axlar genom att tänka på andningen; Får mindre ont i ryggen om jag tänker på hur jag står, somnar lättare genom avslappning och att andas rätt").

Den förändrade självkännetiden uttrycktes på följande sätt: "Jag har fått en inre känsla som inte funnits tidigare. Jag känner min kropp bättre. Jag vet mer, kan styra själv - vet vilka situationer som påverka mig - och vad det är."

VAS-skattning

Den sammanlagda skillnaden för patienterna mellan 'minskade besvär' och 'ökade besvär' var 29 mm omedelbart

efter kursens slut - sex månader senare hade skillnaden ökat till 69 mm. En ytterligare klar symtomminskning rapporterades således.

Dokumentation

Ledarnas anteckningar jämfördes med patienternas formuleringar i enkäten av hur de uppfattat behandlingen. God överensstämmelse mellan de två versionerna noterades.

Exempel - Kvinna 47 år

Ledarens anteckningar

Lektion 1: Förkyld, huvudvärk. Sitter med jackan på. Tystlåten, slutet kropps- och ansiktsuttryck.

Lektion 8: Ingen jacka idag, gåspar under sträckövningen, sätter sig upp och frågar förvånat: 'Varför gåspade jag?' Upptäckt att hon spänner käkarna när hon koncentrerar sig. Upptäckt kopplingen mellan spänd mage och återhållen andning-spända axlar.

Patientens anteckningar

För mig har gruppen gett otroligt mycket. Övningarna som vi lärde är enkla och effektiva, många bra tips att öva på hemma. Avslappningen betyder mycket och är bra att ta till när smärtorna är som värst. Jag skulle vilja fortsätta i grupp efter detta med liknande program.

Gemensamt för deltagarna var, att det skett en mer eller mindre tydlig utveckling mot större eget omhändertagande under kursens gång. Beroende

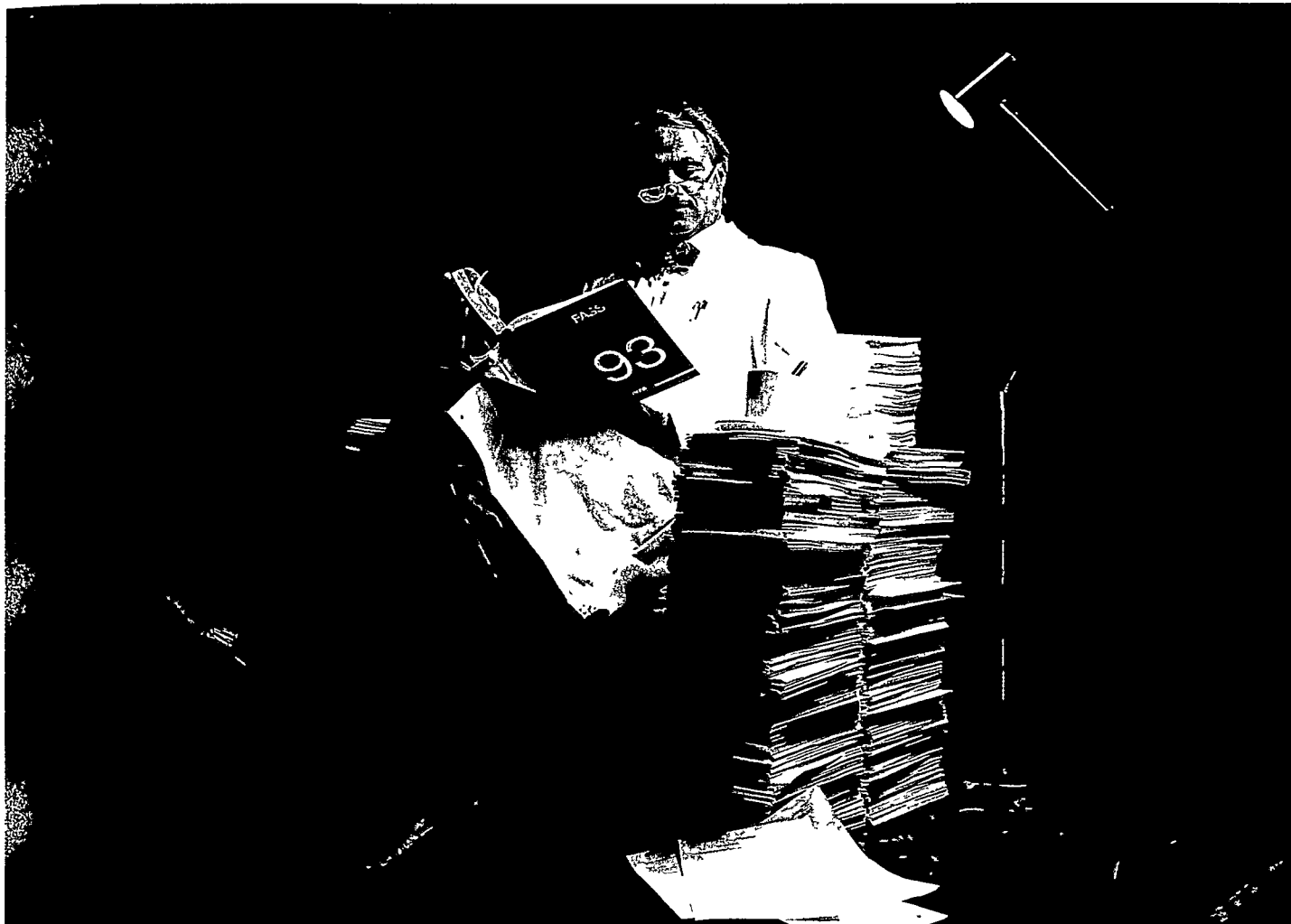
Tabell I. Rapporterade symtomförändringar hos 10 patienter omedelbart efter behandlingen och 6 månader senare (- anger minskade besvär; + anger ökade besvär. Jämförelsen är gjord i förhållande till förebehandlingen. En del patienter angav få symtom, andra angav flera.

Symtom	Omedelbart efter behandlingen		Efter ytterligare 6 månader	
	-	+	-	+
Huvudvärk, käkbesvär	5	0	6	0
Spänningar i nacke, axlar	4	3	3	2
Ryggbesvär	1	1	2	0
Öronsus/yrsel	1	0	2	0
Andningsbesvär	2	1	1	0
Allmänna spänningar, domningar	4	0	1	0
Trötthet/sömnsvårigheter	1	2	3	0
Totalt	18	7	18	2

Tabell II. Tio patienters svar omedelbart efter behandlingen och 6 månader senare (en patient svarade ej på den andra frågan).

		Omedelbart efter behandlingen	Efter ytterligare 6 månader
Har Du möjlighet att själv påverka Dina symtom?	Ja	8	9
	Nej	2	1
Har Din självkännetiden förändrats?	Ja	7	7
	Nej	2	2

Att sitta på kunskap



EXPLICIT

LOSEC® – resultatet av 25 års svenskt utvecklingsarbete

I utvecklingsarbetet av LOSEC® har över 40 000 patienter deltagit i de kliniska studierna. Mer än 60 miljoner behandlingar har givits i 73 länder över hela världen, med mycket goda resultat.

Nu är LOSEC® godkänt för långtidsbehandling av svår refluxesofagit och svår-



behandlade peptiska sår, utan tidsbegränsning. Dokumentationen har bedömts så betryggande, att ingen övre tidsgräns har varit nödvändig att sätta.

Använd LOSEC® för säker behandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxesofagit, även på lång sikt.



LOSEC® (omeprazol) är en protonpumpshämmare och finns som kapslar 20 mg (14, 28 och 56 st), injektionssubstans (I + II) 40 mg samt infusionssubstans 40 mg. Indikationer: Korttidsbehandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxesofagit. Underhållsbehandling av patienter med svår refluxesofagit eller svårbehandlade peptiska sår. Zollinger-Ellisons syndrom. För fullständig information se FASS.

omeprazol
LOSEC®
– den svenska protonpumpshämmaren

på de ursprungliga resurserna och motivationen har tillgodogörandet varierat.

BAS-skattning

Rörelsetestet visade, att gruppen hade ett rörelsemönster som kännetecknades av disharmoni och begränsning. Man hade genomgående ett energikrävande och orytmskt rörelsesätt och gruppen hade höga poäng på denna faktor. I faktorn 'allmän sjukdomskänsla' noterades en diskrepans mellan höga poäng på 'smärta och värk' och avsaknad av poäng på 'inställning till fysisk förmåga'. Detta uppfattades så, att trots det störda rörelsemönstret, det höga spänningsläget och den betydande mängden smärta och värk så upplevde sig inte personerna i någon större utsträckning begränsade i det dagliga livet. De är trots symtomen självständiga och oberoende.

Diskussion

Det är naturligt att dra säkra slutsatser av en icke-kontrollerad studie. När engagerade behandlare tar sig an en utvald grupp patienter, blir resultaten ofta positiva - oavsett vilken behandling som ges. De goda resultaten måste därför bekräftas under kontrollerade former.

Vad som är anmärkningsvärt i studien är dock, att man sex månader efter behandlingens slut känner sig minst lika bra som direkt efter gruppens avslutning. Enligt VAS-skattningen hade symptomförbättringen blivit ännu mer uttalad sex månader efter behandlingen. Nio av patienterna angav, att de fortsatt att på egen hand göra övningar som de fått lära sig.

Man kan fråga sig om KROK-grupper av ovan beskrivet slag initierar en gynnsam utveckling med ökad medvetenhet om samband mellan symptom och livets olika belastningar och om i så fall denna process fortsätter efter behandlingsperiodens slut. Det finns svenska arbeten som stöder dessa påståenden (9). I vår uppföljningsenkät formulerar också många patienter en positiv syn på vad behandlingen inneburit på sikt ("Har lärt mig hur min kropp reagerar i olika situationer, att vara lika snäll mot mig själv som jag är mot andra i min omgivning". "Mina svettningar beror på att jag stressar upp mig, håller ofta andan". "Spänningshuvudvärken är så gott som borta. Avslappningen har givit mig ett nytt lugn").

I den avslutande BAS-skattningen framkommer dels att man mår relativt bra, dels att rörelsetestet visar ett stort mönster och muskulära spänningar. Det kan tolkas som en motsägelse, men denna iakttagelse stämmer väl med Friis et al (14) som i sina studier av lik-

nande grupper funnit, att den psykiska upplevelsen av att må bättre påverkas innan mätbara förändringar i rörelseschemat kan iakttagas. Den psykologiska förändringen går före den kroppsliga och för att nå en varaktig psykisk strukturell förändring, krävs en mer genomgripande kroppslig omställning (8,15,16).

Vad är värdet av gruppbehandling?

Långsiktiga erfarenheter av ryggskolor är vanligtvis negativa (17). Kamwendo visade att 'fölsamhetsförstärkande' nackskola i fyra veckor inte var av värde för sekreterare (18). Besvären var efter sex månader oförändrade jämfört med besvären hos en kontrollgrupp. Inte heller hade 'aktiv tidig rehabilitering' med multidisciplinära insatser under åtta veckor någon effekt. Vid en 24-månaders uppföljning kunde man inte finna någon skillnad hos denna grupp jämfört med en kontrollgrupp ifråga om hälsa uttryckt i arbetsförmåga (19).

Det finns dock andra erfarenheter av rehabilitering av 'smärtpatienter' som pekar i motsatt riktning. Kogstad et al visar i en prospektiv kontrollerad studie, att patienter med svår smärta som deltog i 'smärtskola' reducerade behovet av sjukvårdsinsatser och kom tillbaka till arbete i större utsträckning jämfört med en kontrollgrupp (5). Dessa författare anser att behandling borde provas på patienter tidigare i sjukdomsutvecklingen. I vår studie deltar patienter som är relativt tidigt i sin sjukdomsutveckling. Vi finner också en större förändring i VAS-skalan och i sjukdomsupplevelsen än i Kogstads studie, möjligen som följd av att vår patientgrupp var friskare från start.

De resultat som framkommit av effekter av smärtskola och rehabiliteringsinsatser är värda att stanna upp inför. Therapieffekterna är i hög grad beroende av innehållet i 'skolan' och skickligheten och kompetensen hos behandlarna. Beteckningen smärtskola, *tidig rehabilitering*, *kroppskännedomsgrupp* och *avspänningsgrupp* kan rymma mycket skilda ingredienser och kan ge helt olika utfall. Bara kvalitativa studier kan förtydliga vilka de verkligt avgörande hälsoskapande krafterna är.

Avslutande kommentar

Det tycks som om patienterna i vår studie har fått en ökad möjlighet att påverka sin egen situation. Många har fortsatt att öva på egen hand och nästan alla upplever att de själva kan reducera sina symptom. Det är en positiv bild och i linje med den syn som man inom primärvården uppmanas arbeta efter (11). Att söka finna de egna resurserna och att stimulera till självhjälp blir ledande principer. Patienter skall vara aktiva och inte bara *föremål för behandling*.

Behandlingsarbetet med KROK-grupper, där undervisning och behandling vävs samman, stimulerar till en integrerad syn på patienten. Metoden synes oss väl tillämplig i primärvården och sjukgymnasters ökande intresse för KROK bör stimuleras och nya behandlingsprojekt med noggrann utvärdering bör igångsättas.

Referenser

1. Nachemson A. Problemets omfattning. I: Ont i ryggen - orsaker, diagnostik och behandling. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Jan 1991;12-28.
2. Nachemson A. Behandling av ryggsvindrom. I: Ont i ryggen - orsaker, diagnostik och behandling. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Jan 1991;88-129.
3. Blomberg S, Svärdsudd K, Mildnerberger F. A controlled multicenter trial of manual therapy in low back pain. Scand J Prim Health Care 1992;10:170-8.
4. Torrestad A, Håkansson M, Axelli T. Development of a program for the treatment of chronic pain and anxiety. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1992;8:85-92.
5. Krogstad O, Hintringer F, Mast Jonson Y. Smerteskolle. Behandlingstilbud för fibromyalgipatienter och andre med kroniske ikke-ondartede smerter. Tidsskr Nor Laegeforen 1991;111:1725-8.
6. Feldenkrais M. Awareness through movement. New York, London: Harper & Row, 1972.
7. Roxendal G. Body awareness therapy and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. Göteborg, 1985. Avhandling.
8. Bunkan B. Muskelspenninger og kroppsbilde. Oslo: Universitetsforlaget, 1985.
9. Ullberg Pettersson K. Kroppen - själens symbol. Utvärdering av sjukgymnastisk psykosomatisk gruppbehandling. Skövde: Kärnshuset. Landstinget i Skaraborg, 1991.
10. Schiöer A. Alexitymi och kroppskänedom hos patienter med kronisk smärta. Projektarbete. Stockholm: Karolinska Institutet, Sjukgymnastik, 1988.
11. Bentsen BG. Fundamentals of general practice. Scand J Prim Health Care 1984;2:11-7.
12. Roxendal G. Ett helhetsperspektiv - Sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Studentlitteratur, 1987.
13. Miller M, Ferris OG. Measurement of subjective phenomena in primary care research: the visual analogue scale. Fam Pract Res J 1993;13:15-24.
14. Friis S, Skatteboe U-B, Kvamsdal Hope M, Vaglum P. Body awareness group therapy for patients with personality disorders. Psychoter Psychosom 1989;51:18-24.
15. Skatteboe U-B. Å vaere i samspill. Oslo: Statens speciallærerhøgskole. Hovedoppgave, 1990.
16. Dropsy J. Den harmoniska kroppen. Stockholm: Natur och Kultur, 1988.

17. Keijers J, Bouter LM, Meertens RM, Kok GJ. The efficacy of the back-school for patients with non-specific low back pain: An overview. *Physiotherapy Theory and Practice* 1992;8:85-8.
18. Kamwendo K. Neck and shoulder disorders in secretaries, prevalence, risk factors and neck school intervention. Lund: University of Lund, 1991. Avhandling.
19. Björkqvist B, Ekberg K, Malm P, Bjerre-Kiely B. Rehabilitering av nacke-skuldra besvär - 24 månaders uppföljning. Linköping: Yrkesmedicinska kliniken. Rapport nr 22, 1992.

Författarpresentation

Barbro Lindh, leg sjukgymnast, Mariehems vårdcentral.

Monica Mattsson, leg sjukgymnast, Psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.

Bengt Mattsson, distriktsläkare, docent, Mariehems vårdcentral.

Elsmarie Bergmark, leg sjukgymnast, Reumatologiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.

Mariehems vårdcentral
Morkullevägen 9
906 51 Umeå

Skärpt beredskap i kroppens naturliga försvar



Redan strax efter 30-års ålder är den egna tymusproduktionen halverad. Återkommande infektioner, värk och stelhet beror ofta på en obalans eller försvagning av försvaret. Tillförseln av tymushormoner är det enda sättet att kompensera den egna minskade produktionen.

Är du uppdaterad om det senaste inom tymusforskningen?

Thymogen finns som tablett för peroralt bruk och som injektionslösning för subkutan eller intramuskulär injektion. Registrerat naturmedel nr. 88-5084 och 84-6001. Har ej genomgått för läkemedel föreskriven kontroll.

Ja tack!

Sänd mig de senaste forskningsrönen om Thymogen

Namn _____

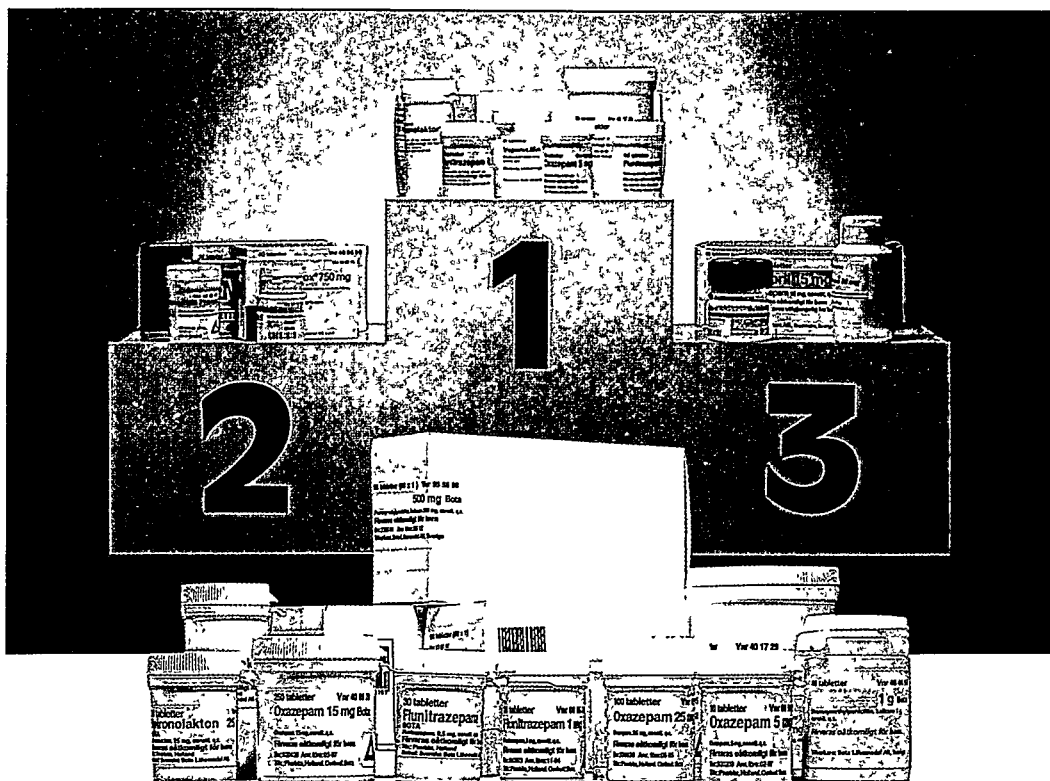
Adress _____

Postadress _____



MEDIC HERB AB
BIOLOGISKA MEDICINER

Medic Herb AB, Box 30060, 400 43 Göteborg



PRISBELÖNADE

Nu får vår prispolitik sin belöning.
Allt fler förskrivare, förbrukare och inte minst konkurrenter
upptäcker våra framgångar med lägre
läkemedelspriser.

Från att ha varit pionjärer
står vi idag som garant för en humanare
prinsnivå på en marknad som tidigare sällan, eller
aldrig, upplevt prissänkningar.

Den framgången ser vi som vår främsta belöning.

BOTA LÄKEMEDEL

Box 30 • 745 21 Enköping
Tel. 0171-770 80 • Fax 0171-770 82

OXAZEPAM BOTA, ångestdämpande, lugnande och muskelrelaxerande medel.
Bensodiazepinderivat. ATC-kod: N05B A04. Synonymt med Sobril® och Alopam® ◊▲.

FLUNITRAZEPAM BOTA, sömnmedel. Bensodiazepinderivat. ATC-kod: N05C D03.
Synonymt med Rohypnol® och Flunitzepam NM Pharma ◊▲.

SPIRONOLAKTON BOTA. kaliumsparande diuretikum, blodtryckssänkande medel.
ATC-kod: C03D A01. Synonymt med Aldactone®, Spirix, Spironolakton Fermenta och
Spironolakton NM Pharma.

◊▲ Risk för tillvänjning, iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.
För vidare upplysningar, se FASS.

Vad är en brukargrupp och vad kan den göra för vårdcentralen?

IRENA NADLER

Fenomenet brukargrupp kommer ursprungligen från England. Där bildades redan på 1970-talet brukargrupper (patient participation groups) vid en del läkarmottagningar. Numera finns i England cirka hundra-talet aktiva grupper. Brukargruppernas syfte är att förmedla information från läkare och övrig sjukvårdspersonal ut till befolkningen och ta emot synpunkter och önskemål från befolkningen.

Ett år innan Sorgenfrimottagningen, en ny vårdcentral i Malmö, öppnades började en arbetsgrupp bestående av representanter från alla yrkesgrupper på den blivande mottagningen att arbeta med planering av verksamhet och lokaler. Samtidigt bildades en brukargrupp eller "patientreferensgrupp" bland stadsdelens invånare.

Arbetsgruppen och brukargruppen samarbetade kontinuerligt vid månatliga möten. Vid det första mötet deltog mellan 25 och 30 personer. Man diskuterade hur verksamheten skulle utformas, vilka namn som skulle användas på de fyra delområden som mottagningen skulle betjäna, öppettider, tillgänglighet på telefon, telefon direkt till läkarna, tillgänglighet på kvällstid, med mera. Författarinnan Mary Andersson, som bland annat har skrivit en bok om området, 'Sorgenfri', blev inbjuden för att berätta om sina minnen från 1930-talet Sorgenfri. Tillsammans med brukargruppen utformades en postenkät till befolkningen för att belysa en rad olika frågor, exempelvis betydelsen av att ha en 'egen läkare', hur lång väntetid det var vid telefonkontakt, om man önskade få reda på svar på sina prover oavsett resultat med mera.

Brukargruppen har fortsatt med sina träffar en gång per månad utom under semesterperioden. När husläkardiskussionen kom igång, började många i upptagningsområdet oroa sig för vad som skulle kunna hända med Sorgenfrimottagningen om ett husläkarsystem infördes. Brukargruppen tog då initiativ till en presskonferens där man markerade sitt stöd för "sin vårdcentral".

Så här tycker en av medlemmarna i brukargruppen som arbetar ideellt som "vårdinna" på mottagningen:

– Min man var med från allra första början. Han var ordförande i 'Vänlig-

hetens kontaktkommitté' fram till september 1990 då han gick bort. Elisabeth, hans läkare, ringde och frågade om jag kunde hoppa in i hans ställe och slutföra det han hade börjat med.

– Jag tycker att det här har gett mig fantastiskt mycket. Vad jag förstår, så har även jag kunnat bidra med något till patienterna. Jag är väldigt glad att jag fick vara med här.

– Egentligen gäller det att vara lyhörd för vad patienterna säger om mottagningen, om det är något de tycker är fel eller bra. Det vi har fört fram på våra möten har mest varit positiva saker. Människorna är glada för att mottagningen finns och rädda för att den ska försvinna, ändras om eller bli någonting annat.

– Nu handlar det inte längre så mycket om att man ska visa folk vart de ska gå någonstans här inne på mottagningen, de flesta har lärt sig hitta vid det här laget. Jag sitter här innanför ingången mest för att hjälpa till om någon behöver hjälp. Många gånger är det äldre människor och även om de har varit här många gånger kan de vara litet vilsna och vill gärna fråga om saker.

– Jag tror att det är väldigt viktigt, att människorna är med och bestämmer. Det är folket ute som vet hur de vill ha det.

En annan brukare säger:

– Jag tror att brukargruppen har en viktig funktion i kommunikationen med andra människor, grannar, föräldrar till lekamrater eller pensionärer som bor på samma servicecentrum. Man pratar om sin mottagning. Man fångar upp intryck eller just hur människor mår ute i områdena. Sen kan man ganska lätt och enkelt föra allt detta vidare till vårdcentralen. Jag tycker att detta är exempel på sådan här gräsrotsdemokrati. Det har varit jätteviktigt och positivt att träffa människor från andra generationer. Dessutom har jag fått en litet större känsla för min del av stan, för jag kommer ju inte härifrån. Man skapar en sorts gemenskap om man har ett gemensamt intresse.

Som distriktsläkare tycker jag att vi har fått mycket hjälp från brukargruppen till stöd för verksamheten på olika sätt. Brukargruppen kan hjälpa till att skapa opinion för att vi skall kunna fortsätta vårt arbete och även ta initiativ och fungera som påtryckningsgrupp.

Det är ju centralt för primärvården att ha nära kontakt med inte bara pati-

enterna utan hela befolkningen i upptagningsområdet. Det är på deras villkor vi finns här. Vi kan inte isolera oss inom väggarna på vårdcentralen utan måste rikta oss utåt. Arbetet med brukargrupper eller "patientråd" är ett sätt att få kontakter ut mot samhället. Alla brukargrupper behöver inte fungera på samma sätt. Brukargruppens funktion hänger mycket samman med olika omständigheter, till exempel om det rör sig om ny eller en redan existerande vårdcentral, vilket patientunderlag och vilka behov som finns i området.

För den som vill starta en brukargrupp vill jag först och främst rekommendera studier av den litteratur som finns. Ett gott råd är att konsultera kollegor, personal och kanske en eller två patienter som har god kännedom om lokala förhållanden. Sedan gäller det att "sälja" idén till mottagningspersonalen, inte minst till distriktssköterskor och läkarsekreterare. Bjud gärna in några medlemmar från en fungerande brukargrupp för att få del av deras erfarenheter. Börja sedan arbetet med att bilda en planeringsgrupp. Om man som läkare är intresserad kan ett engagemang i gruppen ha stor betydelse, men det kan också bli en hämmande faktor. Man får känna sig fram hur gruppen vill ha det.

Medlemmarna i Sorgenfrimottagningens brukargrupp anser att de har haft och fortfarande har en viktig roll som länk mellan oss vårdgivare och människorna ute i (upptagnings)området, något som vi i primärvården har all anledning att ta tillvara.

Man kan undra över varför England ligger så långt framme med brukarinflytande i vården, medan detta är ett så nytt fenomen här i Sverige. En del kan säkert förklaras med att det i England finns en tradition av att icke-professionella frivilliga krafter utför ideellt arbete, vilket ju nästan inte finns i Sverige. Dock är brukarinflytande i vården ett fenomen som nu sprids allt mer även i den svenska sjukvården. Att bilda brukargrupper är ett sätt att stimulera denna utveckling.

Litteratur

1. Nadler I. Patient participation groups: Mål, funktion och utvärdering. Malmö: Sjukvården Malmö, 1992. (Stencil)
2. Paine T. How to do it: Set up a patient participation group. BMJ 1987;297:828-9.
3. Paine T. Survey of patient participation in the United Kingdom. BMJ 1982;286:768-7, 847-9.

4. Pritchard P. Participation. I: Fry J, Hasler J. Targets for 2000. Global challenges for primary health care. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.
5. Pritchard P. Patient participation groups. Practitioner 1983;227:1895-901.
6. Pritchard P. Patient participation in general practice. (Occasional paper nr 17). London: Royal College of General Practitioners
7. Pritchard P. Patient participation in general practice. A practical guide to starting a group. London: Medical Annual, 1983.
8. Richardson A, Bray C. Promoting health through participation. experience of groups for patient participation in general practice. (Research report nr 659). London: Policy Studies Institute, 1987.

Författarpresentation

Irena Nadler, distriktsläkare.

Vårdcentralen Granen
Grangatan 11
212 14 Malmö

Fråga och lyssna – teori, metod och analys i allmänmedicinsk kvinnoforskning

KATARINA HAMBERG · EVA JOHANSSON

LB 5600

Handledare:

Göran Westman, docent, institutionen för allmänmedicin, Umeå universitet och

Gerd Lindgren, universitetslektor, institutionen för sociologi, Umeå universitet.

I den här artikeln vill vi förmedla erfarenheter vi gjort som kvinnliga distriktsläkare i en allmänmedicinsk vardag. Inledningsvis presenteras problemområdet "kvinnor med värk", som vi möter det i kliniken, i dokumenterad statistik och i tidigare forskning kring kvinnors sjuklighet. Men artikelns huvudsakliga syfte är att utifrån en orientering i aktuell forskning motivera och diskutera vårt metodval. Vi har arbetat med tematiskt strukturerade djupintervjuer och en kvalitativ analys av dessa. Vad finns det för vinster och problem med den kvalitativa ansatsen?

Är hon här nu igen?

I vårt arbete är majoriteten av patienterna kvinnor. Många av dessa har värk av oklar art eller andra svårdiagnostiserade symtom från rörelseorganen. I många fall blir sjukskrivningstiderna långa, trots att åkomman "normalt" borde läka snabbt. Många patienter återkommer till mottagningen efter kort tid, med samma eller likartat symtom. Som doktorer känner vi oss osäkra på etiologi, diagnos och behandling. Ibland avslöjar också journalen, att läkare före oss varit osäkra och tafatta inför kvinnans problem. Det väcker frustration hos doktorn och det är också många patienter som uttrycker missnöje med handläggningen i vården.

Kvinnors ohälsa mätt i statistik bekräftar våra upplevelser. Fler kvinnor än män söker sjukvård. Denna könskillnad kvarstår även om vårdutnyttjandet i samband med graviditet och förlossning borträknas (1-3). I Riksföräkringsverkets statistik har kvinnornas andel av de sjukskrivna ökat och kvinnorna har enligt dessa beräkningar alltmör besvär från rörelseorganen (4). Yngre kvinnor samt kvinnor i åldern 50-65 år dominerar bland besökande på vårdcentral som får diagnoser från rörelseorganen (3). Också gravida, som sjukskrivs för besvär från rörelseorganen ökar. Utöver dessa statistiska data är kunskapen om de sjukskrivna kvinnornas situation begränsad.

Varför blir hon inte frisk?

Den forskning som tidigare bedrivits inom området är begränsad, trots att kvinnors besvär från rörelseorganen är ett identifierat problemområde för såväl läkare som patienter, försäkringskassa och kvinnoforskare.

I en undersökning av fyra lokala rehabiliteringsgrupper inom primärvården i Umeå framkom könsskillnader i handläggningen. Männerna hade större möjlighet att påverka sin rehabilitering och resultatet blev oftare ett jobb eller utbildning om klienten var en man. Antingen hade kvinnorna en mer komplicerad problematik kombinerad med större svårigheter på arbetsmarknaden eller så handlägger man ärendena olika beroende på kön (6). Sjukskrivningstiden för män med besvär från rörelseorganen minskade när försäkringskassan och sjukvården i Kristianstad samarbetade kring tidig rehabilitering. Men för kvinnorna innebar inte dessa specialinsatser med specialistbedömningar och sjukgymnastik i tidigt skede att sjuktalet sjönk (7). Det tycks vara olika faktorer som spelar roll i kvinnors och mäns möjligheter till rehabilitering.

Syfte

Syftet med vårt forskningsprojekt är att söka ny kunskap om och teorier för

kvinnors besvär från rörelseorganen och deras samband med kvinnors livssituation.

Vi är kvinnliga allmänläkare. Vilka utgångspunkter ger det i forskningen?

Mot en bättre konsultation?

Konsultationen har stått i brännpunkten för den allmänmedicinska forskningen på 80-talet. Vad händer i mötet mellan läkare och patient när patientens problem ska lyftas fram och åtgärder diskuteras? Pendleton (8) har utvecklat en teoretisk bas för försäelse av vad som händer i konsultationen och vad som krävs för en "lyckad" konsultation. Han menar, att det krävs att doktorn förstår patientens förväntningar, känslor och farhågor, att doktor och patient finner en gemensam förståelse för problemet och att patienten engageras till delaktighet och medansvar i behandlingen. Malterud (9) har i sin avhandling utarbetat nyckelfrågor som syftar till att lyfta fram, uppmuntra och invitera den kvinnliga patienten i konsultationen - en kommunikativ metod för en bättre konsultation. I en dansk allmänmedicinsk avhandling belyser Lunde (10) diskrepansen mellan läkarens och patientens förväntningar kring medicinska problem. Rudebeck (11) har fördjupat sig i patientens symtompresentation. Han introducerar begreppet "kroppsempati" som en klinisk färdighet doktorn behöver för att förstå patientens budskap.

Gemensamt för denna forskning är, att den lyfter fram en del av allmänmedicinens särart. Den betonar konsultationen som huvudsaklig källa till problemförståelse och viktigaste diagnostiska redskap. Genom en utvecklad konsultation kan vi nå ökad förståelse av underliggande problem. Det medför i sin tur fler valmöjligheter vad gäller åtgärder, vilka inte alltid behöver vara rent medicinska (12).

Pendleton betonar vikten av, att patienten och läkaren får en gemensam förståelse för problemet. Där fångar han något väsentligt. Vårt problemom-

VAD..VÄLJER DU ..NÄR PRISET ÄR DETSAMMA?

Naproxen
(antiflogistikum, analgetikum)
Astra

Tabletter 250 mg, 500 mg och 1g.
Suppositorier 500 mg. Mixtur 25 mg/ml.

Referenspris



TOTALPRODUKT:

Fullständigt sortiment



Terapitradition/Rekommendation
av lokal läkemedelskommitté



Främjar svensk originalforskning



Efterutbildning, litteratur och lång-
siktigt stöd till svensk allmänmedicin



Svensk produktion



Astra Läkemedel

DET LEDANDE SMÄRTFÖRETAGET

151 85 Södertälje

råde kan just sägas karaktäriseras av "bristande förståelse". Orsakerna till detta kan följaktligen tänkas vara misslyckade konsultationer och därför bristande information och insikt. Men den bristande förståelsen kan också bero på begränsningar i kunskaper om sjukdomsorsaker och/eller begränsningar i det traditionella medicinska synsättet.

Värkproblematik kan inte tillfredsställande förklaras med naturvetenskapliga förklaringsmodeller. När doktorn finner en diskrepans mellan patientens klagomål och medicinska fynd, beskrivs individen ifråga ofta som neurotisk, psykosomatisk eller "funktionell". Men denna patientgrupp kan också ses som en vetenskaplig "anomali" och en teoretisk utmaning. MacWhinney (13) hävdar, att vi i sökandet efter nya metoder kan stå på tröskeln till ett vetenskapligt paradigmskifte.

En del patienter med diffus värkproblematik återfinns under diagnosen fibromyalgi. Att det är en för doktorn frustrerande eller åtminstone ointressant patientgrupp, visar den rankinglista över sjukdomars prestige, som presenterades i Nordisk Medicin (14). Där framkommer också, att allmänmedicin som specialitet står mycket lågt i kurs.

Vi finner det högst sannolikt, att vi genom att studera den minst intressanta sjukdomsgruppen i en av de minst intressanta specialiteterna, kommer att finna ny kunskap om patientgruppen men även sanningar och insikter som, i MacWhinneys mening, kan utmana det medicinska paradigmet i stort. Den svårbehandlade kvinnan med värk utmanar oss till kunskapssökande på två plan. Dels efter mer kunskap och insikter, dels efter *nya utgångspunkter, nya metoder, begrepp och förståelsegrunder*. Där har vi inom medicinen mycket att lära av humanistisk forskning. I den antropologiska forskningstraditionen finns till exempel ett kunskapssökande med öppna frågeställningar och beredskap att ständigt ställa nya frågor eller omformulera frågan utifrån erfarenheter som vinnas under forskningsprocessens fortskridande – *en deltagande induktiv forskningsmodell*.

Kvinnoforskningen

Begreppet kvinnoforskning rymmer skilda teoretiska traditioner och diskussionen om vad som ska betecknas som kvinnoforskning har pågått flera år inom vissa vetenskapliga fält, till exempel litteraturhistoria, lingvistik och sociologi. Inom medicinen är diskussionen ung och vi kan grovt urskilja två inriktningar som gör anspråk på att kallas medicinsk kvinnoforskning. Å ena sidan forskning på och om kvinnor som *biologiska varelser*, till exempel forskning om kvinnliga könshormon eller blodfetter hos kvinnor. Å andra sidan forskning som studerar kvinnor som *samhällsvarelser* och anlägger ett

bredare perspektiv på kvinnors hälsa. Detta synsätt innefattar kvinnors biologiska särdrag, men tar också hänsyn till och studerar hur kvinnors underordning i samhället påverkar deras hälsa.

Det finns en stark koppling mellan allmänmedicinsk forskning och medicinsk kvinnoforskning i denna senare bemärkelse. Inom båda forskningsfälten finns forskare som ställer nya frågor, betonar helheten och som tvingas ifrågasätta allmänt accepterade forskningsmetoder. Genom tvärvetenskaplighet och genom att bland annat utveckla kvalitativa metoder, försöker både kvinnoforskaren och allmänmedicinaren hitta nya och bättre förklaringsar på de problem de ställs inför.

Kritisk diskussion kring metod och analys har länge pågått inom kvinnoforskningen. Det har varit nödvändigt att utveckla en vetenskap som tar sin utgångspunkt i kvinnors vardagsliv och utifrån detta sätta in kvinnors erfarenheter i större komplexa sammanhang. Kvinnoforskningen betonar vikten av deltagandet, att arbeta inifrån för att uppnå förståelse, i likhet med antropologisk/hermeneutisk tradition. För forskaren innebär det, att hon deltar i den sociala interaktionen. Det innebär följaktligen en kritik av objektivitetens normer och de metoder som beaktar dessa. Objektivitetens ideal är att undanröja observatörens speciella synvinkel, så att forskningsresultaten inte snedvrids av forskarens subjektivitet. Mot detta hävdar till exempel den feministiska vetenskapsteoretikern Sandra Harding, att det inte existerar någon neutral punkt varifrån skeenden kan iaktas (15). Hon förespråkar "standpoint theory" där man i stället tar fasta på de kunskaper som vinnas just genom att man har ett speciellt perspektiv.

Erfarenheterna från kvinnoforskningen kan ge oss två infallsvinklar. För det första att vi försöker se problemet ur ett *kvinnoperspektiv*. Det betyder, att vi verkligen försöker begripa hur kvinnorna själva ser på sin situation och att vi analyserar problemen och sjukvården ur kvinnornas perspektiv. För det andra att vi använder den könsteoretiska kunskapen för att tolka och förstå det som äger rum i själva konsultationen ur ett *maktperspektiv*. Det vill säga, att vi också analyserar det som sker i interaktionen mellan doktorn och patienten ur ett över/underordningsperspektiv.

Utsatta gruppers situation har mycket att lära oss om hela samhällen eller verksamhetsområden. Kvinnor med värk kan säga mycket om sin situation men också berätta mycket om hela sjukvårdens belägenhet och problem.

Metod

Fråga och lyssna

När vi beslutade oss för att forska inom detta område, var vår utgångspunkt, att kvinnors livsvillkor i stor ut-

sträckning påverkas av faktorer som inte berörs vid konsultationen hos läkaren. Vi ville finna och fästa vår och patientens uppmärksamhet på sådana faktorer. Vi valde intervjun framför enkäter och frågeformulär av flera orsaker. En kollega, Morén-Hybinette har visat på svårigheterna att täcka in alla tänkbara variationer i kvinnliga livsvillkor i en enkät (16). Nyligen presenterades "aktivt lyssnande" i djupintervjuer som en bra väg för förståelse för belastningsskadade (17). Men vi valde framför allt intervjun för att intervjusituationen liknar konsultationen, vårt arbetsredskap dagligdags. Det ger oss möjlighet avtäcka underförstådda och omedvetna samhandlingsregler som inramar mötet doktor/patient. Därvid gör vi en poäng av att inte inta den objektiva utanförstående intervjuarens position.

Tematiskt strukturerad intervju – låt henne tala!

Tematiskt strukturerade intervjuer liknar samtal, där allt intresse är fokuserat på den som intervjuas. Vi strävar innehållsmässigt mot att få vissa teman belysta, men låter samtidigt intervjuens förlopp styras och byggas upp på kvinnans egna associationer och erfarenheter. Exempel på teman som samtalet får kretsa kring är: Uppväxtförhållanden, utbildning och arbetslivserfarenheter, familjebild, omsorgsplikter gentemot anhöriga och vänner, barnomsorg, ekonomi, transportmedel, fördelning av hemarbete, relationer i familjen, förekomst av våld i hemmet, erfarenheter av sjukvården, sjukdomens inverkan på livsuppgifter, hjälpbehov, etc.

Vi eftersträvar att i första hand lyssna och med frågor inbjuda till precisering, exempel och fördjupning. Ett avsnitt i intervjun är inte avslutat förrän vi känner oss säkra på att vi förstått vad kvinnan menar. Det kan innebära att vi, i en uppföljningsintervju, preciserar en fråga som återknyter till ett tema som vi lämnade "för tidigt" förra gången. En bra definition av våra intentioner med intervjun ger Christensen och Hvitfelt (18): 'Vi uppfattar det som en kombination av omsorg i vid bemärkelse och respekt för den kvinna vi pratar med. Det ska finnas utrymme för kvinnan i intervjuar. Hon ska få tid att fördjupa sig i vad hon egentligen tror, tänker och anser. Vi ska träda in i hennes värld och förstå dess logiska konstruktion inifrån'.

Analysmetod – vad är det hon säger?

Analysen av intervjuaterialet innebär att ur mångfalden sjukhistorier och levnadsbeskrivningar nå fram till *förståelse för innehåll och sammanhang*. Men inte bara vår privata förståelse för den enskilda kvinnan – dokumentationen syftar till en förståelse som kan generaliseras och förmedlas till andra.

För bearbetning av intervjuerna har vi valt "grounded theory", en kvalitativ

analysmetod. Metoden utvecklades av två sociologer, Glaser och Strauss (19,20), men har fått användning av forskare inom socialt arbete, undervisning, omvårdnad och socialmedicin. Arbetssättet har utvecklats av svenska sociologer (21,22) och benämns då "teorigenerering på empirisk grund". Det är ett systematiskt sätt att organisera och kategorisera idéer som väcks ur ett rikt och komplext datamaterial, till exempel intervjuer.

Intervjutexten genomläses noggrant och flera gånger och *kodas öppet*. Det innebär, att man utifrån texten försöker abstrahera fram begrepp som täcker meningsinnehållet i intervjun. Det finns alltså inte några på förhand uppställda kod-listor utan momentet består av ett engagerande, kreativt tankearbete. De koder som faller ut i genomläsningen, sorteras sedan i olika kategorier. Allt eftersom arbetet fortskrider får kategorier olika tyngd och frågor dyker upp om hur kategorierna inbördes hänger samman. Eftersom analysen är en kontinuerlig process där insikter småningom utkristalliseras, ingår i metoden att föra bredvidanteckningar över infall, "aha"-upplevelser, tankesprång m m, så kallade "memos". Dessa kan vara milstolpar i kunskapsprocessen, i teorins framväxt.

Diskussion

Erfarenheter av metodernas användning

Den forskningsväg vi provat skiljer sig från den traditionella medicinska forskningen på många punkter vad gäller vetenskapliga kriterier. Genom en kvalitativ metodik tror vi att vi kan bidra till ökad förståelse för smärtproblematiken hos kvinnor. Men vi ställs också inför många svårigheter och problem gällande metoden.

Genom att vi inte står utanför forskningsprocessen som observatörer, utan deltar i kunskapsökandet tillsammans med patienten som *aktörer*, aktualiseras gamla välkända metodologiska frågor kring *objektivitet, validitet och reliabilitet*. Men det väcker också nya frågor om *makt, solidaritet, engagemang* och *ansvar* – forskningsetiska aspekter.

Intervju och analys – en kontinuerlig kunskapsprocess

Kunskapsprocessen är ett växelspel mellan oss som forskare och kvinnan som informant, mellan oss som läkare och kvinnan som patient och mellan oss som kvinnor. Kunskapsprocessen har också en tidsdimension. Dels undergår vår relation till den enskilda patienten en utveckling (till vilket vi återkommer), dels är varje ny intervju påverkad av de tidigare genom ackumulerad förståelse. Analysen är således inte bara ett textanalytiskt arbete vid skriv-

bordet utan också en ständigt pågående process över tid och på många plan.

Maktrelationen

Inom kvinnoforskningen har den tematiskt strukturerade intervjun diskuterats. Intervjun bör ske i en så icke-hierarkisk situation som möjligt (23). Forskaren måste utgå från ett kvinnoperspektiv och tillåta sig vara ett subjekt i forskningsprocessen.

Vi genomför våra intervjuer inom ramen för patient/läkarrelationen och det är definitivt inte en jämlik situation. Läkaren har en stark maktposition i förhållande till patienten. Genom sin lön och sociala status, sin utbildning och kunskap, sina möjligheter att utfärda intyg och remisser, samt för manliga läkare i kraft av sitt kön har läkaren en överordnad position.

Den positionsmakt som läkaren besitter i mötet med patienten kan inte elimineras. Den kan utgöra ett verkligt hinder vid intervjuer av det här slaget där vi vill komma kvinnorna nära och ta del av deras livserfarenheter. Vi har erfaren att det krävs några läkarbesök innan intervjun genomförs, en *kontaktfas*. (Vilket ofta löses naturligt, eftersom kvinnorna utmärks av svårdiagnoticerade och långvariga besvär och ofta återkommer till vår mottagning). Under denna kontaktfas försöker vi inom ramen för patient/läkarrelationen skapa förutsättningar för ömsesidig respekt och förtroende. Det gör vi genom att sätta kvinnorna i centrum, efterfråga deras erfarenheter och åsikter, visa respekt och tåla kritik av behandlingsförslag och åtgärder. Vi försöker också förmedla, att vi är intresserade av att hjälpa även om det inte finns någon säker diagnos att ge besvaren. Vi är intresserade av att förstå och samarbeta för bästa behandling. Kvinnan känner sig då inte enbart som ett objekt i vår forskning utan hon blir delaktig och hennes egna förutsättningar kan förbättras. Patient/läkarrelationen är dock alltså en hierarkisk relation där läkarens positionsmakt kvarstår.

Men ojämlikheten i patient/läkarrelationen har också en positiv laddning. Patienten bär fram förväntningar om att få ta del av läkarens kunskap och insikter. Läkaren innebär en möjlighet till

hjälp, bättring och till och med bot. Ur den aspekten ger oss "ojämlikheten" en fördel, en motiverad informant.

Aktionsforskning

Vår forskningsmetod väver samman forskning och distriktsläkararbete. Kvinnorna väljs ut från vår egen mottagning – är våra patienter. Nödvändiga förberedelser inför intervjuerna görs vid vanliga läkarbesök. Vi fortsätter att vara kvinnornas läkare under hela tiden mellan första och planerade uppföljande intervjuer efter två år. De tankar och infallsvinklar på problemen som intervjun ger, försöker vi omsätta i individuell behandling.

Analysen av intervjun ger teoriutkast och konkreta behandlingsidéer. I ett fortsatt växelspel – mellan data, teori och vardagspraktik, behandling och patientmöten – växer ny kunskap och vidgas förståelsen.

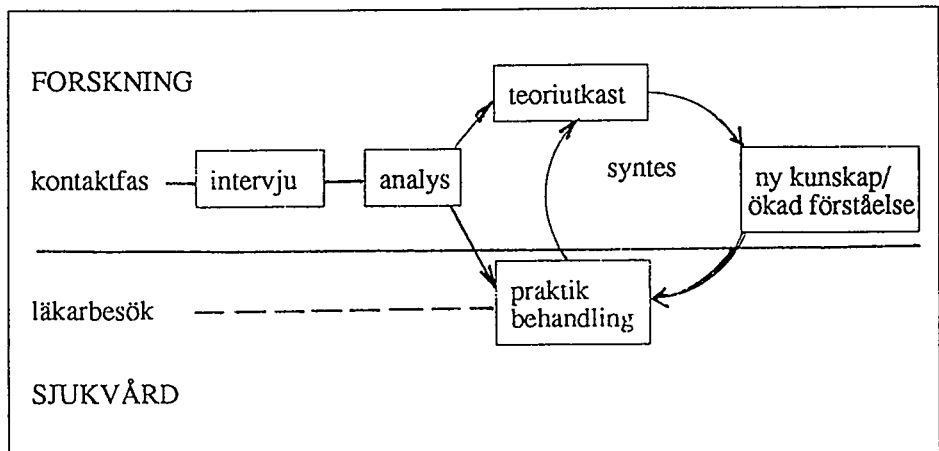
Behandlingsprocessen kan bli en källa till fördjupad eller förändrad förståelse av vad som framkommit om kvinnans livsvillkor i intervjuanalysen.

Exempel 1

En heltidsarbetande kvinna använde all sin fritid till att via en frikyrkoför-samling hjälpa gamla och handikappade. Hon kunde omöjligt avsäga sig detta trots svår huvudvärk och ryggbesvär. Att tillsammans identifiera situationer, där hon kunde börja markera sina egna behov och säga nej, verkade vara en lämplig väg att gå. Men under det år som följde märktes tydligt hur hela hennes identitet som kvinna var knuten till omsorgen om andra. Ökad förståelse för hur viktigt omsorgsarbete var i hennes liv innebar en ödmjukhet inför hennes livsfundament och en insikt om att våra möjligheter att ingripa i människors liv trots allt är begränsade.

Exempel 2

En ung kvinna klarar periodvis inte av sitt kvällsjobb som grovstädarska på grund av rygg- och huvudvärk. Fastän hon "vill" så "kan" hon inte börja en yrkesutbildning, för hon anser att barn ska skötas av sina mödrar. I hennes fall visar sig den springande punkten för rehabilitering vara, att tala om hur hon på bästa sätt kan ordna så att barnen



har det bra. Genom att få ökad förståelse för hennes livssammanhang kan också läkarinsatserna bli mer verklig-hetsanknutna, mer kvinnotillvända.

Reliabilitet och validitet

"Kvalitativ forskning blir subjektiv och kan aldrig kallas vetenskaplig! Det blir olika resultat beroende på vem som gör bedömningarna." Det här är vanliga argument och vi möter dem ofta i diskussioner med kollegor. I traditionell medicinsk forskning råder föreställningen, att forskaren ska vara objektiv, formulera hypoteser som kan provas, göra iakttagelser som kan upprepas av andra, det vill säga kontrollera forskningsprocessen under experimentella betingelser.

Teorigenerering handlar om steget före hypotesprövning, om upptäcktsens väg. Att likt en spårhund söka ledtrådar till gåtans lösning, att ur data från verkligheten abstrahera begrepp som kan sättas samman till teoriutkast och småningom formuleras till hypoteser/teorier. På det viset är den induktiva, kvalitativa ansatsen ett komplement till forskning av klassisk deduktiv, hypotesprövande karaktär.

Det är inte meningsfullt att ställa upp samma kriterier för vetenskaplighet på den induktiva och den deduktiva forskningsmodellen. Vår "datainsamling", den tematiskt strukturerade djupintervjun, är beroende av oss själva som instrument och kan inte jämföras med en standardiserad enkät. Analysen "grounded theory", är ett försök till systematisk kategorisering av textinnehållet, men kan inte ifråga om reliabilitet jämföras med statistisk multivariatanalys. Självklart har forskarens bakgrund och motiv betydelse för hur analysarbetet genomförs. Strauss försöker inte heller bagatellisera forskarens personliga erfarenheter, tvärtom uttrycker han sig: "Mind your experience, there is potential gold there!" Men samtidigt hävdar Strauss, att varje forskare måste ha så få förutfattade meningar som möjligt. Han menar, att genom att arbeta systematiskt och förutsättningslöst granska och åter granska det insamlade materialet, utvecklar forskaren sin *teoretiska känslighet*.

Vi håller med Strauss om vikten att hålla en teoretisk distans till sitt undersökningsmaterial och följa en metod som ökar reproducerbarheten. Däremot tror vi, att det är ett utopiskt krav, att vara förutsättningslös i analysstarten. Att vara engagerad och initierad behöver inte innebära skygglappar och ensidighet. Tvärtom är det viktigt att lyfta fram *forskarens förförståelse*. Forskaren bör ha ett verkligt intresse för sitt forskningsfält och stor kunskap om tidigare forskning och rön. Med väl underbyggda kunskaper ökar förutsättningarna för rimliga bedömningar, jämförelser, associationer och teoretiska abstraktioner - helt enkelt "sann

kunskap". Om än ej "sann" i betydelsen, att slutsatsen kan dras av "alla". En forskare med väl underbyggd förförståelse är bäst skickad att göra kvalitativa bedömningar, menar Kvale (24) med sin mångåriga erfarenhet av kvalitativ forskning. Betydelsen av reliabilitet och validitet måste relateras till undersökningens syfte.

Sammanfattning

Vi har påbörjat ett allmänmedicinskt forskningsprojekt. Syftet är att söka ny kunskap och ökad förståelse för kvinnliga patienter med värk. Genom tematiskt strukturerade intervjuer har vi valt en metod som i mycket liknar vanligt distriktsläkararbete.

Via en kort presentation av för oss aktuell allmänmedicinsk forskning, humanistisk forskningstradition och kvinnoforskning motiverar vi vårt val av en kvalitativ metod i analysen av intervjuerna. Glaser och Strauss skisserar en metod för kvalitativ analys, "grounded theory". Vi har provat metoden och enligt våra erfarenheter är datainsamling och analys en intimt sammanvävd kunskapsprocess som växer fram i relation mellan oss som läkare och forskare och våra kvinnliga patienter, informanterna.

I diskussionen lyfter vi fram vinster med metoden men också svårigheter. Ett problem är att se och medvetet arbeta med den maktstruktur som finns i patient/läkarrelationen. Ett annat problem är att i forskningssammanhang få förståelse för att upptäcka en teori och bevisa den är två vitt skilda vetenskapliga processer.

Enligt våra erfarenheter kan en kvalitativ ansats lyfta fram upplevelser i vardagspraktiken till en analytisk distans och ge möjlighet att i patientens bild av sin situation skönja mer generella mönster.

Referenser

1. Eilertsson G. Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Lund: Lunds universitet, Institutionen för klinisk samhällsmedicin. 1981.
2. Smedby B, Korpela M. Diagnosredovisning för läkarbesök år 1983 vid hälso-centralen i Tierp. Arbetsrapport 1984-08-15. Uppsala: Uppsala universitet, Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst.
3. Hamberg K, Troein M. Besöksregistrering vid Örnässets vårdcentral 1986. Luleå: FOU-arbete vid samhällsmedicinska enheten, 1986.
4. Statistik från Riksförsäkringsverket, 1988.
5. Dahlgren L, Lindgren G, Olsson B. 1.111 långtidssjuka i Hofors. Umeå: Umeå universitet, Sociologiska institutionen, 1987.
6. Bäckström I, Eriksson N. Rehabiliteringsgrupper till vilken nytta? Umeå: Umeå universitet, Sociologiska institutionen, 1989.

7. Tidig rehabilitering av sjukskrivna med sjukdomar i rörelseorganen. RFBV redovisar 1990;13.
8. Pendleton D, Schoefield T, Tate P, Havelock P. The consultation: An approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
9. Malterud K. Allmenpraktikerens möte med kvinnliga patienter. Oslo: Tano, 1990.
10. Lunde I. Patienters egenvurdering - et medicinskt perspektivskift. Århus: Institut for Almen Medicin, 1989.
11. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. Scand J Prim Health Care. 1992;Suppl 1.
12. Westman G. Konsultation i allmänläkarvård. I: Westman G (red). Konsultationen i Umeå. AllmänMedicin, Suppl 14, 1991;12:4-6.
13. McWhinney IR. Changing Models: The impact of Kuhn's theory on medicine. Fam Pract 1984;1:3-8.
14. Album D. Sykdomers og medicinska specialiteters prestisje. Nord Med 1991;106:232-6.
15. Harding S. The science question in feminism. Milton Keynes: Open University Press, 1986.
16. Morén-Hybinette IL. Kvinnoanamnes - en möjlighet att synliggöra kvinnors totala arbetssituation. Projektarbete vid företagsläkarkursen 1989/90.
17. Lindberg E. Aktivt lyssnande viktig del i behandlingen av belastningsskada. Läkartidningen 1991;88:2967.
18. Christensen E, Hvitfeldt K. Hvad forstår vi ved et 'solidarisk interview'? I: Metodeproblemer i samfundsvidenskabelig kvindeforskning. Copenhagen 1981.
19. Strauss AL. Qualitative analysis for social scientists. New York: Cambridge University Press, 1987.
20. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing Co, 1967.
21. Eneroth B. Hur man mäter vackert? Grundbok i kvalitativ metod. Stockholm: Natur och Kultur, 1984.
22. Dahlgren L, Larsson G, Starrin B, Styrborn S. Längs upptäcktsens väg - en introduktion till teorigenerering. Karlstad: Psykologiservice i Värmland, 1988.
23. Davies K, Esseveld J. Kvalitativ kvinnoforskning. Stockholm: Arbetslivscentrum, 1989.
24. Kvale S. Den kvalitative forskningsinterview - ansatser till en hermeneutisk-fenomenologisk förståelseform. I: Broch T, Krarup K, Larsen PK, Rieper O (eds). Kvalitative metoder i Dansk Samfundsforskning. Lejersbosymposiet 1978. Köpenhamn: Nyt fra Samfundsvetenskapene, 1979.

Författarpresentation

Katarina Hamberg och Eva Johansson, distriktsläkare.

Marichems vårdcentral
Morkullevägen 9
906 51 Umeå

BRUS



- Snabblöslig
- Snabb effekt
- Grapefrukt/
apelsinsmak
- Buffrande effekt

Zantac[®]
(ranitidin HCl)

Zantac[®] (ranitidin HCl) är en H₂-receptorblockerare och finns som tablett i styrka 150 mg (20 st, 60 st och 50 x 1 st) samt 300 mg (10 st och 30 st). Zantac[®] brustablett 150 mg (60 st). Zantac[®] mixtur 15 mg/ml (300 ml). Zantac[®] injektionsvätska 25 mg/ml (5x2 ml). För vidare information se katalogtext.

Glaxo

SEKTIONEN FÖR GASTROENTEROLOGI
Glaxo AB, Box 263, 431 23 Mölndal. Tel: 031-67 09 00



Kan man förändra distriktsläkares och distriktssköterskors arbetsätt när det gäller individuell hälsorådgivning?

ELISABETH ARBORELIUS · MARIA BRINGLAND

Många distriktsläkare/distriktsköterskor känner sig tveksamma till sin förmåga att påverka människors levnadsvanor och upplever ofta besvikelse över denna oförmåga. En viktig orsak är bristen på pedagogisk utbildning i individuell hälsorådgivning. Under våren 1992 anordnades därför seminarier på fyra seminarier avseende patientcentrerad pedagogik i individuell hälsorådgivning för distriktsläkare och distriktssköterskor inom Sollentuna primärvårdsområde. Den pedagogik som tillämpades var diskussioner, rollspel, användande av arbetsblad och genomgång av teoriavsnitt. Seminarierna leddes av en beteendevetare. Utvärdering utifrån intervjuer av deltagarna visade på, att hälften påtagligt förändrade sitt arbetsätt så tillvida att de arbetade mer patientcentrerat och hade målsättningen att få patienten att ta ställning till sina levnadsvanor och att de också tillämpade speciella tekniker för att uppnå detta: Arbetsblad, motiverande frågor, diskutera nackdelar. Som ett resultat av seminarierna har en handbok och ett videoband utarbetats för att kunna sprida denna alternativa pedagogik inom primärvården.

skaper. Detta tillvägagångssätt har emellertid begränsad effekt för att påverka patienters beteende (2-4). Av de intervjuades berättelser om hur de praktiskt gått tillväga i samtalen, visade det sig att ungefär hälften hade ett förhållningssätt som var mer eller mindre auktoritärt, det vill säga de uppmanade och 'sa åt' patienten hur han borde bete sig. Åtskilliga studier har visat, att patientcentrerad metodik är mer framgångsrik än icke-patientcentrerad metodik när det gäller att påverka människors levnadsvanor (5). Resultaten visade också, att de flesta (närmare 90 procent) var tveksamma och/eller besvikna när det gällde den egna förmågan att påverka människors levnadsvanor.

I en annan undersökning med videospelade distriktsläkarbesök (6) analyserades de sekvenser där livsstilsfrågor som mat, motion, rökning och alkohol diskuterades. Man fann att den metod läkarna i de allra flesta fall använde sig av var att uppmana patienten att ändra beteende genom upprepningar, moraliseringar och/eller värderingar, det vill säga samma mönster som framkom i intervjuundersökningen.

Den internationella litteraturen på området behandlar framför allt hälsorådgivning av läkare, medan mycket lite finns skrivet om distriktssköterskor, trots att dessa i hög grad bedriver preventivt arbete. Enligt flera utländska undersökningar uppfattar de flesta läkare levnadsvanor som mycket bety-

delsefulla, men få har tilltro till sin egen förmåga att påverka patienten i dessa avseenden (7-9). Enligt undersökningarna skulle hindren för distriktsläkare bland annat handla om brist på adekvat metodik.

De slutsatser man kan dra är, att distriktssköterskor och distriktsläkare behöver pedagogisk utbildning i hur man på ett adekvat sätt diskuterar levnadsvanor med patienter. Som ett första steg i denna riktning, genomfördes våren 1992 en seminarieserie avseende patientcentrerad pedagogik i individuell hälsorådgivning för distriktsläkare och distriktssköterskor inom Sollentuna primärvårdsområde. Syftet med föreliggande studie var, att studera eventuella förändringar i läkarnas och sjuksköterskornas arbetsätt som en effekt av dessa seminarier.

Metod Intervention – seminarier

Distriktssköterskor och distriktsläkare inbjöds att delta i fyra seminarier med avseende på att öva upp den pedagogiska förmågan när det gäller att förändra människors levnadsvanor. Den pedagogik som tillämpades var diskussioner, rollspel, arbetsblad för att strukturera frågeställningar, genomgång av teoriavsnitt. Exempel på sådana avsnitt var: 'Health Belief Model', självbestämmandeteori, motiverande frågor, sambandet mellan kunskap/attityder/beteende, tekniker för att motivera patienten (öppna frågor, reflektion, om-

Bakgrund

Det är en allmän erfarenhet, att många distriktssköterskor och distriktsläkare känner sig både besvikna och famlande när det gäller individuell rådgivning. Trots idogt arbete upplever man många gånger inga resultat eller ganska medelmåttiga sådana.

För att ta reda på hur individuell hälsorådgivning utformas i praktiken, intervjuades alla distriktsläkare och distriktssköterskor på två vårdcentraler i Sollentuna primärvårdsområde (1). Resultaten visade, att den pedagogik som användes huvudsakligen var att ge information för att öka patienternas kun-



strukturerad, summering), målsättning med det individuella samtalet, Kirkegaard's förhållningssätt i relationer (*för att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad hon gör, men först och främst förstå det han förstår. Om jag inte kan det, så hjälper det inte att jag kan och vet mer*).

Seminarierna leddes av en beteendevetare (författaren EA). De varade i en och en halv timme och ägde rum med två veckors mellanrum. Deltagarna fick efter varje tillfälle en skriftlig sammanfattning av sammankomsten.

Syftet med seminarierna var att distriktsläkarna och distriktssköterskorna skulle:

1. Förändra arbetssättet mot ett mer patientcentrerat förhållningssätt, att införliva målsättningen med preventivt arbete och att patienterna skall reflektera och ta ställning över sin livsstil snarare än målsättningen att få patienter att ändra beteende.
2. Tillämpa specifika konkreta tekniker.

Utvärdering – intervjuer

Deltagarna intervjuades vid två tillfällen – efter en månad (personlig intervju) respektive efter ett drygt halvår (telefonintervju) efter avslutade seminarier. Intervjuerna gjordes av en ST-läkare under utbildning (författaren MB) och en distriktssköterska som gick en kurs i öppen hälso- och sjukvård. De var halvstrukturerade och täckte bland annat följande områden:

- utbytet av seminarierna;
- rapporterade förändringar i arbetssättet;
- rapporterad målsättning med individuell hälsorådgivning;
- rapporterade tekniker: användande av arbetsblad, motiverande frågor, nackdelar med att förändra beteendet.

Under seminarierna presenterades ett antal praktiska tillvägagångssätt för ett patientcentrerat samtal. En del av dessa tekniker kunde i viss mån överensstämma med tillvägagångssätt som deltagarna redan före seminarierna använde sig av. I utvärderingen valde vi därför ut de tekniker som inte kunde förväxlas med tidigare använda tekniker, nämligen:

1. Att använda **arbetsblad** för att få fram vad patienten upplever som positivt respektive negativt med ett visst beteende (utifrån 'health belief model').
2. Att ställa **motiverande frågor** (utifrån självbestämmandeteori) för att komma till tals med omotiverade patienter
 - Vad känner Du till om sambandet mellan Din hälsa och rökning (kost)?
 - Har Du någon gång funderat på att sluta röka (ändra Dina kostvanor)?
 - Finns det någonting som skulle kunna få Dig att sluta röka (ändra Dina kostvanor)?

3. Att diskutera **nackdelar** (och inte bara fördelar) med att ändra ett beteende eftersom dessa i hög grad styr patientens beteende (utifrån 'health belief model').

Intervjuerna avsåg de distriktssköterskor och distriktsläkare som deltagit i minst tre av de fyra seminarierna. Bearbetningen av data har gjorts utifrån principerna om kvalitativ metodik (10).

Resultat

Inom primärvårdsområdet fanns tre vårdcentraler med 22 distriktsläkare och 19 distriktssköterskor som samtliga inbjöds att ta del av seminarierna. Sexton distriktssköterskor och fem distriktsläkare anmälde sig. Intressant att notera är, att 93 procent av de distriktssköterskor som deltagit i den tidigare intervjuundersökningen (1) anmälde sig till seminarierna medan motsvarande siffra för distriktsläkarna var 24 procent. Från den vårdcentral där ingen distriktssköterska/distriktsläkare intervjuats anmälde sig ingen!

Fem distriktssköterskor och en distriktsläkare var frånvarande vid två seminarier och blev därför inte intervjuade. Totalt intervjuades sålunda 15 personer.

Utbytet av seminarierna

Utbytet av seminarierna rapporterades vara:

- lära sig ett nytt tillvägagångssätt, en ny pedagogik;
- lära sig ett nytt sätt att fråga – nya tekniker;
- lära sig ett patientcentrerat förhållningssätt;
- få utrymme att reflektera över sitt eget sätt att arbeta;
- få ta del av andras erfarenheter;
- få en adekvatare ambitionsnivå.

Förändringar i arbetssättet

De flesta (13/15 efter en månad och 14/15 efter sju månader) rapporterade en förändring i arbetssättet. Denna förändring avsåg antingen att man ställde frågor på ett annat sätt och/eller att man överlämnade ställningstagandet till patienten:

- Jag ställer mer frågor till patienterna, till exempel nackdelar med att ändra ett beteende. Tidigare talade jag mer om hur de skulle göra.
- Man tänker lite mer på hur man pratar. Man väntar på att patienten ska prata själv.
- Jag har fått patienterna att ta sina egna initiativ.
- Jag låter patienten själv tänka efter, man ska inte komma med färdiga svar.
- Har ändrat mitt arbetssätt, ställer frågor på ett annorlunda sätt. Patienten får själv ta ställning till om de vill förändra sitt levnadssätt.
- Större lyhördhet för patientens egen inställning till livsstilsförändring och

om patienten är mogen att göra ändringar.

Målsättningen med preventivt arbete

Fyra distriktssköterskor/distriktsläkare menade, att målsättningen var att patienten ska ändra beteende. Förhoppningen är att de ska ändra sitt beteende i rätt riktning. Några (2/15) hade mer allmänna formuleringar om positiva förändringar när det gäller målsättningen: Jag vill påverka till positivt tänkande.

Resterande distriktssköterskor/distriktsläkare (10/15 efter en månad och 8/15 efter sju månader) menade att målsättningen antingen var att patienten själv skulle ta ställning och/eller att patienten själv skulle fatta egna beslut:

- Få patienten att själv komma på vad som behöver ändras. Att de själva ska komma på vad de ska göra, inte att jag bestämmer.
- Öka patientens medvetenhet, hjälpa patienten ta ställning till sitt beteende.
- Att patienten börjar reflektera över sin situation.
- Initiera patienten att reflektera över för- och nackdelar med olika val.
- Att patienten själv ska kunna ta ställning till det vi diskuterar och fattar det beslut som är bäst för honom.

Tillämpade tekniker

En dryg tredjedel (5/15 efter en månad och 7/15 efter sju månader) hade använt sig av arbetsblad vid minst ett tillfälle. Flertalet (12/15 efter en månad och 13/15 efter sju månader) hade använt sig av motiverande frågor. Två tredjedelar (10/15 efter en månad och lika många efter sju månader) hade frågat patienten om nackdelar, med att ändra ett specifikt beteende.

Utifrån syftet med seminarierna - att förändra arbetssättet mot ett mer patientcentrerat förhållningssätt, att förändra målsättningen mot att patienten tar ställning och att tillämpa konkreta tekniker, har hälften (8/15) uppnått samtliga dessa kriterier efter ett drygt halvår. De resterande (med ett undantag) har efter ett halvår uppnått två av de nämnda kriterierna (Tabell I).

Diskussion

Tidigare undersökningar visar generellt på påtagliga brister i metodik i individuell hälsorådgivning. I Sollentuna primärvårdsområde genomfördes ett antal intervjuer med distriktsläkare och distriktssköterskor som visade på besvikelse över resultat och brist på utbildning med avseende på individuell hälsorådgivning. Kort tid efter intervjuundersökningen genomfördes en frivilligt riktad utbildningsintervention i form av seminarier till alla distriktsläkare och distriktssköterskor. Efter en månad intervjuades alla deltagare av oberoende intervjuare. Resulta-

Tabell I. Uppnådda resultat (+/-) i preventivt arbete med avseende på rapporterad förändring i arbetssättet, förändrad målsättning och tillämpade tekniker efter en undervisningsintervention.

	Distriktssköterska										Distriktsläkare				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Förändring i arbetssättet:															
Patientcentrering															
1 mån	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+
7 mån	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Målsättning:															
Ställningstagande															
1 mån	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+	-	+	+	+	+
7 mån	+	+	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+	+	+
Tillämpade tekniker:															
Arbetsblad															
1 mån	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	+
7 mån	-	+	-	+	+	-	-	-	+	+	-	+	-	-	+
Motiverande frågor															
1 mån	+	+	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+
7 mån	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Fråga om nackdelar															
1 mån	-	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+
7 mån	+	+	-	+	+	-	+	+	-	-	+	-	+	+	+

ten visade på att ett drygt halvår efter sista seminariet hade hälften påtagligt förändrat sitt arbetssätt så tillvida att de arbetade mer patientcentrerat, hade målsättningen att få patienten att ta ställning till sina levnadsvanor och att de tillämpade speciella tekniker för att uppnå detta (arbetsblad, motiverande frågor, diskuterar nackdelar). Den andra hälften hade i viss utsträckning förändrat arbetssättet.

En påtaglig brist i utvärderingen är frånvaron av förmätningar. För att i någon mån komma tillrätta med detta valdes sådana variabler ut som var starkt associerade med undervisningsinterventionen och följdaktligen sannolikt inte hade förekommit före seminarierna. Till exempel utslöts sådana frågor som avsåg tillvägagångssätt som kunde förväxlas med sådana man redan använde sig av före interventionen.

Ett annat problem är tendensen att svara socialt önskvärt, vilket rimligen kan påverka svarens innehåll. För att komma tillrätta med detta problem har intervjuerna i flertalet fall ställt följdfrågor för att förvissa sig om att det verkligen skett en förändring, till exempel frågor av typen: - Hur har Du ställt frågan till patienten? - Hur många gånger har Du ställt dylika frågor till patienten? Tendensen till social önskvärdhet har också reducerats genom att oberoende bedömare som inte haft någon relation till deltagarna genomfört intervjuerna.

En rimlig tolkning av resultaten är att vissa personer påtagligt införlivar ett nytt sätt att arbeta och också omsätter detta i praktisk handling. Andra personer gör det inte. De tidigare intervju-

erna (1) visar bland annat på en lösning av en föräldraroll i sjuksköterske/läkarrollen där man vet bäst och där det finns 'rätt' och 'fel' som kommer till uttryck genom uttalanden som:

- Jag frågar inte efter nackdelar med att ändra beteende, för det kan ju inte vara några nackdelar, det är ju givet att dom inser fördelarna med att ändra sitt beteende.

Om man har en öppenhet och beredskap för att förändra en sådan förutfattad inställning och/eller man erfarit att det förmyndarmässiga förhållningssättet till patienten ej varit effektivt för att påverka dennes levnadsvanor har man troligen större möjlighet att införliva kunskaperna från seminarierna.

Att många av deltagarna har införlivat ett patientcentrerat förhållningssätt kommer bland annat till uttryck i följande kommentarer:

- Förr var det jag som predikade, nu kan jag lyssna mer på patienten. Förr var det jag som gav råd, nu är jag mer lyhörd för vad de säger. Jag arbetar mer på patientens villkor nu, mer än förr.

- Jag säger inte att Du ska göra så. Jag försöker att dom själva ska komma fram till vad som är bra för dem och jag har tagit bort de tio Gudsbudet att Du skall. Min målsättning är att få patienten att själv komma på vad som behöver ändras, inte att jag bestämmer, då är det större chans att lyckas.

- Jag arbetar mer patientcentrerat, tidigare mer regler. Mer neutral, lämnar över ansvaret till patienten. Lyhörd för patientens åsikter om sitt beteende. Ac-

cepterar mer fördelarna. Jag håller en låg profil. Lärt mig hur lätt man får en trotsig reaktion som patient om doktorn är alltför moraliserande. Det kan leda till att patienten motarbetar sina egna goda avsikter. Jag undviker värdeladdade omdömen, både positiva och negativa.

Resultaten är positiva såtillvida att man med förhållandevis små insatser - fyra seminarier - kunnat påvisa påtagliga förändringar ett drygt halvår senare hos hälften av deltagarna. Frågan är naturligtvis hur länge dessa förändringar håller i sig. Det är rimligen mycket svårt att förändra sedan länge invanda arbetssätt och det finns naturligtvis en risk att man så småningom återgår i sitt gamla mönster att arbeta. Å andra sidan tyder resultaten på en perspektivförändring och den typen av förändringar har rimligen chans att bli bestående.

Detta var emellertid ett första försök att utvärdera effekterna av en alternativ pedagogik i individuell hälsovägledning. På sikt är det rimligt att arbeta med en något längre undervisningsintervention och kanske också att ha uppföljningsträffar en längre tid efter interventionen. Som nästa steg arbetar en av författarna (EA) med en handbok "Varför gör dom inte som vi säger? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor" och ett videoband som illustrerar bokens pedagogik i olika patientsamtal för att på detta sätt få fram ett adekvat undervisningsmaterial (klart i september 1993) för utbildning av primärvårdspersonal i bred omfattning.

Referenser

1. Arborelius E, Krakau I, Bremberg S. Nyckelfaktorer i preventiv rådgivning i konsultationssituationen. *AllmänMedicin* 1993;14:83-6.
2. Gatherer A, Parfit J, Porter E, Vessey M. Is health education effective? London: The Health Education Council, 1979.
3. Bartlett E. The contribution of school health education to community health promotion: what can we reasonably expect? *Am J Public Health* 1981;71:1384-91.
4. Sjöberg L. Alkoholens risker, upplevda och verkliga. *Nordisk alkoholtidskrift* 1991;8:253-67.

5. Williams G, Quill T, Deci E, Ryan R. The facts concerning the recent carnival of smoking in Connecticut and elsewhere. *Int Med* 1991;115:59-63.
6. Arborelius E, Bremberg S. Hur samtalar läkare och patienter om levnadsvanor. *Läkartidningen* 1992;89:1089-90.
7. Bruce N, Burnett S. Prevention of life-style-related disease: general practitioners' views about their role, effectiveness and resources. *Family Practice* 1991;8:373-7.
8. Mittelmark M, Leupker R, Grimm R, Kottke T, Blackburn H. The role of the physicians in a community-wide program for prevention of cardiovascular disease: the Minnesota Heart Health Program. *Public Health Rep* 1988;103:360-5.

9. Demak M, Becker M. The doctor-patient relationship and counselling for preventive care. *Patient Education and Counselling* 1987;9:5-24.
10. Patton M. *Qualitative evaluation methods*. London: Sage Publ, 1980.

Författarpresentation

**Elisabeth Arborelius, docent i psykologi och verksam vid Allmänmedicinskt utvecklingscentrum.*

Maria Bringland, ST-läkare, Viksjö vårdcentral.

*Sollentuna vårdcentral
Box 164
191 23 Sollentuna

Alkoholsyndromet

Redaktörer

JENS RIKARDT ANDERSEN
JENS TÖRNING
ERIK SCHIÖTZ-CHRISTENSEN

Pris: 110 danska kronor.
143 sidor.
ISSN 0901 0483

Ännu en lärobok från "Månadsskrift for praktisk lægegering"! Den innehåller ett tjugotal artiklar om det så kallade alkoholsyndromet skrivna mot bakgrund av de senaste årens kraftiga kunskapsexpansion inom området och därmed delvis ändrade behandlingstrategier. Man försöker belysa alkoholproblemen i alla dess former och stadier, särskilt de som inte berörs i "vanliga läroböcker". Här finns problematiserande bidrag om alkohol och operationsrisk. Här belyses också de speciella problem som berör alkoholkonsumtion, missbruk och behandling när kvinnor är involverade. Alkoholproblematiken för invandrare och särskilt muslimer skildras också förtjänstfullt. Allt detta blandas med mer patofysiologiskt orienterade kapitel om demensutveckling, könshormoner och andra endokrinologiska frågor, samt redogörelser för den laboratoriediagnostik och de behandlingsmetoder som erbjuds idag.

Det betonas, att dansk alkoholpolitik, i en situation när man nu trots en stigande förbrukning lättar både på skatter och avgifter, blott har informationen som vapen när det gäller att hålla konsumtionen nere. Med alkohol är det som med vädret - alla pratar om det, men få gör något åt det. I en intressant statistisk jämförelse konstateras, att av ett antal jämförda europeiska länder, är det i stort sett endast Frankrike, som

under de senaste trettio åren lyckats vända sin alkoholkonsumtionskurva till en lägre nivå, som dock fortfarande är mycket hög. De danska erfarenheter som redovisas känns igen - det har skett en markant uppluckring av såväl alkoholumgängesvanor som alkoholtillgänglighet - nuvarande tillstånd beskrivs till och med i termer av anarki. Det är idag fullt möjligt att inta alkohol på gator och torg såväl morgon, middag, kväll som natt! Alkoholintag sker också regelmässigt på många arbetsplatser, med en tendens till förskjutning mot kontorsmiljöer från de arbetarmiljöer som kanske förr mer associerades med alkoholkonsumtion. Oförklarad sjukfrånvaro, felaktigt utförda arbetsuppgifter och arbetsplatsolyckor har ibland samband med alkoholsyndromet. Det är ingen tillfällighet, att den nationella alkoholkonsumtionen tredubblats i ett trettioårsperspektiv.

Genom ett föredömligt initiativ har denna lärobok tillställts alla praktiserande läkare av den danska Sundhetsstyrelsen i samband med en nationell upplysningskampanj. Som det så riktigt poängteras i bokens inledning, är det ingen tvekan om, att allmänpraktikern är den medicinalperson, som ser flest alkoholister eller potentiella sådana. Ändå saknas det "allmänmedicinska behandlingsmodeller" inom området! Möjligen beror detta på ett ersättningsystem som bidrar till att ingen ödslar flera halvtimmar eller timmar i veckan under någon längre tid för att informera, uppmuntra eller hjälpa dessa patienter och deras familjer. Det pläderas för forskning men framför allt för mer utbildning - kanske även inrättande av särskilda allmänläkartjänster för att vidareutveckla detta område.

Sammanfattningsvis finner jag, att detta är en intressant lärobok med många infallsvinklar, ett bitvis ojämnt och ibland kontroversiellt innehåll. Den är en uppfordran till att göra något, även om allt inte är kristallklart

formulerat. Som allmänläkare har jag upplevt störst nytta av de rent vetenskapliga avsnitten med ett klart plus för avsnitten om laboratoriediagnostik, konsumtionsstatistik och inte minst alla beskrivningar av sjukdomsbilder och klinisk diagnostik.

Bengt Nordling, distriktsläkare

Svarthäckens vårdcentral
Box 160 24
750 16 Uppsala

Handens rehabilitering

Vol I. Undersökning och behandling
Vol II. Skador och sjukdomar

KERSTIN RUNNQVIST
RAGNHILD CEDERLUND
CHRISTER SOLLERMAN

Lund: Studentlitteratur, 1992.
Pris: Vol I: 145 kronor.
Pris: Vol II: 178 kronor.

Traditionsenligt har nästan all rehabilitering av handåkommor förlagts till sjukgymnaster och arbetsterapeuter på sjukhusnivå. Man har dock funnit att en stor del av rehabiliteringen, både i samband med akuta skador och vid vissa sjukdomstillstånd, kan utföras inom primärvården. Emellertid finns det ett behov av ökad utbildning av primärvårdens sjukgymnaster och arbetsterapeuter när det gäller rehabilitering av handåkommor. Ett vårdprogram har tagits fram vid Ortopediska kliniken, Handkirurgiska sektionen vid Lunds Universitetssjukhus och detta publiceras nu i bokform.

Volym I innehåller en detaljerad beskrivning av de grundläggande, mera generella principerna när det gäller un-

undersökning och metoder för handträning. Ett omfattande kapitel beskriver de olika delarna som ingår i en fullständig handundersökning. Undersökningsavsnittet är grundligt redovisat med många figurer som illustrerar olika funktionsmätningar, smärtskattningsskalor m m. Vikten av en individanpassad aktiv träning understryks och ett resonemang om överträning och risker härmed tas upp i behandlingsavsnittet. Göran Lundborg bidrar också med ett kapitel "Handen - själens instrument", som är en bearbetning av hans installationsföreläsning som professor i handkirurgi vid Lunds universitet.

Volym II beskriver vanliga diagnoser för skador och sjukdomstillstånd inom handen, särskilt sådana som med fördel kan behandlas inom primärvården. Efter en kort etiologi beskrivs undersökning, behandlingsprinciper och uppföljning på ett mera detaljerat sätt. Följande tillstånd tas upp: finger-hand-skulder syndrom, frakturer och ledsador, sen- och nervskador, amputationer, brännskador, infektioner, tumbasartros, nerventrapment/karpaltunnelsyndrom och tendinit/tendovaginit. Framför allt de arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska behandlingsmetodikerna är redovisade med detaljerade behandlingsförslag och övriga åtgärder.

Som framgått vänder sig böckerna framför allt till sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Den medicinska bakgrunden till de olika diagnoserna och läkarens roll är mera sparsamt behandlade i böckerna och här hänvisas till annan litteratur. Det kan också nämnas att kroniska inflammatoriska ledsjukdomar, till exempel reumatoid artrit, inte tas upp över huvud taget.

Sammanfattningsvis innehåller de båda volymerna många intressanta kapitel. För sjukgymnaster och arbetsterapeuter är det av stort värde att ha tillgång till den samlade erfarenhet om handrehabilitering som böckerna utgör. Det är en självklarhet att böckerna har sin givna plats i grundutbildningen, men också för sjukgymnaster och arbetsterapeuter med äldre utbildning, som idag arbetar med handrehabilitering inom primärvården.

Charlotte Ekdahl, docent, distriktssjukgymnast.

Centrum för samhällsmedicin
Vårdcentralen i Dalby
240 10 Dalby

Vår död

ULLA QVARNSTRÖM

Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1993.

Pris: 338 kronor. 191 sidor.

ISBN 91 634 0086 3

I denna bok låter författaren oss få inblick i ett svår men fascinerande ämne.

Titeln "Vår död" verkar kanske något avskräckande, men när man läser boken fångas man av bland annat intressanta historiska tillbakablickar. Författaren beskriver synen på döden och döendet i förhistorisk tid, under antiken samt under 20:e århundradet. Man får också en inblick i olika religioners, framför allt den kristnas, dödsuppfattning.

I ett kort kapitel belyses institutionaliseringen av döendet under vårt århundrade, men också människans önskan att i möjligaste mån få sluta livet hemma.

Dödsbegreppet, som livligt debatterats i massmedia senaste åren, definieras ur medicinsk och juridisk aspekt med den offentliga utredningen "Dödsbegreppet" (SOU 1984:79) som utgångspunkt.

Författaren ägnar ett särskilt kapitel åt eutanasi, dödshjälp. Debatten kring detta ämne har ju under de senaste årtiondena varit intensiv och engagerande. Ulla Qvarnström belyser i detta kapitel speciellt Hollands särställning med en stark liberalisering av den aktiva döds hjälpen.

Hospicevården, med sina rötter långt tillbaka i tiden beskrivs med utgångspunkt från den engelska verksamheten på St Christopher's Hospice. I England har denna terminalvårdsform funnits länge. Redan under Krimkriget i mitten av 1800-talet startade Florence Nightingale ett mer organiserat omhändertagande och vårdande av döende. Hon fortsatte efter kriget och byggde upp vårdinrättningar, samt organiserade utbildning. I Norden kom denna form av vård att få fotfäste först under 1980-talet. Tanken med Hospicevården är ju att man inriktar sig på den fysiska omvårdnaden och mot symtomen, aldrig mot bakomliggande faktorer.

Avslutningsvis beskrivs i boken internationella riktlinjer och principer för vård i livets slutskede.

Ulla Qvarnström har med denna bok lyckats avdramatisera ett laddat ämnesområde och göra det på ett självklart och naturligt sätt.

Monika Eriksson, ST-läkare i allmänmedicin

Vårdcentralen Teleborg
Box 5044
350 05 Växjö

Hva er gikt og revmatisme?

KVIEN TORE K

Oslo: Universitetsforlaget, 1992.

Pris: cirka 160 NKR. 160 sidor.

Kroniska sjukdomar kräver långvarig och upprepad information till den som drabbats. Efter ett besked om diagnos, oavsett om det gäller diabetes, astma eller reumatisk sjukdom, hamnar patienten inte sällan i en krisreaktion, som kräver en anpassad och regelbunden kontakt med vårdgivare. Attitydpåverkan är oftast nödvändig för acceptans och behandlingsframgång. Som ett komplement till den personliga kontakten är en skriftlig fördjupning värdefull. Svårigheten är ofta att finna rätt nivå och omfattning på det som skall förmedlas.

Från Norge kommer den goda idén att i en bokserie om "folksygdommer" försöka råda bot på detta. Den här aktuella boken behandlar inte bara RA och andra inflammatoriska sjukdomar, utan beskriver också artros och mjukdelsreumatism. Inte minst det senare begreppet är viktigt att sakligt balansera mot den allt mer vildvuxna floran av veckotidningsjournalistik. Jag tycker författaren lyckas utmärkt med att utförligt, men ändå förstäligt, ta sig igenom olika aspekter på reumatism. Han låter bland annat sju reumatiker komma till tals och berätta sina sjukhistorier, vilka sedan blir utgångspunkt för jämförelser och kommentarer. Balansen mellan medicinska fakta och praktiska råd fungerar väl och gör boken klart bättre än de häften läkemedelsindustrin ibland försett oss med.

Boken kompletteras med ett utbildningspaket innehållande videokassett, ljudband och studiehäfte. Målgruppen är främst patienter med reumatiska besvär men även vårdpersonal (främst sjuksköterskor och paramedicinare) borde kunna använda boken som ett stöd vid kontakten med patienter. Även om norskan är lättförståelig, kan kanske någon inspireras till en svensk version?

Ingemar Andersson, distriktsläkare.

Vårdcentralen
295 35 Bromölla

Daivonex

calcipotriol

En god fortsättning i
behandlingen av
PSORIASIS

- Effektivt
- Snabbt insättande effekt
- Vältolererat
- Patientvänligt



... nu även som kräm

Nu har Du två möjligheter att göra psoriasis lättare att leva med för Dina patienter.

Daivonex Lövens

Kräm och salva 50 µg/g (0,005%). Medel mot psoriasis D05AD X02

Deklaration. 1 g kräm innehåller: Calcipotriol 50 µg, natrii edetas, dinatrii hydrogen fosfat, paraffinum liquidum, cetomacrogol cetostearyalkohol, glycerol., conservans (Dowicil 200), vaselinum album, aq. purif., ad 1 g.

1 g salva innehåller: Calcipotriol 50 µg, natrii edetas, dinatrii hydrogen fosfat, tocoferol, paraffinum liquidum, polyoxyethylen-stearylether, propylen glycolium, aq. purif., vaselinum album ad 1 g.

Egenskaper. DAIVONEX kräm och salva innehåller D-vitaminderivatet calcipotriol som stimulerar differentieringen och dämpar delningshastigheten hos keratinocyterna. Calcipotriol har ringa effekt på kroppens kalciumomsättning och jämfört med det naturliga hormonet calcitriol (dihydroxy-vitamin D₂) är effekten på kalciumomsättningen ca 1% av calcitriollets. Calcipotriol absorberas i låg omfattning genom huden. Då kinetiken är ofullständigt belyst är det emellertid oklart i vilken grad.

Indikationer. Psoriasis av plaque-typ.
Kontraindikationer. Nedsatt njurfunktion. Ska ej ges till patienter med förhöjd kalciumnivå eller till patienter under pågående behandling med läkemedel som höjer kalciumnivån. Överkänslighet mot formaldehyd (kräm) och ingående ingredienser i kräm och salva.

Försiktighet. Andra psoriasisformer.
Graviditet. Kategori B:1. Se speciellt avsnitt märkt [B]. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor är begränsad. Djurexperimentella data talar ej för ökad risk för fosterskada.

Amning. Grupp IV. Uppgift saknas om calcipotriol passerar över i modersmjölk.
Biverkningar. Hos ca 20% kan irritation av behandlad hud förekomma.

Vanliga (> 1/100)	Hud: Lätt, övergående irritation av behandlad hud. Lätt, övergående ansiktsdermatit.
-------------------	--

Sällsynta (< 1/1000)	Metabol.: Hyperkalcemi.
----------------------	-------------------------

Risk för ansiktsdermatit om krämen eller salvan oavsiktligt överförs till ansiktet från behandlade hudområden.

Vid enskilda rapporterade tillfällen har DAIVONEX i dosering 200 g/vecka eller mer medfört hyperkalcemi. Serumkalcium sjunker när behandlingen avbrutits.

Dosering. Psoriasisfläckarna på extremiteter och bål behandlas 2 ggr dagligen med ett tunt lager kräm eller salva tills läkning sker. Total veckodos bör ej överskrida 50 g. Behandlingstiden bör inte överstiga 8 veckor per behandlingstillfälle. Värdet av underhållsbehandling är ej dokumenterad. Erfarenheter av kombination med ljusbehandling saknas. **Observera.** DAIVONEX bör ej användas i ansiktet på grund av risken för ansiktsdermatit. Tvätta händerna noga efter användning. Erfarenhet av behandling av barn saknas. Serumkalcium och serumkreatinin bör kontrolleras vid insättande av behandling samt någon gång under behandlingen. Patienten bör upplysas om symtom på hyperkalcemi. **Förpackningar och priser.** Kräm och salva 50 µg/g. **Tuber:** 30 g, 100 g.



LÖVENS LÄKEMEDEL

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

LARS JOHAN BERG

GÄSTGIVARKV 16
543 35 T180

734004



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 här ej iakttagits och propiomazin som

är en fentiazin ger ej upphov till fysiologiskt beroende. Propavan är även lämpligt om missbruk förekommer och kan med fördel ordinerars 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