

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



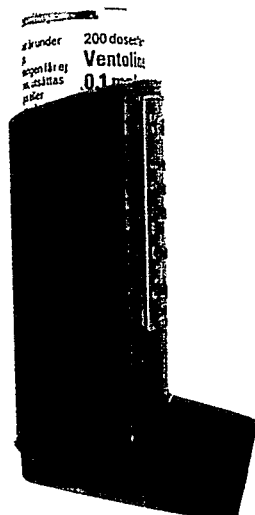
Distriktsläkarens
vardag

5
1988

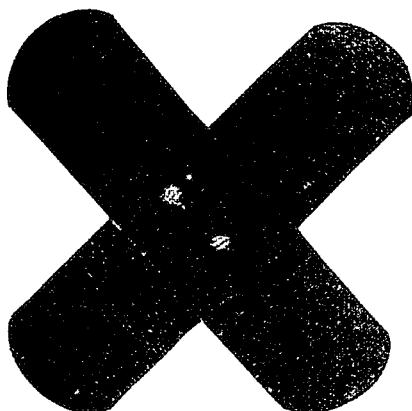
Specialistutbildning
i
allmänmedicin

Är dina förväntningar vid analgetikabehandling enbart smärtlindring?

Chitabac & Co



Gallvägskolik, obstipation och astma kan hos känsliga personer utlösas av låga doser opiumalkaloider. De aktiva komponenterna i Distalgesic: dextropropoxifen och paracetamol, ger få sådana biverkningar. För analgetikaintoleranta astmatiker är Distalgesic ett säkert val.



Distalgesic påverkar inte trombocyttaggregationen, och  ökad blödningsbenägenhet (som kan ses efter ASA-behandling) är inte något problem.

Distalgesic ger en låg behandlingskostnad, även i adekvat dosering som är 2 tabletter 3-4 gånger dagligen.

Distalgesic kan ges till de flesta patienter utan besvärande biverkningar.



Eli Lilly Sweden AB. Box 300 37, 10425 Stockholm, Tel: 08-13 02 50.

DISTALGESIC ΔR

Deklaration: En tablett innehåller: Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. Egenskaper: Dextropropoxyphenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. Indikationer: Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. Graviditet och amning: Kategori A. Dosering: Vanlig dosering till vuxna är 2 tabletter var 6:e-8:e timme. En dygnsdos av 8 tabletter bör ej överskridas. Observera: Vid behandling med DISTALGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, t ex bilkörning. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa föreskriven dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. Förpackningar: Tabletter: tryckpack 20 st, tryckpack 50 st, tryckpack 100 st, burk 100 st.

Kalendarium	156		
Ledare: Den kliniska vardagen och allmänläkarens arbetsmiljö <i>Dan Andersson</i>	✓ 157		
Läkemedelsprövning: Läkemedelsprövning i primärvården – möjligheter och svårigheter <i>Göran Falck</i>	✓ 159		
Laboratoriediagnostik: Synpunkter på snabbdiagnostik av streptokocker <i>Anna Schwan, Anders Strömberg</i>	✓ 162		
Infektionssjukdomar: Erfarenheter från ett utbrott av Hepatit A i Upplands Väsby <i>Kajsa Widell, Kjell Bergman, Vera Lundberg, Brita Näsman, Kenneth Sjöman</i>	✓ 166		
Föreningsnytt: Skråmöten i Stockholm <i>Bo-Göran Dammström, Lars Eklöf, Magnus Eriksson, Sten Forsberg, Lena Karlberg, Jonas Jonsson, Bengt Larsson, Sten Larsson</i>	✓ 169		
Debatt: Svar på Ingemar Hermanssons artikel i AllmänMedicin <i>Roger Hedman, Leif Måwe, Inge Lindahl, Sören Quist, Curt Made, Gunnar Hjernerstam, Per Olof Holm, Katrine Josefsson, Bent Skibdal</i>	✓ 170		
Flyktingmottagning: Medicinskt flyktingmottagande i en landsbygdskommun – Klinisk genomgång för tiden 19 november 1985 – 31 december 1986 <i>Gunilla Blixth, Anders Jeppsson, Staffan Mjönes</i>	✓ 171		
Kommentar <i>Lars Rombo, Anna Persson</i>	✓ 173		
Replik <i>Gunilla Blixth, Anders Jeppsson, Staffan Mjönes</i>	✓ 173		
Apoteksbolaget: Frågor och svar om läkemedel <i>Lars-Olof Hensjö</i>	✓ 175		
Läkemedel och pengar <i>Ingegerd Agenäs</i>	176		
Extemporeläkemedel <i>Bo Gunnarsson, I Lars G Nilsson</i>	178		
Debatt – Kommentar: Det råder inget samband mellan dyslexi och bristande synfunktion hos skolbarn <i>Gunilla Cernerud</i>	✓ 179		31
Replik <i>Birgitta Palmborg</i>	✓ 180		32
<i>Göran Sjönell</i>	✓ 181		33
Kontinuitet: Kontinuitetsmätning i en vårdlagsmodell – rapport från Brickegårdens vårdcentral, Karlskoga <i>Peter Baeckström</i>	✓ 181		✓
Akutsjukvård: Angelägen söka akutmottagningen – missnöjd med vården. En studie av patienter som avvisat förslag om alternativ vårdform <i>Mariann Olsson, Barbro Carlsson, Olof Edhag, Helen Hånsagi</i>	✓ 183		34
Recensioner: Kärlek, Medicin och Mirakel <i>BS Siegel</i>	✓ 187		35
Symtom diagnos <i>G Birke</i>	✓ 189		36
The Consultation, an Approach to Learning and Teaching <i>D Pendleton et al</i>	✓ 189		37
Patientbehandling <i>E Kringlen</i>	✓ 189		38
Debatt: Vi måste ta bättre hand om våra smärtpatienter! <i>Elisabeth Jaenson</i>	✓ 190		39
Specialistutbildning i allmänmedicin: På väg mot ST – hur fungerar FV? Sydvästkånska enkät- och intervjuundersökning 1987 <i>Mogens Hey</i>	✓ 191		40
Psykosomatik: Kroppsfenomen i psykosomatikken <i>Berit Heir Bunkan</i>	✓ 195		41
Recensioner: Problemlösning i allmänpraxis <i>S Westin</i>	✓ 198		42

NOV 1988

□ **7-11 november.** Grundkurs: Klinisk läkemedelsprövning, TÅBY, Sverige.
Information: Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1181, 111 18 Stockholm, tel 08/24 50 85.

□ **21-25 november.** Kurs: Läkemedelsvärdering, LERUM, Sverige.
Information: Inger Jansson, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm, tel (08) 24 55 85.

□ **29 november-2 december.** Svenska Läkaresällskapets Riksstämma, ÄLVISJÖ, Sverige.
Information: Svenska Läkaresällskapet, Box 558, 101 27 Stockholm.

DEC 1988

□ **5-11 december.** 3rd International Symposium on hypertension in the community, TEL AVIV, Israel.
Information: Kenes, PO Box 50006, Tel Aviv 61500 Israel.

□ **10-13 december.** International health-care conference, HONG KONG.
Information: The Hong Kong Nursing, Management Society, 16/F, SPA centre, 53-55 Lockhart Road, Wanchai, Hong Kong.

1989

□ **28 maj-2 juni.** 12th Conference of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA.
Information: Dr G Almagor, Wonca 1989, P O Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel

□ **4-7 juni.** 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning, Solstrand Fjord Hotel.
Information: Sosialstyrelsen, Byråen for helseopplysning, 106 30 Stockholm. Tel 08-783 30 00.

□ **7-9 augusti.** 7th International Balian Conference
Information: DI Conny Svensson, Utvecklingsenheten, Drakenbergsgatan 39-41, 117 41 Stockholm. Tel 08-84 78 10.

□ **17-21 september.** First World Conference on Accident and Injury Prevention. Safety-A Universal Concern and a Responsibility for All Stockholm.
Information: Gunilla Bjärås, Inst för socialmedicin, Karolinska Institutet, 172 83 Sundbyberg. Tel 08-98 94 61.

Detta är en sammanställning av konferenser och symposier av allmänmedicinskt intresse. Redaktionen är mycket tacksam för kompletteringar, korrigeringar och tips till Tidskriften AllmänMedicin. Margareta Lindborg, 172 83 Sundbyberg.

FÖRSTA KONGRESSEN I SAMHÄLLSMEDICIN PÅ RIKSNIVÅ

I:a kongressen i samhällsmedicin är namnet på den kongress som äger rum i Kristianstad 23-24 maj 1989. Mottot är: praktisk samhällsmedicin. Inbjudan att anmäla föredrag skickas ut under september. Rubriker för de fria föredragen är Förebyggande av:

- Rörelseorganens sjukdomar
- Hjärt- och kärlsjukdomar
- Psykisk ohälsa
- Olycksfall

samt dessutom rubrikerna:

- Radon - kartläggning, risker, åtgärder
- Hur påverkar vi? Hälsoupplysning, informationsteknik.

Närmare upplysningar kan erhållas per adress:

I:a kongressen i samhällsmedicin
Kristianstads läns landsting
Box 522
291 25 KRISTIANSTAD

DUR-kurser höstterminen 1988

Psykosomatik (arr ICI)
1988-11-09-11 i STRÖMSTAD

Ögon (undersökningsteknik) (arr MSD)
1988-11-10-11 i STOCKHOLM (prel)

Luftallergier/Hud (arr Glaxo)
1988-11-24-25 i UMEÅ

KURSANMÄLAN

Hur anmäler man sig till DUR-kurs?

Målet är att alla distriktsläkare någon gång skall få minst en personlig inbjudan till varje kursämne.

Några företag inbjuder rikstäckande varje gång, andra regionvis.

Först till kvarn ... gäller, ingen meritvärdering alltså.

Upplysningar lämnas av respektive företag - kontaktnamn finns i landstingsförbundets katalog över Externa kursgivare.

Den 6:e **Nordiska kongressen i allmänmedicin** äger rum i Århus 23-26 augusti 1989. Information kan erhållas från:

6' Nordiske kongres i almen medicin
Engrøjel 90
DK-2670 Greve, Danmark

SFAM:s

Vårmöte 1989

i Sunne 20-21 april. Mitt i hjärtat av Värmland på Hotell Selma Lagerlöf och med temat

LIVSSTIL - MILJÖ - HÄLSA

Kan vi påverka livsstilen? Hur inverkar miljön på vårt sätt att leva? Kan vi mäta effekter på hälsan? - Det finns många aspekter på detta tema och vi vill gärna få in manus till fria föredrag och posters.

Manus och skriftliga besked skickas till Christina Nerbrand, VC Gripen, Box 547, 651 09 Karlstad (Tel 054-10 50 00). Du kan också ringa till Stig Andersson, Säfte 0533-810 00 eller Stefan Bernesjö, Arvika 0570-131 00.

AllmänMedicin

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1988/89. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1988/89.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
6/88	6/10-88	48
1/89	5/12-88	6
2/89	23/ 1-89	14
3/89	28/ 3-89	22

Den kliniska vardagen och allmänläkarens arbetsmiljö

Allmänläkarens vardag har många ansikten. Knappast någon annan specialitet inom läkaryrket ger möjlighet till så skiftande upplevelser som den allmänmedicinska. Den enorma bredd ifråga om arbetsuppgifter, som många ser som ett ymnighetshorn, ter sig för andra helt visst som en förbannelse – skapad av krav från arbetsgivare och myndigheter, men kanske även av vår egen blida beredvillighet att axla ansvaret för ett arbetsområde (provinsi- allläkarens), som historielösheten dolt det tunga innehållet i.

Djupet i vår verksamhet – kvaliteten – skapar vi enbart själva och hur väl vi gör detta är många gånger avgörande för om vi stannar kvar i allmänläkaryrket. I bästa fall ersättes vår initiala osäkerhet om hur bra eller dåligt det egna medicinska hantverket skötes av en successivt tilltagande självtillit. Kaos och otillräcklighet lämnar plats åt klarhet och fast struktur på arbetsdagen och en insikt om de begränsningar som vidlåter all läkekunst försonar oss med våra "misslyckanden".

I andra fall blir erövrandet av det allmänmedicinska facket en alltför mödosam process för den blivande eller nyss färdige distriktsläkaren. Någon flyr till smalare verksamhetsfält som är lättare att överblicka. En annan har så orealistiska förväntningar att stress och vantrivsel leder över i handlingsförbländning och utbrändning.

I den debatt om arbetsmiljöproblem och avhopp som förts bland allmänläkare den senaste tiden, har olika "hästkurer" föreslagits för att råda bot på problemen. Att skapa materiella förbättringar för allmänläkarna, och på så sätt höja specialitetens status inom läkarkollektivet, har varit högt rangordnade förslag, främst från fackligt håll.

Räcker då detta för att öka attraktionskraften i distriktsläkaryrket och fylla vakanserna och är det tillfyllest för att dagens och morgondagens allmänläkare skall må bra framöver och välja att stanna kvar i sin profession till dess pensioneringen väntar?

Bland annat dessa frågor diskuteras vid ett seminarium i mitten av april i år, då ett tjugotal erfarna distriktsläkare samlades i Karlskoga under vårdskap av Nobel Medica, för att penetrera allmänläkarrollen igår, idag och imorgon. Som resurspersoner och "bollplank" under de livliga diskussionerna fanns Gustav Haglund, Gösta Tibblin, Lars Werkö och en isländsk sk "problemfri" kollega Pétur Pétursson att tillgå.

När mötet summerades kunde många av FRAMÅT-gruppens förslag igenkännas. Utvecklandet av chefsrol-

len, satsning på AT-(FV)ST-utbildning, skapande av belöningssmöjligheter, samt utökning av doktors "makt" och styrmöjligheter på mottagningen, utgjorde exempel där den viktiga ansatsen också var att stärka det allmänmedicinska kollektivet.

De mest intressanta förslagen från Nobel Medica-seminariet var dock inte de nyss nämnda, utan de som formulerades kring ett antal punkter där tonvikten mera låg på det individuella planet och kring den kliniska vardagen. Att aktivt och personligen engagera sig i rekrytering av framförallt AT-läkare till allmänmedicinbanan, att bygga upp en verksamhet där vi kan ge stöd åt sviktande kolleger på ett professionellt sätt, att ta vara på de ledargestalter som finns och att ge dem möjligheter att utvecklas till mentorer i framtiden var några av dessa idéer.

Ett upprättande av det kliniska vardagsarbetets stora betydelse för specialiteten allmänmedicin poängterades också i alla diskussioner. Enigheten var stor om att detta är kärnan i distriktsläkarens arbete. Det ger kraft och energi genom att det i varje patientmöte går att ha såväl ett kort som ett långt perspektiv. Alla behöver ha möjlighet att uppleva framgång i sitt yrke och just det korta perspektivet i det kliniska vardagsarbetet erbjuder oss detta. Ingen dag med patientarbete kan vara helt utan positiva upplevelser. Dessa återkommande goda möten skapar sedan den kraft vi behöver för att även omfatta det längre perspektivet, där framgångarna kanske låter vänta på sig.

Att värna om och att uppvärdera det kliniska vardagsarbetet är kanske det viktigaste vi allmänläkare kan göra idag för att trygga återväxten inom vår specialitet och för att vi själva skall orka med arbetet framöver.

I detta nummer av AllmänMedicin speglas kliniskt vardagsarbete i flera artiklar. Nya diagnostiska hjälpmedel vid en av de vanligaste allmänmedicinska sjukdomarna, tonsillit, recenserar av Anna Schwan och Anders Strömberg. Fallbeskrivningen kring ett utbrott av hepatit A i Upplands Väsby av Widell och medarbetare är ett konkret exempel på kliniskt epidemiologiskt arbete, lärorikt att läsa om och reflektera kring. Peter Baeckström och Elisabeth Jaenson ger var och en på sitt sätt infallsvinklar till det svåra begreppet kvalitet. Vad innefattar det och hur kan det mätas? Mogens Hey visar på en annan sida av distriktsläkararbetet. I artikeln om specialistutbildning i allmänmedicin framhävs vikten av en fungerande handledning. Omhändertagandet av FV (ST)-läkar-

na nu och framöver är en central vardagsuppgift för alla. Vår framtida arbetsmiljö är mycket starkt beroende av en god rekrytering till yrket. Göran Falck belyser utifrån stor egen erfarenhet svårigheter och möjligheter med klinisk läkemedelsprövning i primärvård. Han vidgar här den klassiska allmänmedicinen och markerar med eftertryck att vårt kliniska vardagsarbete i högsta grad är föränderligt och dynamiskt.

Allmänmedicin är ingen lättillgänglig specialitet. I betydligt mindre grad än för andra specialiteter kan kunskapsinnehållet förmedlas via universitet och sjukhus. Läroboken i allmänmedicin utgörs av det kliniska vardagsarbetet och lärarna av den erfarna distriktsläkaren och hans/hennes patienter. Bredden i allmänmedicin definieras initialt utifrån de vanligaste symptomen och sjukdomarna. Kvaliteten byggs av patient och läkare tillsammans utifrån begreppen konsultation, kontinuitet och gemensam måldiskussion.

Dan Andersson

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmän Medicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

Huvudredaktör:
Bo Haglund
Institutionen för socialmedicin
172 83 Sundbyberg. Tel: 08/98 91 00.

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

Redaktionsadress:
AllmänMedicin
Institutionen för socialmedicin
172 83 Sundbyberg. Tel: 08/98 94 92
(Margareta Lindborg)

Annonser:
YH Annonsförmedling.
Alströmergatan 18, n.b. 112 47 Stockholm
Tel: 08/51 67 60

Prenumerationsavgift:
400 kr per år, för studerande 150 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för AllmänMedicin.)

Tidningen utkommer med 4-6 nummer per år. Prenumerationsavgiften inbetalas till postgiro 37 54 40-5 till AllmänMedicin. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Tofters tryckeri ab, Österväla. 1988

ISSN 0281-3513

Ett bra erbjudande!

Naproxen Astra



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

Naproxen Astra tillhandahålls i likvärdiga förpackningar och beredningsformer som Naprosyn men till 30% lägre pris.

Naproxen Astra

Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt R

Deklaration: 1 tablett innehåller: Naproxen. 250 mg aut 500 mg, lactos. 71,2 mg aut 142,4 mg, constit. q. s. 1 ml *mixture* innehåller: Naproxen. 25 mg, sacchar. 255 mg, sorbitol. 90 mg, conservans (metylparaben), constit. et aq. purif. q. s. 1 *suppositorium* innehåller: Naproxen. 500 mg, constit. q. s.

Egenskaper. Naproxen tillhör gruppen icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel (NSAID) och är ett propionsyraderivat med det kemiska namnet (+)-2-(6-metoxi-2-naftyl)propionsyra. Naproxen har även analgetiska och antipyretiska egenskaper. Naproxen hämmar prostaglandinsyntesen, har effekt på hyperkontraktiliteten i uterus samt sänker förhöjt basaltonus i samband med dysmenorré. Det förlänger blodningstiden och hämmar trombocyttaggregationen. Naproxen hämmar även den renala prostacyklinsyntesen. Vid normal njurfunktion är denna effekt utan väsentlig betydelse. Hos patienter med kronisk njurinsufficiens, hjärtinsufficiens eller leverinsufficiens samt tillstånd med förändringar i plasmavolymer kan den hämmade prostaglandinsyntesen leda till akut njurinsufficiens, vätskeretention och hjärtsvikt (se under Kontraindikationer). Naproxen absorberas snabbt och fullständigt oavsett beredningsform. Maximal plasmakoncentration uppnås efter cirka 2 timmar. Halveringstiden i plasma är 10–17 timmar. Steady state uppnås efter 4–5 doser. Absorptionen påverkas vanligen inte av samtidigt intag av antacida eller föda. Bindning till serumalbumin är >99% vid terapeutisk dos. Distributionsvolymen är liten, cirka 0,1 l/kg kroppsvikt. Cirka 30% av naproxen metaboliseras till 6-O-desmetilnaproxen, som ej är farmakologiskt aktiv. Naproxen utsöndras huvudsakligen via urinen och endast i små mängder (1–2%) via feces. Hos människa återfinns huvudsakligen intakt naproxen i blodet.

Indikationer: Reumatoid artrit. Osteoartrös. Mb Bechterew. Juvenil reumatoid artrit. Dysmenorré utan organisk orsak. **Kontraindikationer:** På grund av korsreaktion skall naproxen inte ges till patienter som fått symptom på astma, rinit eller urtikaria vid intag av acetylsalicylsyra eller andra antiinflammatoriska medel av icke-steroid natur. Överkänslighet mot

naproxen och natriumnaproxen. Tillstånd med ökad blödningsbenägenhet. Aktivt ulcus ventriculi et duodeni. Levercirrhos. Svår hjärtsvikt och svår njursjukdom (glomerulusfiltration under 30 ml/min).

Försiktighet: Vid behandling av patienter med mag-tarmsjukdomar i anamnesen. Vid behandling av patienter med lätt till måttlig hjärtsvikt, njursjukdom eller leversjukdom, speciellt vid samtidig diuretikabehandling, måste risken för vätskeretention och försämrad njurfunktion beaktas. **Graviditet:** Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt [G] i FASS. **Antiflogistika** med hammande effekt på prostaglandinsyntesen, givna under senare delen av dräktigheten, ger djurexperimentellt upphov till intrauterin slutning av ductus arteriosus. Givna i fullgången tid kan de förlänga vätskeretention och fördröja förlösningen. Då data finns för att detta äger relevans också hos människa, bör kontinuerlig behandling med antiflogistika under den sista månaden av graviditeten endast ske på strikt indikation. Under dagarna närmast före beräknad förlösning skall medel med prostaglandinsynteshämmande effekt undvikas.

Amning: Naproxen passerar över i modersmjölk, men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser. **Biverkningar:** Biverkningsfrekvensen för naproxen är låg. **Gastrointestinala:** Dyspepsi, ulcerativ stomatit, blödningar, perforering, diarré, illamående och kräkningar. **Hematologiska:** Ett fåtal fall av hematuri, trombocytopeni, leukopeni, granulocytopeni, aplastisk eller hemolytisk anemi. Sambandet med naproxen har vanligen ej kunnat fastställas. **Centralnervösa:** Huvudvärk, trötthet, sömnlöshet, yrsel, psykiska störningar som glömska, förvirring och lätt oro. **Allergiska:** Anafylaktisk reaktion, urtikaria, angioneurotiskt ödem, rinit, astma, eosinofil pneumoni, härfall och vaskulit. I sällsynta fall erythema multiforme, epidermal nekros och Stevens-Johnsons syndrom. **Övriga:** Milt perifert ödem. Natriumretention har ej rapporterats i metaboliska studier, men det är möjligt att patienter med misstänkt eller verifierad hjärtsvikt löper större risk vid medicinerad med naproxen. Hämmning av trombocyttaggregationen och förlängning av blodningstiden. Förhöjda leverfunktionsvärden har i vissa fall rapporterats för icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel. Toxisk, i sällsynta fall fatal, hepatit eller nefropati. Öronsusning och hörsellörlösning. Synförändringar.

Dosering: **Tabletter:** **Reumatiska sjukdomar:** Vuxna: 250–500 mg morgon och kväll, högst 1000 mg/dygn. Patienter med uttalade efternatts- och morgonbesvär kan med fördel ges 500 mg vid sänggåendet. Barn över 5 år: 1/2 tablett 250 mg morgon och kväll. Detta motsvarar cirka 10 mg/kg kroppsvikt och dag. För barn över 50 kg vuxendos. **Dysmenorré:** 250–500 mg vid behov, dock högst 1250 mg/dygn. Behandlingen påbörjas vid första tecken på menstruationsbesvär. **Mixtur:** **Reumatiska sjukdomar:** Vuxna: 10–20 ml (250–500 mg) morgon och kväll, högst 40 ml (1000 mg) per dygn. Barn över 5 år: 5 ml (125 mg) morgon och kväll. Detta motsvarar cirka 10 mg/kg (0,4 ml/kg) kroppsvikt och dag. Till barn över 50 kg vuxendos. **Dysmenorré:** 10–20 ml (250–500 mg) vid behov, dock högst 50 ml/dygn (1250 mg). **Suppositorier:** 1 suppositorium 500 mg vid sänggåendet; eventuellt 1 suppositorium 500 mg även på morgonen. Till barn under 50 kg bör suppositorier ej användas.

Interaktion: Eftersom naproxen är högggradigt plasmaproteinbundet finns teoretiska möjligheter för interaktion med hydantoiner, antikoagulantia eller starkt proteinbundna sulfonamider. Även om kliniskt betydelsefulla interaktioner inte är kända, bör patienter med dessa medel observeras med avseende på överdosering, då samtidig medicinerad med naproxen förekommer. Naproxen interagerar även med dikumarolgruppen, litium, metotrexat och probenecid. Se även speciellt avsnitt i FASS märkt [I] M01A Icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel, N02B Lätta analgetika och antipyretika (allmänt) samt M01A E02 Naproxen. **Observera:** Naproxen har tolererats väl och kan även provas vid gastrointestinal intolerans mot salicylater, indometacin eller andra antiflogistika. Dock bör patienter med ulcus i anamnesen kontrolleras kontinuerligt. Naproxen kan påverka tester av 17-ketogena steroider och 5-HIAA i urin och bör tillfälligt utsättas 48 timmar före provtagning. För barn under 5 år föreligger endast preliminära resultat från kliniska studier, varför behandling av denna åldersgrupp tilläts vidare bör undvikas. En studie antyder att mängden fritt naproxen i serum ökar hos äldre trots att den totala serumkoncentrationen är oförändrad. Det är oklart vad detta innebär, men försiktighet tillråds vid höga doser till äldre patienter.

Förpackningar: **Tabletter** 250 mg: 20 (tryckförp.), 25, 50, 100 och 250 st. **Tabletter** 500 mg: 25, 50 och 100 st. **Mixtur** 25 mg/ml: 240 ml. **Suppositorier** 500 mg: 10 och 50 st.



Astra Läkemedel 151 85 SODERTÄLJE

Läkemedelsprövning i primärvården – möjligheter och svårigheter

GÖRAN FALCK

Kliniska läkemedelsprövningar bör i större utsträckning utföras i primärvården där de flesta läkemedlen förskrivs, anser distriktsläkare Göran Falck och redovisar förutsättningar och svårigheter samt primärvårdens bevekelsegrund för att delta. Riktlinjer för kliniska prövningar i allmänmedicin efterlyses.

Nyckelord: Primärvård, läkemedelsterapi, utvärdering, klinisk forskning, läkemedelsprövning.

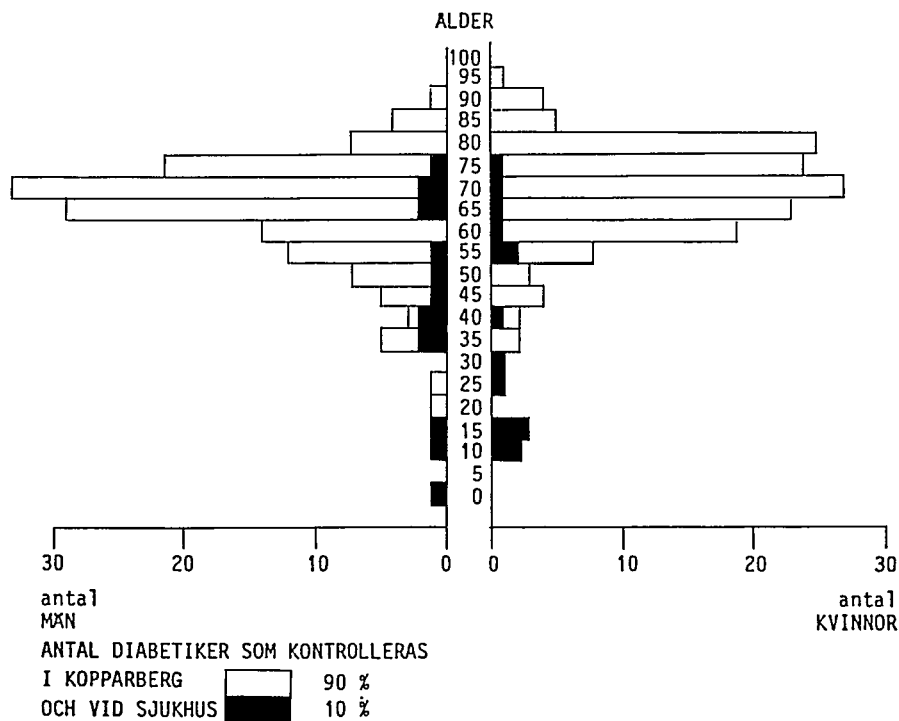
Klinisk läkemedelsprövning har hittills i Sverige till stor del utförts på sjukhus. Endast 13% av multicenterprövningarna 1983 genomfördes i öppenvård (1). I prövningar har föga beaktats att det ofta är äldre patienter som senare kommer att behandlas med läkemedlen. Någon diskussion angående klinisk läkemedelsprövning i primärvården har knappast förekommit. Andra länder med mer välutvecklad allmänläkarvård har sedan många år utarbetat riktlinjer för klinisk läkemedelsprövning (2, 3). I och med den utbyggda primärvården har vi i Sverige en annan situation som bland annat illustreras av tilltagande svårigheter att på lasaretten rekrytera patienter till kliniska prövningar (4). Det känns därför angeläget att försöka sammanställa existerande kunskap och informera om möjligheterna att genomföra klinisk läkemedelsprövning i primärvård.

Förutsättningar

Patienter

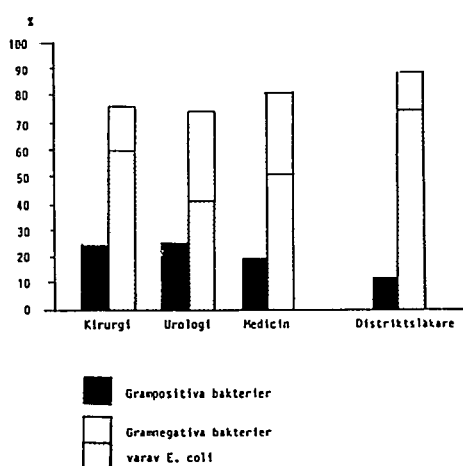
Som en följd av omstruktureringen har även primärvården ett förändrat patientpanorama. Efter utbyggnaden har man fått övertaga patienter som tidigare gått på medicinklinikernas öppenvårdsmottagningar. Således behandlas flertalet patienter med diabetes typ II (figur 1) och hypertoni i primärvården.

Till skillnad från förhållandena vid specialistmottagningarna ser man i primärvården en helt oselecterad sjukdomsbild. Denna ter sig oftast betydligt beskedligare än de fall som remitterats till sjukhusens specialistmottagningar. Resonemanget kan illustreras av etiologin vid urinvägsinfektioner (figur 2) där man har en avsevärt mer komplex flora vid specialistmottagningen än i distriktsläkarvård.



Figur 1.

Täckningsgrad för diabetes vid distriktsläkarmottagningen Kopparberg. (Eriksson M, Gotthard M, Mäkelä V. Diabetes i primärvården – posterutställning. Svenska läkarsällskapets handlingar Hygiea 1983; 92 (häfte 8): 11).



Figur 2.

Fördelning av urinvägsisolat från öppenvård i Örebro län. (Falck G, Kjellander J. Är resistensbestämning vid urinvägsinfektioner nödvändig inom primärvården? AllmänMedicin 1983; 41).

den där de flesta urinvägsinfektioner behandlas. Tidigare prövningar har ofta utförts i slutenvården och de funna resultaten har generaliserats att även gälla förhållandena i primärvården. Det finns således behov av fler öppenvårdsstudier med bland annat

målsättningen att minimera farmaka för att minska biverkningsriskerna.

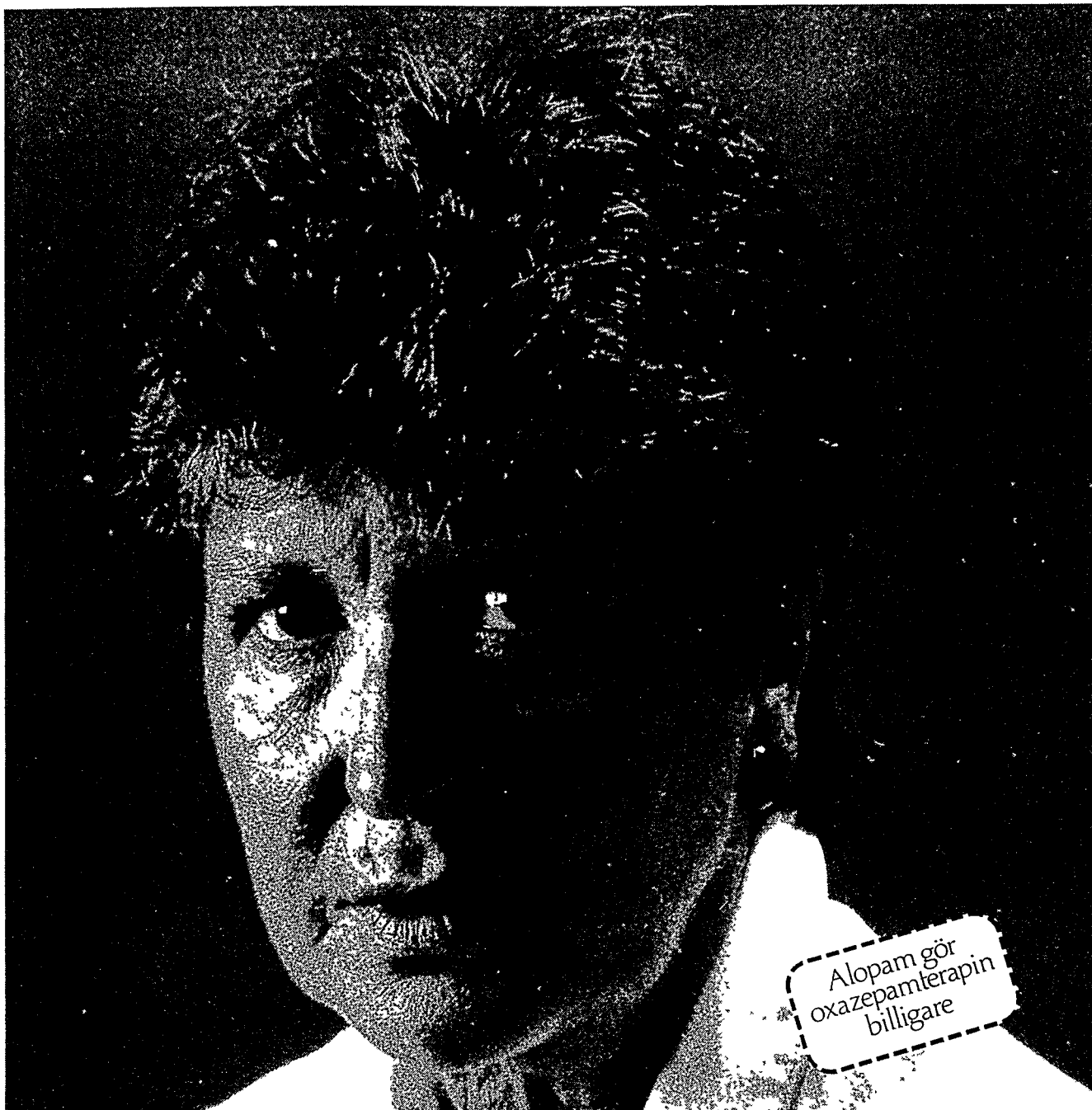
Primärvården har fördelen att ofta ha en helhetsbild av patienten med kännedom om patientens övriga sjukdomar och terapi. Genomströmningen vid vårdcentralerna är stor och olika studier av screeningkaraktär har visat att man under en två-årsperiod ser 66% av åldersgruppen 35 till 64 år (Laxå) och 85% av personer över 70 år (Kopparberg). Patientläkarkontinuiteten är god, bättre än på sjukhusen.

Resurser

Primärvården har genom utbyggnaden fått resurser att genomföra kliniska prövningar. Resurserna består framför allt i tillsatta distriktsläkartjänster. Många landsting har anställt laboratorieassistenter vars utbildning är väl anpassad för deltagande i kliniska prövningar. Med tillgång till kompetent personal på laboratoriet och utbyggd transportservice till centrallaboratoriet har primärvården i stort sett samma laboratorieservice som slutenvården.

Utbildning

Allmän medicinen har ingen vetenskaplig tradition att falla tillbaka på.



Alopam gör
oxazepamterapin
billigare

Generell ångest och fobier kan leda till social isolering.

Vid psykoterapi av dessa tillstånd utgör behandling med bensodiazepinpreparat en väsentlig hjälp.

Alopam är ett bensodiazepinderivat med gradvis insättande effekt. Alopam påverkar de vanliga symtomen: ångslan, ångest, rastlöshet och sömnsvårigheter.

Alopam

OXAZEPAM

Δ◇ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

Tabletter 10 mg, 15 mg, 25 mg 25 st
 100 st
 250 st

Samtliga tabletter är försedda med mittskåra för att kunna delas.



En produkt från
A.L. LäkeMedel AB
08-716 92 65

Under 80-talet har det tillskapats allmän medicinska institutioner med professurer vid de flesta lärosäten och därigenom har bilden förändrats. Utbudet på utbildning i forsknings- och utvecklingsarbete för primärvårdens personal börjar bli tillfredsställande. Det förekommer även kurser i klinisk läkemedelsprövning med speciell inriktning på primärvården. I Örebro län har sedan ett par år genomförts dylika grundkurser. Man har förutom till läkare vänt sig till sköterskor, laboratorieassistenter och apotekare. Erfarenheten är att berörd personal måste känna till vad det innebär att delta i en klinisk läkemedelsprövning.

Avtal

Vad som på ett avgörande sätt förändrat möjligheten att genomföra kliniska prövningar i primärvård är avtalet från 1983 mellan landstingsförbundet och läkemedelsindustrin (5).

Avtalet har legaliserat prövningsverksamheten samt jämställt primärvård och länssjukvård med universitetsklinikerna. Prövningsverksamheten kan efter avtalet av samtliga personalkategorier genomföras på ordinarie arbetstid. Kostnader och ersättningar är öppet redovisade och borta är tidigare smussel.

Prövningens planering

Förutsättningen för att primärvården skall engagera sig i en klinisk prövning är att den uppställda hypotesen tar upp ett för allmän medicin väsentligt ämne. Det förväntade resultatet måste också stå i relation till den stora arbetsinsats som ofta krävs. Prövningen skall således vara god vetenskap och får på intet vis vara etiskt dubiös.

Prövare

Hur rekryteras allmänläkare och varför deltagar man i en klinisk läkemedelsprövning? Den vanligaste anledningen torde vara intresse för forskning och utvecklingsarbete i primärvården eller specialintresse för det studerade området till exempel hypertoni. Man får hoppas att intresset inte enbart är knutet till en utlovad kongressresa eller för att citera Drug and therapeutics bulletin: Compensation seems reasonable but remuneration high enough to be seen as inducement is unacceptable. Not only might it be seen that a doctor was being paid to involve patients in unnecessary treatment or investigation, which is unethical, but it might also lead to a doctor taking part in a trial in which he had no other interest (6).

Vid multicenterprövningar måste man arbeta mot hela vårdcentralen, samtliga läkare deltagar även om en måste stå ansvarig. Många av de problem som uppstår under en prövning är personrelaterade och beror på bristande kontinuitet. Läkare som åtagit

sig att ansvara för prövningens genomförande kan byta tjänst eller av annan anledning vara frånvarande längre tid. Det har även visat sig att prövningar med stor laboratorieanknytning ej går att genomföra på mottagningar där man inte har fast laboratoriepersonal utan istället alternerande mottagningssköterskor.

Protokoll

Ansvariga läkare i primärvården måste på ett tidigt stadium få vara med vid utformning av försöksplanen (protokoll). Det preliminära protokollet får sedan bearbetas på varje deltagande läkarmottagning. Det är av stor vikt att inte endast ansvarig läkare utan all involverad personal deltar i diskussionen runt protokollet. De lokala möjligheterna att få prövningen att löpa komplikationsfritt måste beaktas. Därefter får protokollet sin slutliga form och praktiska rutiner kan planeras. Den lokala förankringen är en av de väsentligaste faktorerna för att prövningen lyckosamt skall kunna genomföras. För att kunna påverka uppläggningsen måste all deltagande personal ha en grundutbildning i klinisk läkemedelsprövning så att man kan läsa och förstå protokoll och patientformulär.

I detta sammanhang kan inte nog poängteras hur viktigt det är att industrins kliniska prövningsledare har god kännedom om hur primärvården är organiserad och hur den fungerar.

Prövningens uppläggning måste i görligaste mån följa de förhärskande diagnostiska och behandlingsmässiga rutinerna. Om avsteg görs uppstår svårigheter. Dels får man ett större antal ej utvärderingsbara patienter på grund av att försöksplanen inte följs. Dels måste extra resurser i form av personalförstärkning tillföras.

Det kan vara värdefullt att genomföra en pilotstudie speciellt om deltagande vårdcentraler inte har prövningserfarenhet. Man får möjlighet att testa diagnostiska rutiner och formulär. Tillgången på patienter som kan ingå i studien överskattas alltid. I pilotstudien får man fram den verkliga tillgången samt möjligheten att rekrytera konsekutivt.

Erfarenheten är att man kan få problem på enskilda vårdcentraler och ytterligare information och utbildning kan behövas. I annat fall måste dessa vårdcentraler uteslutas ur prövningen.

Multicenterprövningar

En stor fördel är om multicenterprövningar kan genomföras inom samma landstingsområde. Varje landsting utgör i Sverige en enklav för sig. Allmänläkarna inom området träffas regelbundet och känner varandra. Man har gemensam utbildning och följer diagnostiska rutiner och vårdprogram som utarbetats inom området.

De kliniskt kemiska laboratorierna inom landet har olika referensvärden

och man behöver inom landstingsområdet inte korrigera och standardisera laboratoriesvaren. Vid bakteriologisk provtagning är det en fördel att arbeta mot endast ett laboratorium.

Koncentrationen till ett landsting har många fördelar men om den studerade sjukdomens naturalhistoria påverkas av geografiska faktorer uppstår svårighet att generalisera resultatet. Man får om så är fallet överväga att sprida prövningen till flera landsting, till exempel landsbygd och storstad. I det senare fallet kan försöksplanen anpassas efter förhållandena i de olika landstingen, en så kallad multiple independent trial uppläggning.

Även om man försöker skapa en enhetlig grupp av allmänläkare med likartad utbildning och behandlingstradition måste dessa träffas regelbundet. Man måste kontrollera att protokollet följs och ge kompletterande utbildning, men framför allt ge fortlöpande information om hur prövningen framskrider. Mötena är av betydelse inte bara för studiens kvalitet utan även för att hålla intresset vid liv (7).

Etiska frågeställningar

Vid kliniska prövningar i allmänmedicin ställs man inför etiska aspekter av lite annat slag än i slutenvården. Det gäller då speciellt terapival och samtycke att delta i prövningen. Dessa tankegångar har på ett förtjänstfullt sätt utvecklats av Coulehan och medarbetare (8). Allmänläkare som är patientens ansvarige läkare (familjeläkare, husläkare) kan ställas inför svårigheter då han vid blindade studier inte kan välja patientens terapi. Detta gäller speciellt vid placebokontrollerade studier till exempel utsättningsstudier. Å andra sidan är studier som jämför ett nytt läkemedel med det bästa tillgängliga alternativet eller med placebo om ingen behandling är etablerad minst lika etiskt acceptabel som att använda vilken metod som helst ny eller gammal vilken inte blivit till fullo utvärderad (9).

Patient-läkarrelationen i allmänmedicin får inte utnyttjas till att påverka patienten att gå med i studien mot dennas egentliga vilja. Man har då förstört ett förtroende som byggts upp under lång tid.

Patienten måste hållas skadeslös om man önskar att han skall komma på extra besök utanför den normala rutinen. Förutom att den ekonomiska kostnaden för patienten bestrids måste man försöka anpassa besöken så att minsta möjliga olägenhet uppstår till exempel med patientens arbetstider.

Sekundära vinster för primärvården

Bevekelsegrunderna för att delta i klinisk läkemedelsprövning kan vara många liksom vinsterna för primärvården. Man har funnit att arbetet runt

kliniska provningar och multicenter-samarbete är en utmärkt inkörsport för fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete (8). Man lär sig en vetenskaplig metodik som kan appliceras på andra områden. Av den anledningen har Örebro läns landstings forskningskommitté aktivt stött utbildning och deltagande i klinisk läkemedelsprövning i primärvården.

I samband med att en klinisk provning planeras får man en uppstramning av de diagnostiska rutinerna runt den studerade sjukdomen (10). Prövningen blir en form av produktkontroll.

Kliniska provningar ger upphov till ökat samarbete på olika plan. Många gånger är det nödvändigt med samarbete mellan specialistvård och primärvård. Man har gemensam utbildning och ser över aktuella vårdprogram. Nya metoder utvecklas ofta i samarbete med servicediscipliner som bakteriologiskt och kemiskt laboratorium. Även samarbetet med apoteken förbättras då dessa involveras för att bland annat lämna ut testpreparat.

Den största vinsten ligger på fortbildningssidan. Förutom utbildning i anslutning till prövningen kan man få resurser till sådan verksamhet som

inte ryms i vårdcentralens utbildningsbudget. Exempel på sådan verksamhet är multicentermöte förlagda till Stockholm vid tiden för Läkarsällskapets Riksstämman. Personalkategorier som sköterskor och laboratorieassistenter får då tillfälle att besöka utställningarna vilket de annars inte har möjlighet till. Andra exempel är studiebesök för sjukhemmens vårdpersonal vid institutioner som är föregångare i omvårdnadsideologi.

Avslutning

Väl genomförda kliniska läkemedelsprovningar i primärvården är nödvändiga. Det är därför viktigt att vi även i Sverige börjar utveckla passande metoder, diskuterar etik och utarbetar riktlinjer för kliniska provningar i allmänmedicin.

Referenser

1. Andrén-Sandberg Å, Bengmark S, Bergman S-E et al. Multicenterstudier i Sverige. Läkartidningen 1985; 82:2974-7.
2. Almenmedisinsk Forskningsutvalg. Medikamentutprovning i almenpraksis. Veiledning for vurdering av forsøksprotokoll. Tidsskr Nor Lægeforen 1980; 100: 2061-2.

3. Joint agreement between BMA, RCGP, and ABPI. Code of practice for the clinical assessment of licensed medicinal products in general practice. Br Med J 1983; 286:1295-7.
4. Strandberg K, Westman-Naeser S. Skärpta kompetenskrav, även fast V-prövningar skall anmälas, slutrapport obligatorisk. Läkartidningen 1984; 81: 2159-62.
5. Landstingsförbundet. Stockholm, 1983. Överenskomelse om klinisk provning av läkemedel. Protokoll fört vid sammanträde med Landstingsförbundets styrelse paragraf 81.
6. Drug trials in general practice: editorial. Drug Ther Bull 1981; 19:97-9.
7. Gastpar M. Studies in General Practice: Interpractice Differences. Pharmacopsychiatry 1984; 17:148-51.
8. Coulehan JL, Schaffner KF, Block M. Ethics of Clinical Trials in Family Medicine. J Fam Pract 1985; 21:217-22.
9. Howie JGR. Research in General Practice. In: Designing studies. London: Croom Helm, 1979. 65-88.
10. Stott NCH. Clinical trial in general practice? Br Med J 1982; 285:941-4.

Författarpresentation

Göran Falck, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen, 714 00 Kopparberg.

LABORATORIEDIAGNOSTIK

2306325

Synpunkter på snabbdiagnostik av streptokocker

ANNA SCHWAN · ANDERS STRÖMBERG

Bakteriologisk diagnostik är önskvärd vid misstanke på streptokockorsakad tonsillit. Flera immunologiska snabbtester för streptokockdiagnostik finns på marknaden. De är bra komplement till den kliniska undersökningen och kan, rätt använda, optimera omhändertagandet av patienten och minska onödig antibiotikaförskrivning. För dessa liksom för andra diagnostiska tester gäller, att prevalensen av sjukdom i populationen är viktig för det prediktiva värdet av testutfallet. Immunologiska snabbtester för streptokockdiagnostik ska endast användas vid rimlig misstanke på streptokockinfektion, inte vid epidemiologiska utredningar.

Nyckelord: Diagnos, snabbdiagnostik, streptokockinfektion.

Det är svårt att enbart på kliniska grunder ställa diagnosen streptokockinfektion hos en patient, som söker för halsont (1). En korrekt bakteriologisk diagnos är önskvärd av terapeutiska och epidemiologiska skäl, men är även viktig om senkomplikationer tillstöter, även om dessa för närvarande är ovanliga i vårt land (2, 3).

Det finns ett flertal möjligheter att diagnosticera streptokocker i svalgprov. Odling vid bakteriologiskt laboratorium är "standard" och används som referensmetod vid utvärdering av sk "diagnostiska kits". Sådan odling torde vara optimal men är för den skull inte helt utan felkällor (något som för många kollegor tycks vara förvånande).

Decentraliserad streptokockodling

Decentraliserad odling (tex vid vårdcentralens laboratorium) av streptokocker på blodhaltigt agarmedium har bedrivits sedan decennier tex vid infektionskliniker, men fick en större spridning i början på 80-talet då en "slide"-metod (Streptocult) för streptokockodling introducerades. Sådan

odling kan, rätt använd, vara ett värdefullt tillskott i diagnostiken av streptokockinfektion i svalget. Personal, som fått viss bakteriologisk utbildning och som vid behov kan få bakteriologisk konsult hjälp, kan få odlingsresultat som är i klass med det som man får vid bakteriologiskt laboratorium, när det gäller diagnostik av akuta svalginfektioner.

Vid epidemiutredningar eller vid mycket liten misstanke om streptokocker bör odling sändas till bakteriologiskt laboratorium, där man lättare och säkrare hittar små mängder av streptokocker. Vid akuta infektioner har patienten nästan alltid riklig mängd streptokocker i svalget (4) och de hittas då lätt även av icke-bakteriologisk personal. Allt resonemang i denna framställning gäller diagnostik av svalginfektioner, inte epidemiologiska utredningar.

Immunologiska tester för påvisande av streptokocker

På marknaden finns sedan flera år immunologiska "snabbtester" för påvisande av grupp A streptokockantigen i

svalgprov. De första av dessa tester byggde på agglutinationsprincipen (latex eller co-agglutination), senare har enzymimmunologiska tester utvecklats.

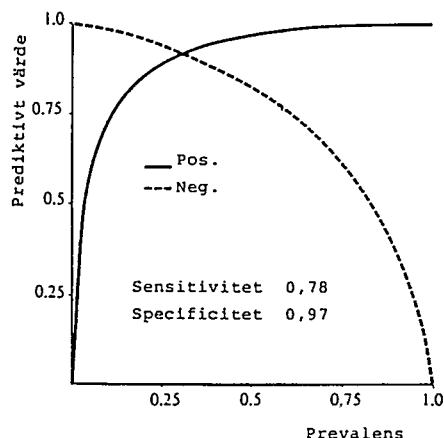
Rent teoretiskt är dessa snabbtester väl konstruerade. De är lätta att handha och fungerar utmärkt i laboriemiljö. I tränade händer och med standardiserat material har de mycket goda prestanda (5,6). Flera undersökningar visar dock lägre sensitivitet och specificitet när de prövats i öppen vård (7, 8, 9, 10, 11). Orsakerna här till är flera – viktigast är nog att testerna använts på "fel" patient och att flera undersökare varit inblandade.

För dessa snabbtester och för diagnostiska tester överhuvudtaget gäller, att prevalensen av en viss sjukdom i populationen har stor betydelse för utfallet av testet. Vid mycket låg prevalens får testet svårt att identifiera "äkta sjuka". Detta förhållande tycks inte vara så väl känt och diskuteras endast sällan vid utvärdering av sk "kits" för decentraliserad diagnostik. Ett användbart begrepp är "prediktivt värde", vilket anger tillförlitligheten av ett positivt respektive negativt utfall. Prediktivt värde av positivt utfall, "pv+", beräknas:

sant positiva

sant+falskt positiva

"Pv+" beräknas på samma sätt men med sant respektive falskt negativa resultat. De prediktiva värdena säger minst lika mycket om testprocedurens användbarhet som begreppen "sensitivitet" och "specificitet". Prevalensens betydelse för det prediktiva värdet kan åskådliggöras grafiskt (Fig 1). För en klagande genomgång av vissa statistiska variabler som är användbara och bör beaktas i detta sammanhang hänvisas till kapitlet "Synpunkter på laboratoriediagnostik i primärvård" av B Schersten o a i Mårdh PA o a (red). Infektioner i primärvård, Almqvist och Wiksell, 1986.



Figur 1. Prevalensen av sjukdom i populationen har stor betydelse för det prediktiva värdet av testutfallet.

Det är uppenbart att snabbtester för streptokockdiagnostik ofta används felaktigt. De ska endast användas då misstanke om streptokockinfektion föreligger. Vid vissa vårdcentraler används testerna till och med så, att alla patienter som söker för halsont – oavsett anamnes – testas, och om resultatet blir negativt avvisas patienten från vårdcentralen eftersom han eller hon "i alla fall inte har streptokocker". Testerna ska givetvis istället användas som komplement till övriga kliniska iakttagelser och laboratoriedata. De kan inte användas lösryckta som enda diagnostiska kriterium på streptokocksjukdom.

Mot bakgrund av prevalensens betydelse för tillförlitligheten av positivt testutfall säger det sig självt att immunologiska streptokocktester inte är användbara för screening. Dessutom kan andra bakterier än grupp A streptokocker ge upphov till behandlingskrävande halsinfektioner.

Fra från bakteriologihåll har man en tendens att helt utdöma snabbtesterna för betastreptokockdiagnostik därför att de inte kan mäta sig med konventionell odling ur känslighets- och specificitetssynpunkt. Man glömmer då en viktig faktor, nämligen den kliniska bildens och anamnesens betydelse för diagnosen och handläggningen av patienten. Snabbtesternas styrka är, att klinikern får ett snabbt svar medan patienten fortfarande befinner sig på mottagningen.

Få laboratorietester avslöjar ensam en speciell sjukdom eller skiljer frisk från sjuk. De immunologiska streptokocktesterna gör det inte, konventionell streptokockodling gör det faktiskt inte heller! Så till exempel kan man på en svalgodling från en asymptomatisk streptokockbärare med en virusorsakad svalginfektion mycket väl få svaret "måttlig växt av grupp A streptokocker", som i ett sådant fall inte orsakar besvären.

Den senaste varianten av enzymimmunologiskt test för påvisande av grupp A streptokockantigen har i viss mån en "inbyggd kontroll". Man får dels färgomslag som indikerar närvaro av streptokockantigen, dels finns färgfält som indikerar att reagenserna fungerat och att man "gjort rätt" (nog så viktigt om man blir avbruten i sitt arbete). I ett test finns även ett fält, som signalerar falskt positiv reaktion, vilken i sällsynta fall kan orsakas av korsreaktion med andra antigen i provet. Rent teoretiskt bör denna typ av tester vara säkrast att använda, i alla fall intill dess att ännu mer exakta och lättlästa tester finns tillgängliga.

Vi anser att decentraliserad streptokockdiagnostik är ett värdefullt diagnostiskt komplement vid omhändertagande av patienter med halsont och tycker att sådan bör finnas vid vårdcentraler, jourmottagningar och liknande.

Immunologiska snabbtester framstår så som ett förstahandsalternativ, eftersom decentraliserad streptokockodling kräver större patientunderlag och personalkontinuitet. Där förutsättningar finns för sådan odling kan den vara ett bra komplement. Odling vid bakteriologiskt laboratorium bör ses som referensmetod och bör användas vid tveksamt utfall av snabbtest och, framför allt, om klinisk undersökning ger stark misstanke på bakteriell genes men direkttestet är negativt. Som ovan nämnts är den också det enda alternativet vid en epidemiologisk utredning.

Att helt avhända sig möjligheten till decentraliserad streptokockdiagnostik tycker vi vore beklagligt. Med ett genomtänkt handlägningsprogram bör de immunologiska snabbtesterna kunna optimera omhändertagandet av halsflusspatienter och minska onödig antibiotikaförskrivning.

Referenser

1. Roos K. The diagnostic value of symptoms and signs in acute tonsillitis in children over the age of 10 and in adults. *Scand J Infect Dis* 1985; 17:259–67.
2. Persson B. The national history of rheumatic fever and rheumatic heart disease in Malmö. *Acta Med Scand* 1982; suppl 666:1–172.
3. Bengtsson U, Ekedahl C, Holm SE. Acute streptococcal glomerulonephritis. *Scand J Infect Dis* 1973; 5:112–4.
4. Strömberg A, Schwan A, Cars O. Some bacteriological and serological aspects of group A streptococcal pharyngotonsillitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1988; 7: 172–4.
5. Schwabe LD, Small MT, Randell EL. Comparison of TestPack Strep A test kit with culture technique for detection of group A streptococci. *J Clin Microbiol* 1987; 25:309–11.
6. Strömberg A, Schwan A. A comparison between a commercial co-agglutination test and conventional throat culture for the detection of group A streptococci in throat swabs. *Scand J Infect Dis* 1986; 18:85–6.
7. Henning C, Tärnvik A, Fürst L, Gustafsson M, Holm PO, Kaiser PO. Odling av streptokocker grupp A fortfarande överlägset enzymimmunologiskt direkttest. *Läkartidningen* 1987; 84:3906–7.
8. Hoffmann S, Henrichsen J. Detection of group A streptococcal antigen from throat swabs by use of a latex agglutination test in general practice. *Acta Path Microbiol Immunol Scand. Sect. B.* 1987; 95:89–94.
9. Ringertz O, Telander B, Bergsten E, Olsson K. Odling bättre än snabbtest för påvisande av beta-streptokocker grupp A. *Läkartidningen* 1986; 83:3489–91.
10. Hjortdahl P, Laerum E, Gaustad P. How reliable and useful is the latex agglutination test in diagnosing streptococcal throat infection in general practice? *Scand J Prim Health Care* 1987; 5:151–4.

Premiär för motilitetspreparatet som verkar annorlunda.



Referenser: 1. Reyntjens A. Development and Clinical Use of the New Gastrointestinal Prokinetic Drug Cisapride. Drug Dev. Rev. 1986; 8:251-65. 2. Nyrén O et al, Absence of Therapeutic Benefit from Antacids or Cimetidine in Non-Ulcer Dyspepsia, N Eng J Med 1986; 314, 339. 3. Colm-Jones DG et al, Management of Dyspepsia: Report of a working party, Lancet I, 1988:567. 4. Schuurkes JAJ et al, J Pharm Exp Ther 1983; 775:243 (1985).

Prepulsid® (cisaprid) är ett nytt motilitetspreparat som påverkar både orsak och symptom vid gastroesofagal reflux och förlångsammad ventrikeltömning med dyspeptiska symptom (1).

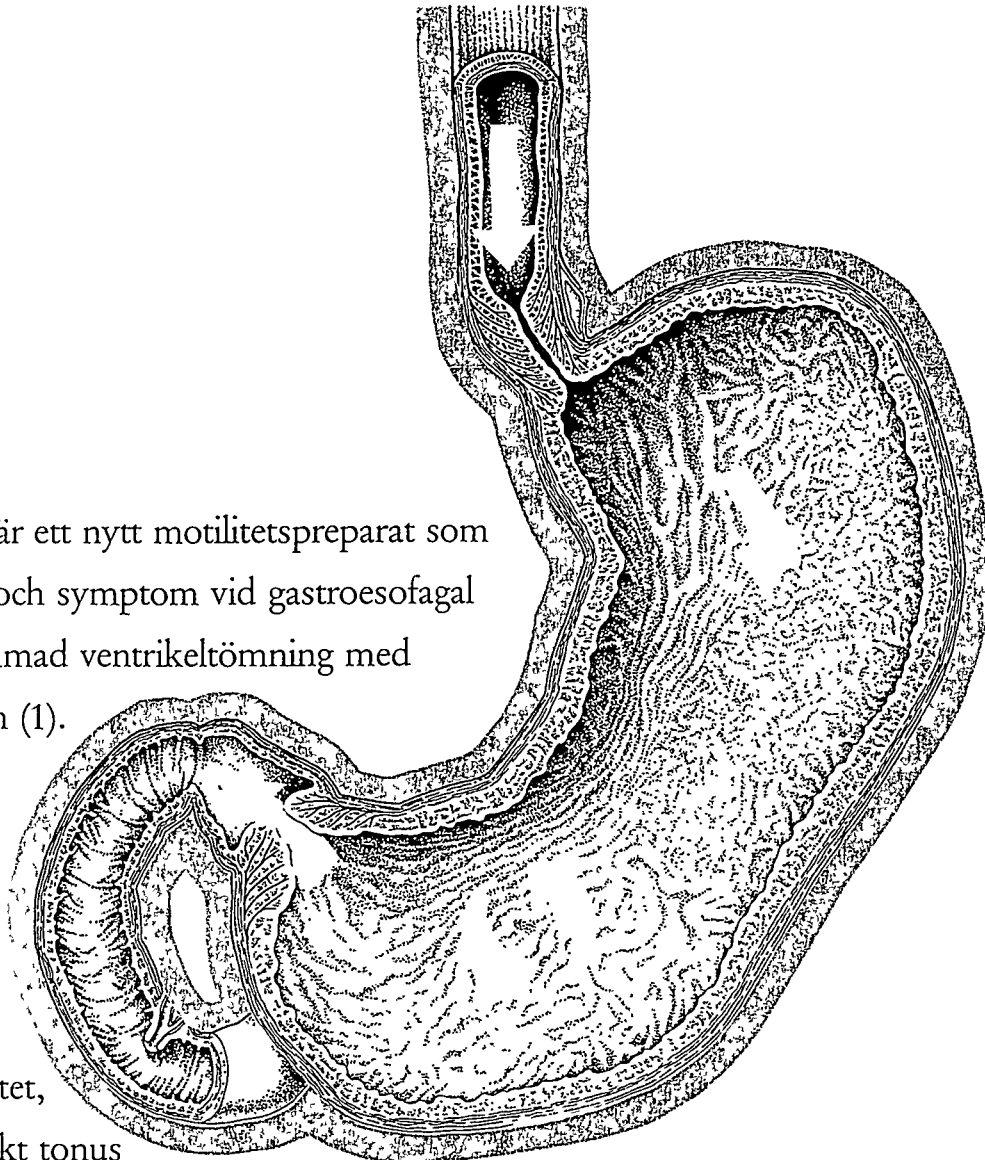
Oftast beror inget av dessa besvär på en förhöjd syrasekretion (2). Orsaken är snarare en störd gastrointestinal motilitet, vilket leder till en sänkt tonus

i kardiasfinktern, en försämrad peristaltik i esofagus samt antral hypomotilitet eller förlångsammad ventrikeltömning (3).

Genom att påverka det myenteriska plexat – ”mag/tarmkanalens hjärna”, som koordinerar den komplexa gastrointestinala motiliteten, normaliserar Prepulsid på ett fysiologiskt sätt den störda motiliteten. Detta resulterar i en god tömning av både esofagus och ventrikel (4).

Prepulsid verkar selektivt i det myenteriska plexat, utan att orsaka ökad syrasekretion eller neuroendokrina biverkningar (4). Med detta för ögonen är det lätt att inse vikten av ett motilitetspreparat som verkar annorlunda.

Katalogtext på nästa sida.



Cisaprid
Prepulsid®

Janssen Pharma AB Experter på gastrointestinal motilitet.

11. Wretling B, Axelsson R, Eriksson A, Häverstam A, Keskitalo AS, Krok B. Utvärdering av två enzymimmunoassay-metoder för påvisande av beta-streptokocker i svalgprov. (Abstrakt). Svenska läkaresällskapets riksstämma. Hygiea 1987; 96:217.

Författarpresentation

Anna Schwan*, docent i klinisk bakteriologi, bitr överläkare med särskilt ansvar för bakteriologisk diagnostik i primärvård.

Anders Strömberg, med dr, avdelningsläkare vid Infektionskliniken, Danderyds sjukhus.

* Postadress: Avdelningen för klinisk bakteriologi, Akademiska sjukhuset, Box 552, 751 22 Uppsala.

THE JERUSALEM INTERNATIONAL DOCTORS' ORCHESTRA

There are still a few vacancies for musicians particularly in the following sections: Viola, Cello, Double-bass, Trombone.

Interested doctors, and members of their families and staff, please apply as soon as possible to:

Dr Tomi Spenser
WONCA Orchestra
P O Box 50006
Tel Aviv 61500, ISRAEL

INFEKTIONSSJUKDOMAR

LB 06326

Erfarenheter från ett utbrott av Hepatit A i Upplands Väsby

KAJSA WIDELL · KJELL BERGMAN · VERA LUNDBERG · BRITA NÄSMAN · KENNETH SJÖMAN

I Upplands Väsby inträffade hösten 1987 tre fall av hepatit A i skol- och daghemsmiljö och ett fall i anknytning till dessa i en närliggande kommun. Det epidemiologiska arbetet kring dessa fall gav en hel del erfarenheter, som här presenteras.

Nyckelord: Hepatit A, behandling, prevention, epidemiologi, Upplands Väsby.

Händelseförlopp

Fall nr 1, en 11-årig skolflicka sökte den 22/10, vårdcentralens mottagning med hepatituspekta symptom. Hennes allmäntillstånd hade successivt försämrats under 14 dagar, varför infektionskliniken kontaktades. Där avböjde man emellertid att ta emot henne. Hon lades in samma dag på barnkliniken och man konstaterade, då provsvar erhållits, att hon hade en hepatit A. Flickan tillfrisknade normalt.

Fall nr 2, en 4-årig flicka, som var släkt och nära vän med primärpatienten, hade mycket lindriga symptom (men ASAT 44,8 och ALAT >50 ukat/l!). Hon insjuknade en till två veckor efter primärfallet. Diagnos ställdes på grund av vår omgivningsutredning.

Fall nr 3, (kusin till nr 2) var en 2-årig flicka, som hade mycket obetydliga symptom. Insjuknandedatum var svårt att fastställa, men hon hade san-

nolikt smittats samtidigt som nr 1 och 2. De två små flickorna gick på olika daghem.

Fall nr 4, var en vuxen man, morbror till de båda småflickorna. Han insjuknade den 18/11.

Hantering

Primärfallets sjukdom föranledde inga stora ingripanden. När nr 2 insjuknade, och dessutom visade sig vara ett dagisbarn, blev det viktigt att ganska snabbt vidta en del åtgärder. Spontant bildades en liten styrgrupp bestående av distriktsläkare, distriktssköterska, barnavårdscentralssköterska och hälsoskyddsinspektör. Vi träffades regelbundet under den tid hepatitinsjuknandena skedde. På så sätt kunde vi undvika att olika besked gavs, och vi kunde lägga ihop våra kunskaper, för bästa möjliga resultat.

Den första åtgärden för gruppen blev uttryckning till det första daghemmet för att ge information och gammaglobulin. Inför detta gjordes i hast iordning en hepatitjournalstencil, som vi kom att ha mycket nytta av. Det är ju så lätt att glömma fråga om viktiga epidemiologiska data när man står mitt bland stojande barn och föräldrar med många frågor.

Speciella uppgifter för gruppen blev:

1. *Undersökning – provtagning.* Via kontakt med distriktssköterska eller barnavårdscentralssköterska undersöktes cirka 25 personer i hepatitfallens omgivning. Undersökningen omfattade anamnes och provtagning

(leverstatus och hepatit A-serologi). Efter kontakt med barn- och infektionsläkare under utredningens gång inskränktes leverstatus till att omfatta ASAT, ALAT och protrombinkomplex. Journaler och provsvar genomgicks av sköterska och läkare tillsammans och vid behov blev det läkarbesök för patienten. (Bland annat hittade vi några fall av "icke-hepatit-hepatopati", vilka erbjöds uppföljning på vårdcentralen). De diagnostiserade hepatitfallen följdes upp med läkarbesök. Sjuksköterskorna kontaktades också av ett flertal oroliga personer i hepatitfallens periferi, där provtagning aldrig blev aktuell, men där man fick tillfälle att lämna information. Hepatitjournaler och provsvar samlades i en särskild pärm.

2. *Avstängning – omplacering.* I de få fall där avstängning från dagis eller arbete var aktuell räknade vi med sex veckor (= max inkubationstid) från sista tänkbara smittotillfälle. I princip inga oklarheter, men i praktiken flera svåra och känsliga ställningstaganden! En man i kontaktkretsen, som länge gått arbetslös och sjukskriven, men nyligen fått arbete på en livsmedelsfabrik, nödgades vi avstänga från arbetet, eftersom man på arbetsplatsen inte lyckades omplacera honom till icke-riskarbete. Det skedde under viss vanda från vår sida och mot försäkran att han var välkommen tillbaka. Allt förlöpte också väl. De insjuknade och de inkuberade barnen föranledde diskussioner med Försäkringskassan och kommunens barntillsyn.

Om barnen avstås som smittbärare får föräldrar ersättning för vård av barn fem dagar i veckan. Om barnet är blöjbarn, bedöms smittorisken för förälder mycket större, och förälder kan i vissa fall avstås såsom misstänkt smittbärare. Detta innebär ersättning sju dagar i veckan och på några veckor gör det en väsentlig skillnad ekonomiskt. Gränsen drog vi här vid blöjor eller icke blöjor – kanske skulle dock även något äldre barn, som behöver hjälp på toaletten, inrymmas här.

3. Gammaglobulin. Var får man egentligen pålitliga uppgifter om vilka i en hepatitkrets som samhället bör kosta på gammaglobulin, och om hur sent man kan göra det? De uppgifter vi fick varierade från inom 14 dagar från första möjliga expositionstillfälle till inom 14 dagar från sista möjliga expositionstillfälle. Dessa tillfällen var många, eftersom sjukdomsfallen inträffade inom samma släktkrets, där man hade nära kontakt med varandra. Vi använde som sig bör vårt sunda förnuft och tänjde ibland på tiden men förbehöll gammaglobulin för den närmaste kretsen kring sjukdomsfallen. På dagis betydde detta personal och barn i sjukdomsfallets dagisgrupp. Många diskussioner fördes vad gällde exempelvis barn som träffats vid gemensamma aktiviteter för samtliga dagisgrupper med mera och där vi alltså avstod från att ge gammaglobulin. I stort sett gick det bra att hålla denna linje. Några undantag fick göras, till exempel beträffande ett par gravida bland personalen. Samtidigt med diskussionerna upplyste vi om möjligheten att själv bekosta gammaglobulin. Några personer gjorde också detta. I ett fall förvägrades ett barn gammaglobulin, därför att fadern ej gav sitt tillstånd till injektionen. Totalt erhöll 75 barn och vuxna injektion av gammaglobulin. Dosering: $\frac{1}{2}$ ml vid kroppsvikt mindre än 10 kg, 1 ml vid kroppsvikt 10–40 kg, och 2 ml vid kroppsvikt över 40 kg.

4. Information är givetvis A och O och ingick självklart i de föregående avdelningarna. Som alltid gäller det att hinna ut med saklig information innan oro och spekulation tar över. Informationen skall helt naturligt handla om sjukdomens förlopp, men minst lika viktigt är att ge praktiska råd om hur man kan skydda sig mot smitta (till exempel på dagis användande av engångshandskar och engångshanddukar och underlägg på skötborden, handhygien, bort med tandborstar och tandmuggar). Vid besöken på daghemmen deltog sjuksköterskor och hälsoskyddsinspektör. På det första daghemmet hade daghemsföreståndaren förberett föräldrarna vid hämtningen av barnen på kvällen och informationen skedde på följande förmid-

dag. I det andra fallet hade föreståndaren ringt föräldrarna under dagen och informationen gavs i samband med hämtning av barnen på kvällen. Förstnämnda förfaringssätt gav betänketid över natten och medförde sannolikt mer oro, men gjorde kanske också att man utnyttjade frågetillfället på morgonen därpå bättre.

Den lokala pressen kontaktade distriktsläkaren och skrev en väl avvägd artikel i lokalbilagan av Dagens Nyheter. En av huvudstadens kvällstidningar skrev också en artikel av samma storlek och använde hälften av utrymmet till att varna för AIDS på daghemmen i framtiden.

5. Utredning. Hälsoskyddsinspektören besökte de berörda familjerna i hemmen och intervjuade dem ur epidemiologisk synvinkel. Vi kom fram till att de tre barnen sannolikt smittats vid samma tillfälle (eventuellt ett tårtkallas). Tårtan kom från ett av ortens konditorier. Vid besök där framkom inget att anmärka på, och ingen av personalen hade haft hepatitsymptom. Fall nr 4 hade sannolikt smittats av den 4-åriga flickan (nr 2). De hade vid ett tillfälle sugit på samma karamell, och inkubationstiden stämde väl.

Förlopp och avslutande synpunkter

Den 2-åriga flickan (fall nr 3) och två inkuberade småkusiner, med vilka hon hela tiden haft nära kontakt, vårdades i hemmet av sin farmor (inkuberad även hon eftersom hon ofta hade hand om sina små barnbarn). Farmor och de inkuberade småkusinerna hade dessförinnan fått gammaglobulin. Farmor arbetade normalt på ett ålderdomshem, men anställdes nu tillfälligt som kommunal dagbarnvårdare. Föräldrarna kunde på detta sätt fortsätta att yrkesarbeta (en var studerande och blev helt förtvivlad vid tanken på att missa kursen). Då avstängningsperioden var slut och inga ytterli-

gare fall inträffat, drog styrgruppen en lättnadens suck och satte sig ner att försöka samla erfarenheterna.

Så här tyckte vi:

1. Anamnesen – så svårt det är att hitta rätt! Fall nr 2 och 3 upptäckte vi först efter upprepad utfrågning och trots att man i familjekretsen väl informerats om symptom bilden vid hepatit. Symptomen vid hepatit hos barn är ju oftast milda, ibland obefintliga, och det är väl en del av förklaringen. Å andra sidan kan man förvåna sig över hur många barn på ett dagis som har ljus avföring, när man verkligen hör efter. Den vuxne mannen (fall nr 4) som insjuknade sökte först hos distriktsläkaren i sin hemort och fick medicin mot magkatarr – ett ganska vanligt fenomen vid hepatitinsjuknande hos vuxna. Vi som arbetar med hälso- och sjukvård tycker ju att det är märkligt att han inte berättade för sin läkare om de tre inträffande hepatitfallen i sin omgivning. Men vi har väl en annan referensram, vilket ju är nyttigt att påminna sig.

2. Information. Relationerna till pressen: Kanske skulle man legat steget före och helt enkelt själv ta kontakt med lokalpressen i lämpligt läge. Man kan då vara bättre förberedd och förhoppningsvis få hjälp med att få ut viktig information.

Det hade varit önskvärt med en kort skriftlig information om hepatit A, att ge framförallt föräldrar och personal på daghemmen. I efterhand har vi gjort i ordning ett sådant blad att ha färdigt vid framtida behov (se faktaruta!).

3. Samarbete. Vi kan inte nog betona vikten av att det är få personer som tillsammans sköter det epidemiologiska arbetet. Som distriktsläkare känner man ju ofta olust inför att avsätta sammanträdestid. Här är det absolut nödvändigt, och träffarna ska helst

INFORMATION OM EPIDEMISK GULSOT = HEPATIT A

(att skilja från inokulationsgulsot = hepatit B)

ORSAK: Gulsotsvirus A.

FÖREKOMST: Hela världen.

SMITTA: Smittas via avföringen. Handhygien viktig.

INKUBATIONSTID: 2–6 veckor.

SYMPTOM: Barn har oftast mycket lindriga symptom (till exempel lite magont, lite feber, avfärgad avföring) eller inga symptom alls. Vuxna kan insjukna med feber, magsmärtor, illamående-kräkningar, trötthet, muskel-ledvärk, avfärgad avföring. Senare gulhet på ögonvitorna och eventuellt i huden. Även vuxna kan ha en mycket mild sjukdomsbild.

DIAGNOS: Ställs genom undersökning och blodprov, vars resultat dröjer ett par dagar till en vecka.

FÖRLOPP: Godartat. Komplikationer sällsynta.

FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER: God hygien. Till nära kontakter ges gammaglobulin.

NYHET!

Andapsin® 1-dos.



Nära till hands!

Nu finns Andapsin® mixtur
i endoskuddar. Enkla att ta
med på arbetet och under
resan. (120 st × 5 ml)

Andapsin®. Nära till hands!

Andapsin®

Tabletter 0,5 g, 1 g, dosgranulat 1 g och mixtur 200 mg/ml

Antilcusmedel med lokal slemhinneskyddande effekt A02B X02. Deklaration. 1 tablett à 0,5 g innehåller: Sukralfat, 500 mg, constit. q. s. 1 tablett à 1 g innehåller: Sukralfat, 1 g, constit. q. s. 1 dospåse innehåller: Sukralfat, 1 g, constit. q. s. 1 ml mixtur innehåller: Sukralfat 200 mg, sacch. natr. conservans (metagin, propagin) aroma el constit. q. s., aq. purif. ad ml. Upplysningar, Farnos Group AB telefon 08-726 04 10. Egenskaper. Sukralfat är alkaliskt aluminiumsackarossulfat, som har en lokal slemhinneskyddande effekt. Detta slemhinneskydd uppkommer dels genom en mekanisk bindning till slemhinnan och dels genom en stimulering av faktorer i slemhinnan som ökar dess resistens mot skadliga agens. Bindningen till skadad slemhinna är större än till frisk vävnad. Sukralfat absorberas i ringa utsträckning. Indikationer. Duodenalsår och benigna ventrikelsår. Profylaktisk behandling vid kroniskt recidiverande duodenalsår. Försiktighet. Vid behandling av patienter med grav renal insufficiens bör försiktighet iakttagas. Graviditet. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt [g]. Amning. Sukralfat passerar ej över i modersmjölk. Biverkningar. Gastrointestinala biverkningar, företrädesvis förstoppning, uppträder i ca 2%. Dosering. Tabletter och dosgranulat. Vid duodenalsår intas 2 g 2 gånger dagligen, vid uppvaknandet och sänggåendet. Behandlingen ges i 4 veckor. Till de patienter, som eventuellt ej är utläkta efter 4 veckors behandling, kan ytterligare en 4-veckorsbehandling ges. Vid ventrikelsår intas 1 g 3 gånger på dagen, ej i samband med måltid, samt vid sänggåendet. Behandlingen bör pågå tills fullständig sårkläckning uppnås (endoskopisk kontroll), vilket normalt sker inom 6-8 veckor. Vid profylaktisk behandling 1 g 2 gånger dagligen, vid uppvaknandet och sänggåendet. Denna behandling bör tills vidare ej pågå mer än 6 månader. Innehållet i dospåsen utrores i liten mängd vatten, cirka 2 matskedar. Mixtur: 5 ml motsvarar 1 g, se tabletter. Interaktion. Sukralfat interagerar med fenytoin. Se speciellt avsnitt märkt [j]. A02B X02 Sukralfat. Förpackningar. Tabletter 0,5 g (vita, runda med skära Ø 11 mm), 250 st (tryckförpackning). Tabletter 1 g (vita, avlånga med skära), 60 st, 120 st (tryckförpackning). Dosgranulat 1 g (vitt granulat), 60 st, 120 st. Mixtur 200 mg/ml (vit, karamellsmak). Plastflaska 600 ml, Doskudde 120 × 5 ml.

vara täta, men gärna korta, till exempel 15–30 minuter varannan dag. Att arbeta i grupp på det här sättet och successivt föra ett problem fram mot sin lösning (eller snarare upplösning) är lärorikt och utvecklande för deltagarna i gruppen. För distriktsläkaren är det ett givande komplement till det individuella mottagningsarbetet med patienten.

Författarpresentation

*Kajsa Widell**, distriktsläkare vid vårdcentralen, Upplands Väsby

Kjell Bergman, miljö- och hälso-skyddschef i Upplands Väsby kommun

Vera Lundberg, barnvårdscentralsköterska vid vårdcentralen, Upplands Väsby

Brita Näsman, distriktssköterska vid vårdcentralen, Upplands Väsby

Kenneth Sjöman, distriktsläkare vid vårdcentralen, Upplands Väsby

*Postadress: Abborrgränd 4, 194 61 Upplands Väsby.

Förenings
nytt

Skråmöten i Stockholm

Stockholms Allmänläkarklubb bildades november 1985. Vi har sedan dess varje vår och höst avhållit fem möten. Allmänläkarklubbens träffar har genomförts på lördagar. Ett drygt hundratal allmänläkare har samlats vid varje tillfälle. Mellan kl 10.00–16.00 har vi haft ett vetenskapligt program. Under en stor del av dagen har parallella aktiviteter genomförts. För innehåll i de vetenskapliga aktiviteterna har allmänläkare, främst från Stockholm, svarat. Vi har delvis bjudit in kollegor från andra delar av landet och andra specialister.

Exempel på teman vid våra möten är: allmänmedicin i storstaden, idrottsmedicin, diabetes och infektionssjukdomar. Vid mötet kring diabetes gav de flesta sökanden till professuren i allmänmedicin i Stockholm sin syn på ämnet diabetes och allmänmedicin.

Arbetet med att sammanställa programmet för mötena, har genomförts som ett grupparbete av undertecknade. Vi har konstituerat oss som Allmänläkarklubbens arbetsutskott.

Klubben arbetar mycket informellt utan stadgar och styrelse och den är helt ideell.

Allmänläkarklubben har givit oss som arbetar som allmänläkare i Stockholm, oavsett om vi tjänstgör som distriktsläkare, företagsläkare eller privatläkare, möjlighet att träffas och diskutera gemensamma problem. Inte minst den sociala delen av programmet där våra familjer kunnat delta, har haft betydelse för utvecklandet av samhörighetskänslan.

Allmänläkarklubben hoppas på ett nära samarbete med den allmänmedicinska institutionen i Stockholm. Hans Åberg hälsades välkommen och höll en uppskattad professorsföreläsning vid årets vårmöte.

Är Du intresserad av att få kallelse till våra möten, kontakta Sten Larsson, Utvecklingsenheten för primärvård, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

Bo-Göran Dammström

Lars Eklöf

Magnus Eriksson

Sten Forsberg

Lena Karlberg

Jonas Jonsson

Bengt Larsson

Sten Larsson

Allmänläkare i Stockholm

WONCA 1989



JERUSALEM

12th WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE

JERUSALEM, ISRAEL, 28 MAY - 2 JUNE, 1989

'UNIVERSAL ISSUES IN FAMILY MEDICINE'

ÄR DU INTRESSERAD?

Nu är det dags att börja planera för deltagande i WONCA 1989.

Om intresse finns kommer vi att arrangera en resa dit med en efterföljande tur till Kairo.

Skriv eller ring gärna till vår resebyrå eller Kvartersakuten!

American Express Resebyrå

Specialresor/Inger Uppenberg

Birger Jarlsgatan 1
111 87 STOCKHOLM
Tel 08-24 81 65

Kvartersakuten

Göran Sjönell

Surbrunnsgatan 66
113 27 STOCKHOLM
Tel 08-729 10 00



Svar på Ingemar Hermanssons artikel i AllmänMedicin

LB 06328

Ingemar Hermansson, aktad distiktsläkare och kollega i Vilhelmina har tidigare i läkartidningen (nr 7, 1988) beskrivit sin uppfattning hur primärvården skall ledas. Vi kan instämma helt i många av hans synpunkter.

I AllmänMedicin nr 1, 1988 anger han sin syn på utvecklingen i Västerbotten och avråder unga skickliga entusiastiska allmänläkare att söka sig till Västerbottens län.

Då denna beskrivning, av verkligheten de senaste 3½ åren, icke stämmer överens med vår, skall vi göra vissa tillrättalägganden.

Inom Lycksele sjukvårdsdistrikt frågade man, hösten 1984, läkare på samtliga vårdcentraler med fast läkare, om de hade intresse av att bli basenhetschef. Man frågade vidare två unga FV-läkare som var i slutet av sin utbildning och som hade en viss anknytning till två vårdcentraler om de var intresserade av basenhetschefsfattning.

Enligt vad vi förstår var Ingemar Hermansson vid den tidpunkten i Jemen, men även han blev enligt vår sjukhusdirektör tillfrågad. Här står ord mot ord.

Resultatet av detta blev 1-års förordnande under 1985 – detta innan HSLO var fullt utbyggd – därefter 3-års förordnande för läkare i Malå, Sorsele, Storuman, Tärnaby, Dorotea och Lycksele. I Åsele fanns och finns icke ordinarie läkare och här är den sjuksköterskeutbildade föreståndaren även basenhetschef.

Vilhelmina är sålunda den enda vårdcentralen inom Lycksele sjukvårdsdistrikt med ordinarie distriktsläkare, där läkare ej har kunnat rekryteras till att vara basenhetschef.

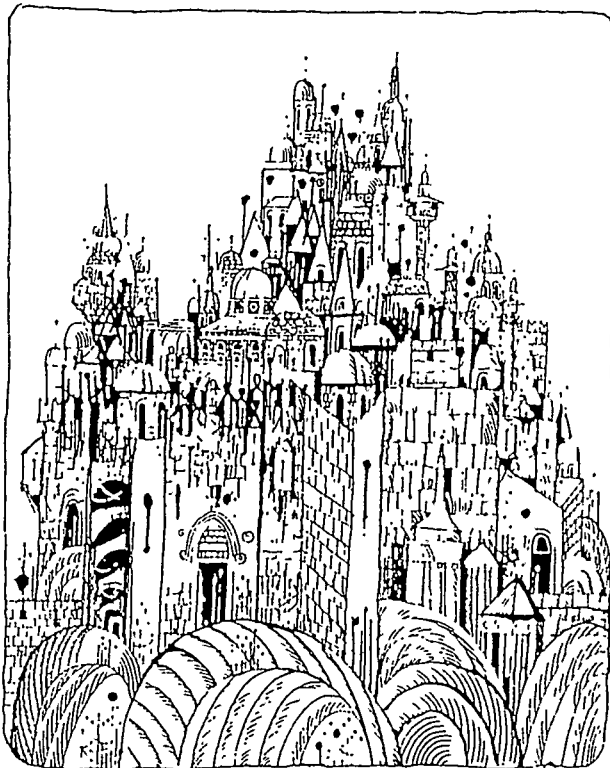
Vi tycker att vi har ett gott samarbete med direktionen för Lycksele sjukvårdsdistrikt och kan därefter endast tolka Ingemar Hermanssons aktuellt visade intresse för frågan så, att han under de senaste 1½ åren har ändrat sin uppfattning om hur en sjukstuga ska styras. Vi är alla helt eniga med honom om det önskvärda i att läkare är basenhetschef. Det är dock icke alla distriktsläkare som vill åta sig denna uppgift och man kan inte begära att Ingemar Hermanssons ändrade uppfattning skall medföra avsked av basenhetschef som har fått 3-års förordnande.

Vi välkomnar därför i stället våra unga skickliga kollegor att hjälpa oss med fortsatt utbyggnad av primärvården. Vi anser att vi har stora möjligheter att påverka vår arbetssituation och finner arbetet stimulerande.

Unga, äldre, skickliga och entusiastiska allmänläkare inom Lycksele sjukvårdsdistrikt, Västerbottens län.

Roger Hedman
Leif Måwe
Inge Lindahl
Sören Quist
Curt Made

Gunnar Hjernerstam
Per Olof Holm
Katrine Josefsson
Bent Skibdal



E. K. M. G.

The World Organization of National Colleges,
Academies and Academic Associations
of General Practitioners/ Family Physicians



12th WONCA WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE

Hosts: Israel Association of Family Physicians

'UNIVERSAL ISSUES
IN FAMILY MEDICINE'

Post-Conference

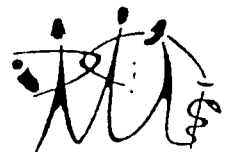
INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION
OF AGRICULTURAL MEDICINE & RURAL HEALTH

TIBERIAS, ISRAEL, 2 - 5 JUNE, 1989

FOR DETAILS PLEASE CONTACT YOUR COLLEGE/ ACADEMY or
The Secretariat, WONCA 1989

P.O.B. 50006, Tel Aviv 61500, Israel

Tel: (03) 654571 Tlx: 341171 KENS IL Fax 972 3 655674



JERUSALEM 28 MAY - 2 JUNE 1989

Medicinskt flyktingmottagande i en landsbygdskommun

Klinisk genomgång för tiden 19 november 1985–31 december 1986

GUNILLA BLIXTH · ANDERS JEPSSON · STAFFAN MJÖNES

För att få en uppfattning om väsentliga hälsoproblem hos asylsökande, sammanställdes undersökningsfynd och laboratoriefynd från den inledande hälsoundersökningen. Resultaten visar, att misshandel och tortyr är vanligt förekommande. Karies dominerar bland fysiska hälsoproblem medan infektioner utgör ett mindre väsentligt problem. Organisationen med en sköterska stationerad på flyktingförläggningen och i nära samarbete med främst primärvården, visade sig vara smidig och effektiv.

Nyckelord: Hälsokontroller, flyktingar, Timrå

Bakgrund

I likhet med de flesta andra kommuner i riket tar Sundsvalls och Timrå kommuner emot flyktingar efter avtal med Invandrarverket. Dessutom startade i november 1985 Statens Invandrarverk i Sörberge, Timrå en sk utredningsförläggning för asylsökande. Där skall de asylsökande vistas medan den polisutredning, som ligger till grund för beslut om uppehållstillstånd, äger rum. Vidare skall en sk inledande hälsoundersökning göras. Syftet med denna är, att inventera flyktingarnas behov av sjukvård, inbegripet smittsamma sjukdomar, och därmed också utgöra en introduktion till den svenska sjukvården. Därefter väntar flyktingarna på plats för permanent boende i olika kommuner.

Då förläggningen är belägen i Timrå primärvårdsområde föll det sig naturligt, att lägga ansvaret för hälsoundersökningarna på Timrå vårdcentral. Särskilda mottagningslokaler inrättades i en två-rums-lägenhet i förläggningen. En sjuksköterska med psykiatrisk specialutbildning stod för den omedelbara medicinska kontakten. Hon handlade självständigt provtagningen eller såg till att den ägde rum på vårdcentral eller sjukhus. Intresserade distriktsläkare och barnläkare engagerades för undersökningarna. Nära kontaktvägar fanns till vårdcentralen, barnläkare på BVC, barnkliniken, infektionskliniken och andra kliniker på Sundsvalls sjukhus.

Vi har velat göra en enkel sammanställning av de kliniska fynden och laboratoriefynden för att kartlägga sjukdomspanoramat bland de undersökta.

Undersökningsgrupp och metoder

Under studieperioden skrevs 498 personer in på förläggningen och 275 personer flyttade ut till kommuner eller andra förläggningar. Man skrev alltså in 37 flyktingar per månad och omsatte 20 stycken i genomsnitt. Fram till undersökningsperiodens slut hann man skaffa persondata och uppgift om nationalitet på 489 flyktingar. Dessa fördelade sig efter ålder och nationalitet enligt tabell I. De två största nationella grupperna kom från Iran och Chile. Såväl barnfamiljer som ensamstående yngre män var representerade, de senare vanligen från Iran.

De flesta var av medelklass; bland männen förhöll sig gruppen tjänste-

män, akademiker, egen företagare och fritt yrke till gruppen arbetare utan och med fackutbildning som 1,4:1. De flesta kvinnor var hemmafruar i hemlandet, men flera hade också varit tjänstemän, särskilt sekreterare.

Fram till undersökningsperiodens slut gjordes inledande hälsoundersökning på 427 personer. Flyktingarna intervjuades och undersöktes enligt formulär som kan erhållas från vårdcentralen i Timrå. Formuläret upprättades med ledning av förslag från Socialstyrelsen. Något försök att gradera karies gjordes inte. I de fall man såg utbredd karies noterades detta.

Resultat

Många över 16 års ålder hade blivit utsatt för systematisk misshandel eller tortyr i samband med polisförhör eller fängelsevistelse, ungefär 30% av de tillfrågade (tabell II).

Hos 108 av de 427 undersökta, dvs 25%, noterade vi avvikande fynd i status och/eller konstaterande kronisk sjukdom eller handikapp. En kortfattad översikt enligt diagnos ses i tabell III. Denna avser den primära bedömningen. Symptomfria bärare är ej medräknade.

Vi såg inga påtagliga SR-stegringar och endast två fall av anemi. Vidare såg vi fem HBsAG-positiva, varav samtliga var smittfria, samt en VDRL-positiv man. Vi såg vid fecesodling två fall av salmonella, ett fall av shigella samt ett fall av campylobacter.

Fecesparasitologiska fynd bestod mest av entamöba histolytica och giardia lamblia. De fördelade sig jämt efter nation (tabell IV). Övriga typer av parasiter var ascaris och i några fall strongyloides stercoralis, hakmask och taeniaarter.

Diskussion

Mest påtagligt i denna kliniska genomgång, är att en stor del av de vuxna blivit utsatta för systematiskt våld, och att de flesta uppger sig ha fått bestående psykiska och/eller fysiska symptom av detta. Då har vi enbart räknat med misshandel i förhørs- eller fängelsesituationer, ej tex batongslag av polis vid gatudemonstrationer. Därefter noterar man att många har karies. Vidare finns en stor andel som bär tarmpa-

Tabell I
Åldersfördelning efter ursprungsnation för flyktingar i Timrå 1985–1986

Nation	Ålder, år						Totalt
	0–6	7–15	16–19	20–29	30–39	40–	
Iran	55	25	8	98	42	13	241
Chile	33	34	9	54	36	7	173
Libanon	5	3	0	10	4	0	22
Irak	4	0	2	7	2	0	15
Övriga Asien	1	4	1	8	2	3	19
Övriga Latinamerika	5	4	1	5	4	0	19
TOTALT	103	70	21	182	90	23	489

Tabell II
Uppgifter om systematisk misshandel och tortyr efter nation bland flyktingar från 16 års ålder och däröver i Timrå 1985–1986

Land	Antal flyktingar	Andel misshandlade (%)
Iran	161	20
Chile	106	49
Libanon	14	17
Irak	11	0
Övriga Asien	14	67
Övriga Latinamerika	11	27
TOTALT	317	31

Tabell III
Undersökningsfynd samt kroniska sjukdomar och handikapp bland 427 flyktingar i Timrå 1985–1986

Sjukdomsgrupp	Antal fall
Infektionssjukdomar	3
Endokrina sjukdomar (däruv struma och hypotyreos)	16 (14+2)
Psykiska störningar	7
Sjukdomar i nervsystem och sinnesorgan (däruv öronsjukdomar)	13 (11)
Cirkulationsorganens sjukdomar	2
Andningsorganens sjukdomar	1
Matsmältningsorganens sjukdomar (däruv odontologiska åkommor)	47 (44)
Sjukdomar i urin- och könsorgan	2
Hudsjukdomar	5
Medfödda missbildningar	1
Symtom och ofullständigt preciserade fall och skador	4
Sjukdomar i rörelseapparaten	12
TOTALT	113

Tabell IV
Fynd av tarmparasiter efter nation

Nation	Antal flyktingar	Tarmparasiter		
		Giardia	Amöba	Annan
Iran	241	20	9	11
Chile	173	24	5	4
Andra länder	75	2	2	7
TOTALT	489	46	16	22

rasiter, men dessa flyktingar är som regel besvärsfria. I övrigt finns en provkarta på kliniska tillstånd, de flesta behandlingsbara. Enstaka bärare av shigella och salmonella sågs. Någon anledning att tro att de flyktingar vi ej hunnit undersöka, 14%, skiljde sig från de undersökta, finns ej.

Diagnosfördelningen tycks spegla vad man kan vänta sig hos människor av medelklass i storstäder i subtropiskt klimat, människor som utsatts för politisk förföljelse och ej i tillräcklig utsträckning haft tillgång till sjukvård och tandvård. Bilden stämmer väl med andra svenska rapporter om invandrare (1) och flyktingar (2) i fråga om infektioner. Vi har velat göra en bredare diagnostisk skildring. En stor andel av de somatiska fynden var bana-

Många flyktingar uppger sig ha bestående men efter misshandel men andelen med psykisk diagnos var liten. Detta torde bero på att flyktingarna var nyanlända till Sverige, just hade sluppit undan politisk förföljelse och såg ljus på sin situation.

I vad mån flyktingarnas ångest och psykiska traumatisering är tillgängliga för psykoterapi i någon form och vilken mån vi har möjlighet att ge sådan behandling är en öppen fråga. Att svår traumatisering har prognostiskt stor betydelse är väl känt från studier på koncentrationslägersfångar (3,4). Sannolikt finns utrymme för bredare insatser av krisbehandlingskaraktär, insatser som kan utföras av sjuksköterska och läkare med psykiatrisk utbildning. Det är dock svårt att starta ett psykiatriskt behandlingsarbete på människor som ännu inte fått en stadigvarande vistelseort i Sverige.

Andelen med karies är hög. Det är känt från andra studier på flyktingar (5) och invandrare (6,7,8,9) att karies-situationen ofta är allvarlig.

En liten andel var smittbärare, särskilt av salmonella. Dessa bör givetvis följas noggrant.

Vi tycker att organisationen med hälsoundersökningar i primärvården har fungerat utmärkt. En organisatorisk anknytning till primärvården med en aktiv BVC, MVC med preventivmedelsrådgivning, samt en nära öppen kanal till sjukhuset utgör en smidig modell för arbetet. En nyckelperson i detta arbete har varit sjuksköterskan, som varit specialintresserad och stationerad på förläggningen.

Vi ser ingen anledning att betrakta sjuklighet bland flyktingar som ett särskilt infektions-medicinskt område, allra minst ett isolerat tropikmedicinskt sådant. Tvärtom erbjuder primärvården ett allsidigt omhändertagande och en lämplig introduktion till sjukvården i Sverige. De största problemen bland flyktingar är inte av infektionsmedicinsk, utan av psykiatrisk och odontologisk natur. De tarmparasitoser som förekommer är lätt tillgängliga för diagnos och behandling. Patienter med andra infektions- och tropikmedicinska frågeställningar kan lätt remitteras till infektionsmedicinsk klinik eller skötas i samråd med denna.

Referenser

1. Arhammar G, Tjernström K, Esrek E. Health control of young male immigrants. *Scand J Infect Dis* 1971;3:59–63.
2. Stegmayr B, Lövestad A, Struwe I. Sjukdomspanorama hos båtflyktingar. Rapport från ett AMS-läger i Flen. *Läkartidningen* 1981;78:3397–9.
3. Eitinger L. Foreigners in our time: Historical survey on psychiatry's approach to immigration and refugee status. I: Eitinger L, Schwarz D (eds). *Strangers in the world*. Bern: Hans Huber publishers, 1981, pp 16–26.
4. Hocking FH. After the holocaust: Migrants who survived massive stress experiences. I: Eitinger L, Schwarz D (eds). *Strangers in the world*. Bern: Hans Huber publishers, 1981, pp 202–19.
5. Heidmann J, Christensen LB. Immigrants and a public oral health care service for children in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985;13:125–7.
6. Aurelius G, Lindström BA. A longitudinal study of oral health in immigrant children in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1978;6:264–8.
7. Widström E, Suksis – Jansson R. Dietary habits and dental health in 6 year old Finnish immigrant children in Sweden. *Swed Dent J* 1985;9:135–9.
8. Mjönes S, Koctürk T. Growth, nutritional status and infant mortality of Turkish preschool children. *Scand J Prim Health Care* 1986;4:183–90.
9. Mejäre I, Mjönes S. Dental caries in Turkish immigrant primary school children. *Acta Paediatr Scand*. In press.

Författarpresentation:

Gunilla Blixth är sjuksköterska vid Timrå primärvård, stationerad vid Statens Invandrarverks förläggning i Sörberge.

Anders Jeppsson är distriktsläkare vid Timrå Vårdcentral och primärvårdschef i Timrå.

Staffan Mjönes är överläkare vid barnkliniken, Sundsvalls sjukhus.

Postadress: Timrå vårdcentral, 861 00 Timrå

KOMMENTAR

480 6330

LARS ROMBO
ANNA PERSSON

Vi har erbjudits tillfälle att ge en kort kommentar till artikeln "Medicinskt flyktingmottagande i en landsbygds-kommun". I denna artikel presenterar författarna diagnoser man själva har ställt vid kontroll av flyktingar i primärvårdens regi. Eftersom man inte har påvisat någon stor andel flyktingar med infektionssjukdomar och anser att de tarmparasiter man funnit lätt kan behandlas så dras slutsatsen att också framtida flyktingkontroller bör ske inom primärvårdens ram. Med samma argumenteringsprincip borde man kanske hävda att psykiater och eller tandläkare istället skulle sköta kontrollerna eftersom "de största problemen bland flyktingar var av psykiatrisk och odontologisk natur".

Dessvärre ger inte artikeln argument varken för eller emot kontroller i primärvårdens regi eftersom den inte uppfyller ens mycket lågt ställda krav på redovisning. Också en kort artikel måste innehålla information om hur utfrågningen av flyktingar har skett. En aktiv utfrågning om tortyr fångelse ger helt annorlunda frekvenssiffror i jämförelse med om enbart spontana redogörelser tas med. Att inte ta med vilken provtagning som utförs (!) är i magaste laget. Om man inte har satt PPD och inte utfört lungröntgen kanske man inte heller finner några fall av TBC. Har man undersökt urin med avseende på hematuri? B-celler? B-Hb?? Beror det faktum att man bara funnit mindre än 1% flyktingar med "symptom och ofullständigt preciserade fall" på avsaknad av nyss nämnda prover?

Vi är överens med författarna att psykiska problem och karies är vanliga och viktiga bekymmer. Däremot anser vi inte att det är "en öppen fråga om flyktingarnas ångest är tillgänglig för terapi". Vi är angelägna om snabb kristerapi och använder mycket tid och arbete till att få detta till stånd.

Att flyktingarnas hälsa inte kan ses som ett "särskilt infektionsmedicinskt

eller isolerat tropikmedicinskt" område torde vara självklart för de flesta läkare – inklusive tropikmedicinskt utbildade sådana. Vi är också säkra på att de infektionsläkare som deltar i flyktinghälsokontroller ser längre än till sin egen specialitet. Vi anser att den som utför inledande hälsokontroller vid förläggningar framförallt bör ha ett intresse för flyktingar och flyktinghälsoproblem och att detta är oändligt mycket viktigare än vilken specialitet den engagerade läkaren representerar. Att vi på vår arbetsplats har tropikmedicinsk kompetens, att vi är extra måna om att utvärdera provtagningsrutiner och laboratoriefynd och att våra resultat sedan borde kunna ligga till grund för förändringar av provtagningsprogrammet är väl inte någon nackdel, eller hur?

Författarpresentation:

Doc Lars Rombo och Dr Anna Persson är anställda vid Roslagstull sjukhus flyktingmottagning i Stockholm som genomför ca 3 000 inledande hälsoundersökningar varje år.

REPLIK

Utformningen av de inledande hälsoundersökningarna vid förläggningen i Timrå bygger på "Allmänna råd från Socialstyrelsen 1985:5". Vi har i redovisningen angivit, att vi endast funnit 2 fall av anemi. Detta förutsätter, att vi tagit B-Hb. Vi hade kunnat ange tydligare vilka prover som tagits rutinmässigt:

B-Hb, LPK, B-celler, SR, TSH (endast barn under 1 år), PKU (endast barn under 1 år), VDRL, PPD 2 TU, HBsAG (på barn under 6 månader ytterligare ett prov 6 månader efter det första), feces: cystor och maskägg (2 prover) och odling salmonella, shigella, campylobacter, yersinia (2 prov), urin: protein resp socker.

Nyligen har vi reducerat provtagningen. SR, LPK, B-celler har tagits bort som rutinprov då de gett mycket litet. Frigjorda resurser utnyttjas för att följa upp de fynd som gjorts. Vidare tar vi numera endast ett fecesprov med avseende på cystor och maskägg samt en fecesodling.

Uppgifterna om tortyr bygger på frågan: "Har Du utsatts för tortyr?" När det gäller frågan om psykoterapi är frågan för oss om denna skall inledas under vistelsen på utredningsförläggningen, där den asylsökande endast förväntas vistas en kortare tid, eller om den skall påbörjas först då den asylsökande flyttat för stadigvarande vistelse i en kommun. I akuta fall har vi alltid ombesörjt att terapin påbörjats här, men i flera fall har detta lett till ett avbrytande av terapi och

byte av terapeut i samband med utflyttning. Eftersom vistelsetiderna på utredningsförläggningen ökat, har allt flera erbjudits psykiatrisk terapi här. Frågan är också i vilken utsträckning flyktingarnas ångest är åtkomlig för terapi. Vi måste inse, att orsakerna till ångesten inte är åtkomliga för behandling, vidare att en del flyktingar varit utsatta för så omfattande psykiska och fysiska traumata, att även en mycket kvalificerad psykoterapi kan vara otillräcklig utan måste kombineras med annan behandling, t.ex. sjukgymnastik. Vi ser detta i samband med omfattande tortyrskador. Självklart skall man alltid erbjuda hjälp. I samband med att vistelsetiderna på förläggningen har ökat, har vi nu också kunnat aktualisera frågan om ett pilotprojekt med en terapeut stationerad på förläggningen.

Vi anser att kardinalfrågan i det medicinska flyktingmottagandet är tillgänglighet och kontinuitet. Om flyktingarna skall känna sig välkomna måste sjukvårdsorganisationen finnas nära och kunna nås snabbt. Bortfallet i den inledande hälsoundersökningen kan då hållas lågt och det går att fördjupa kontakterna med dem som bäst behöver det. Det medicinska mottagandet får inte bygga på enstaka händelser. De viktiga problemen kommer ofta fram först efter upprepade kontakter. Det gäller särskilt problem av psykiatrisk natur, inte minst om sådana problem är tabubelagda i den kultur flyktingen kommer ifrån. Vi anser att primärvården är bäst skickad att sköta detta. Det finns heller inget i sjukdomspanoramat som talar för någon annan organisation. Intresse och noggrannhet förutsätter vi i allt patientarbete.

Gunilla Blixth
Anders Jeppsson
Staffan Mjönes

Prepulsid®

Janssen Pharmaceutica

Tabletter 5 mg och 10 mg, mixtur 1 mg/ml

Motilitetsstimulerande medel

R

A03A C03

Deklaration. 1 tablett 5 mg innehåller: Cisaprid. monohydr. respond. cisaprid. 5 mg, lactos. 75 mg, constit. q. s.
1 tablett 10 mg innehåller: Cisaprid. monohydr. respond. cisaprid. 10 mg, lactos. 110 mg, constit. q. s.

1 ml mixtur innehåller: Cisaprid. monohydr. respond. cisaprid. 1 mg, sacchar. 200 mg, conservans (methyl, parahydroxybenz., propyl. parahydroxybenz.), aroma, constit. q. s.

Egenskaper. PREPULSID innehåller cisaprid som ökar den peristaltiska aktiviteten i esofagus och kardiastinkterns tonus hos patienter med gastroesofagal reflux. Cisaprid ökar både kontraktiliteten och antroduodenal koordination och förbättrar härigenom tömning av ventrikeln. Vid funktionella tillstånd som resulterar i stas eller otillräcklig propuls av maginnehållet återställer cisaprid motiliteten.

Efter peroral tillförsel absorberas cisaprid snabbt och nästan fullständigt. PREPULSID bör intas 15 minuter före måltid för att nå optimal absorption och tillgänglighet. På grund av första passage-metabolism är biotillgängligheten 40–50%. Den farmakologiska effekten sätter in 30–60 minuter

efter tablettintag. Maximal plasmanivå nås inom 1–2 timmar och steady state uppnås inom 2–3 dagar. Den terminala halveringstiden är ca 10 timmar. Plasmaproteinbindningsgraden är ca 98%.

Cisaprid metaboliseras i stor utsträckning i levern. Metaboliterna utsöndras till lika delar via faeces och urin. Oförändrad cisaprid utsöndras renalt i mindre än 1% och i 4–6% via faeces.

Vid nedsatt lever- eller njurfunktion bör initialt halva den normala dosen ges. Därefter anpassas dosen med avseende på effekt och eventuella biverkningar.

Indikationer. Tillstånd relaterade till motilitetsstörningar i mag-tarm kanalen såsom gastroesofagal reflux, för-

långsam ventrikeltömning och intestinal pseudo-obstruktion.

Graviditet. Kategori B:1. Se speciellt avsnitt märkt [G].

Amning. Cisaprid passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

Biverkningar. Övergående magknip, borborygmi och diarré kan förekomma. Lätt, övergående huvudvärk och yrsel har rapporterats i enstaka fall. Vid diarré hos små barn bör dosen reduceras.

Dosering. *Vuxna:* Normaldosering är 5–10 mg 3–4 gånger dagligen vanligen i 4–8 veckor.

Barn: Normaldosering är 0,2 mg/kg 3–4 gånger dagligen. PREPULSID bör intas 15 minuter före måltid.

Interaktion. Cisaprids stimulerande effekt på ventrikeltömning kan påverka absorptionen av andra perorala läkemedel. Patienter som behandlas med antikoagulantia

bör kontrolleras med avseende på koagulationstid en vecka efter in- och utsättning av PREPULSID. Även för andra individuellt titrerade läkemedel kan dosen behöva kontrolleras i samband med PREPULSID-behandling. Antikolinergika motverkar till stor del cisaprids stimulerande effekt på gastrointestinal motilitet. Cimetidin hämmar metabolismen av cisaprid. Denna interaktion torde dock vara av begränsad klinisk betydelse.

Förpackningar och priser. Tabletter 5 mg (vita, runda, något välvda, Ø 7 mm, ena sidan

med skåra märkt CIS/5, andra sidan märkt JANSSEN).

25 tabletter (blister) 63:30

100 tabletter (blister) 219:50

Tabletter 10 mg (vita, runda, något välvda, Ø 8 mm, ena sidan med skåra märkt CIS/10, andra sidan märkt JANSSEN).

25 tabletter (blister) 114:50

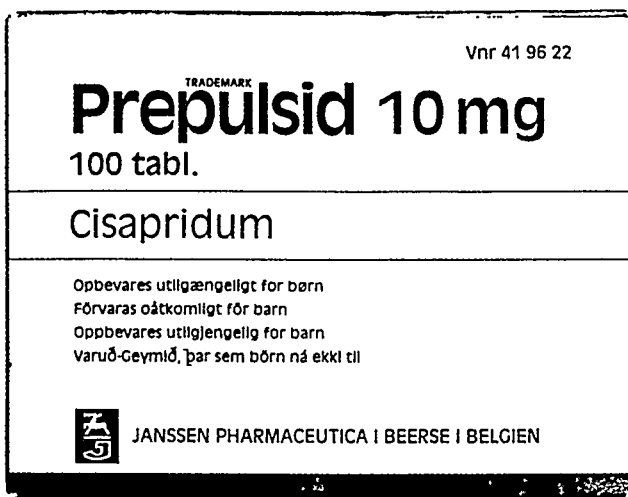
100 tabletter (blister) 425:60

Mixtur 1 mg/ml (vit mixtur med körsbärssmak)

200 ml (flaska med dosmått) 105:60

Tillverkare. Janssen Pharmaceutica.

Ombud: Janssen Pharma AB, Box 5052, 421 05 Västra Frölunda, telefon 031-29 00 94. Maj 1988.



JANSSEN PHARMA AB

Experter på gastrointestinal motilitet.

Box 5052, 421 05 Västra Frölunda, telefon 031-29 00 94.



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ

Läkemedelsinformationscentraler finns i Lund och Huddinge. Det byggs nu upp liknande enheter vid landets universitetssjukhus och vid regionssjukhuset i Örebro. Läkemedelsinformationscentralen besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive informationscentral. Frågor och svar lagras sedan i databasen Drugline. Du kan själv ringa upp och ställa frågor direkt. För att ge ökad spridning av de frågor/svar, som behandlats vid läkemedelsinformationscentralen, kommer jag att i ALLMÄNNMEDICIN publicera några frågor som kan intressera läsekreten. Har Du synpunkter på vilka ämnen som jag ska ta upp i denna spalt skriv till distriktsläkare Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg.

Fråga:

En tidigare helt frisk 35-åring har fått en blödning i ögonbotten och man avser att ge behandling med Cyklokapron (tranexamsyra). Finns det anledning att rutinemässig kontrollera koagulationsfaktorer hos patienter som behandlas med Cyklokapron?

Svar:

Cyklokapron innehåller tranexamsyra, som är en fibrinolyshämmare. Den verkar genom att minska plasmins och plasminogens affinitet till fibrin. Behandling med Cyklokapron leder på så sätt till minskad nedbrytning av fibrin. Tranexamsyra används vid fibrinolytiska blödningstillstånd som kan förekomma i kliniska situationer med stimulering av aktiveringsmekanismen. Klinisk effekt anges ha visats vid bland annat primär menorrhagi, urinvägsblödningar, blödning från magsäcken eller nedre gastrointestinalkanalen, svåra näsblödningar samt vid vissa traumatiska ögonblödningar. Biverkningar av tranexamsyra är sällsynta med undantag av gastrointestinala besvär som illamående och diarré.

Några uppgifter om att rutinemässig kontroll av koagulationsfaktorer skulle vara indicerad vid behandling med tranexamsyra har inte påträffats i litteraturen.

Fråga:

En kvinna född 1918 har på grund av nyligen debuterat förmakslimmer fått behandling med Lanacrist (digoxin) 0.25 mg $\times$ 1, Lasix (furosemid) 40 mg $\times$ 1 samt Tenormin (atenolol) 50 mg $\times$ 1. Lasix är det preparat som insatts senast. Strax efter insättande av Lasix utvecklade patienten petechiellt exantem på underbenen. Kan detta vara en biverkan av Lasix?

Svar:

Några uppgifter om purpura vid behandling med atenolol har inte påträffats i referenslitteraturen. Atenolol, liksom andra betablockerare kan ge upphov till psoriasis-liknande hudförändring. Till Socialstyrelsens biverkningsregister finns ett flertal hudbiverkningar i samband med atenolol-behandling anmälda: exantem, erythrodermi, erytema multiforme, psoriasiform eruption, dermatit, urtikaria och eksem. Furosemid kan ge upphov till trombocytopen purpura men även icke-trombocytopen, vaskulär purpura. Några allmänna synpunkter på korsreaktioner mellan olika diuretika avseende läkemedelsinducerad purpura framkommer ej i referenslitteraturen.

Fråga:

Skall man hos patienter med låga s-folat-värden i samband med fenytoinbehandling sänka dosen fenytoin eller substituera med folsyra?

Svar:

Folatbrist i samband med antiepileptikabehandling är relativt vanlig. Låga värden av s-folat ses vanligtvis vid multipelbehandling framför allt om terapin innehåller fenytoin. Utvecklingen av subnormala folatkonzentrationer beror inte på vare sig dosen fenytoin, serumkonzentrationen av fenytoin eller på durationen av antikonvulsiv terapi. Hos en del patienter kan man i samband med folsyrasubstitution se en sänkning av fenytoinkonzentrationen och därigenom en försämring av krampkontrollen. Har patienten med låga s-folatvärden samtidig makrocytär anemi finns indikation för folsyrasubstitution.

Fråga:

En kvinna född 1935 behandlas sedan någon månad med Thacapol (tiamazol) på grund av hyperthyreos. Förutom substitution med Levaxin har patienten inga andra läkemedel. Patienten är kliniskt euthyreoid. Sedan någon vecka har patienten förlorat smaken. Patienten har ingen glossit. Laboratorieprover är alla utan anmärkning: ingen agranulocytos, thyreoidaprover u.a. Kan Thacapol ge smakförlust?

Svar:

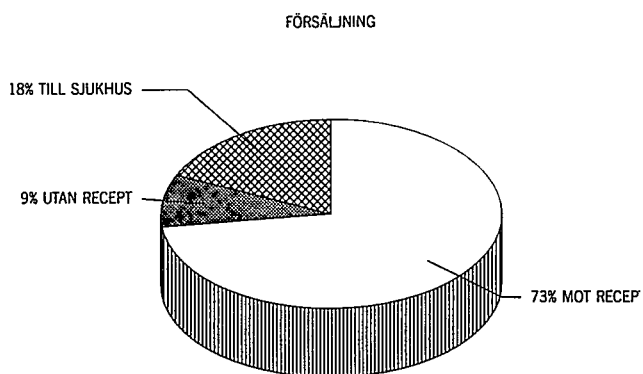
I den genomgångna referenslitteraturen återfinns ett flertal fallbeskrivningar med patienter som fått smakförlust (agusi) till följd av behandling med tiamazol. Liknande har också rapporterats för karbimazol. I några fall har behandling med tiamazol även gett påverkan på luktsinnet. Smakförlusten har uppträtt i nästan samtliga fall efter cirka fyra veckors behandling. Sedan läkemedlet utsatts normaliserades smaken i nästan samtliga fall snabbt men i något enstaka fall har förändrad lukt och smak kvarstått lång tid efter det att behandlingen upphört. Mekanismen bakom den observerade biverkningen är oklar. Sannolikt är orsaken en direkt påverkan på smaklöskarna. Man har föreslagit att thyrostatikas förmåga att bilda komplex med zink och koppar kunde vara en förklaring. Zink behövs nämligen för syntesen av gustin, ett protein nödvändigt för smaklöksfunktionen. Hypotesen stöds av en fallbeskrivning där smakstörning under tiamazolbehandling normaliserades under zinkterapi.

Läkemedel och pengar

INGEGERD AGENÄS

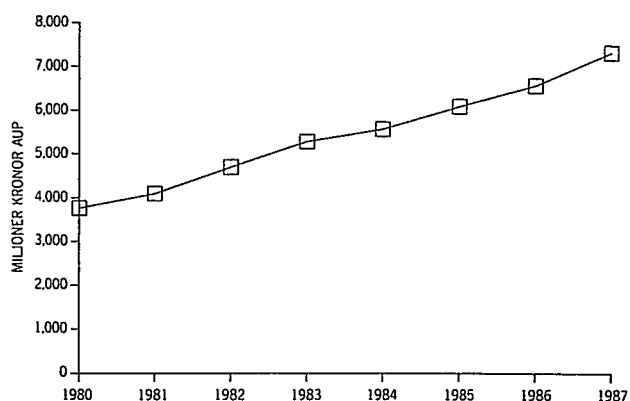
Under 1987 såldes läkemedel för 7,3 miljarder kronor på de svenska apoteken. Fördelningen till sjukhus, patienter mot recept och utan recept (egenvård) framgår av nedanstående bild.

APOTEKSBOLAGETS LÄKEMEDELSFÖRSÄLJNING 1987
FÖRDELAD PÅ TYP AV FÖRSÄLJNING



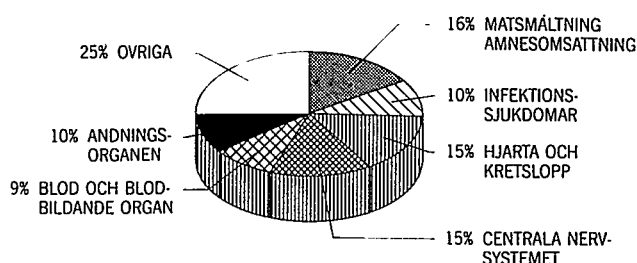
Utvecklingen av läkemedelskostnaden under 80-talet ser ut så här (löpande priser). Samtidigt har läkemedelskostnadens andel av sjukvårdskostnaderna varit oförändrad, ca 8 procent.

TOTALA LÄKEMEDELSKOSTNADEN I SVERIGE



Vilka läkemedel är det som står för kostnaderna?

LÄKEMEDELSKOSTNADERNA 1987
FÖRDELDE PÅ ANATOMISK HUVUDGRUPP



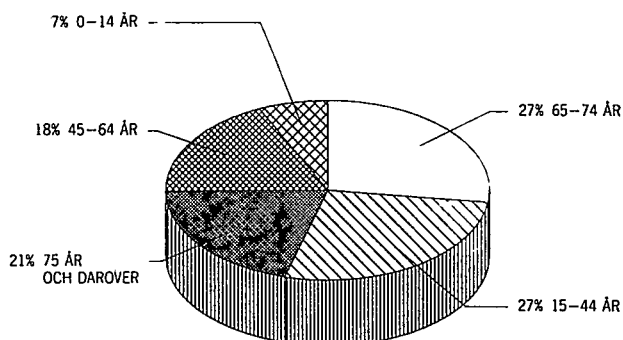
Vilka patienter får läkemedlen?

Kvinnor mer än män!

Kvinnorna, som utgör 51 procent av befolkningen, svarar för 55 procent av kostnaderna för receptförskrivna läkemedel och 61 procent av recepten. Könsfördelningen för läkemedel i slutenvård och för inköp utan recept är inte känd. Men kvinnor är i majoritet bland apotekskunderna.

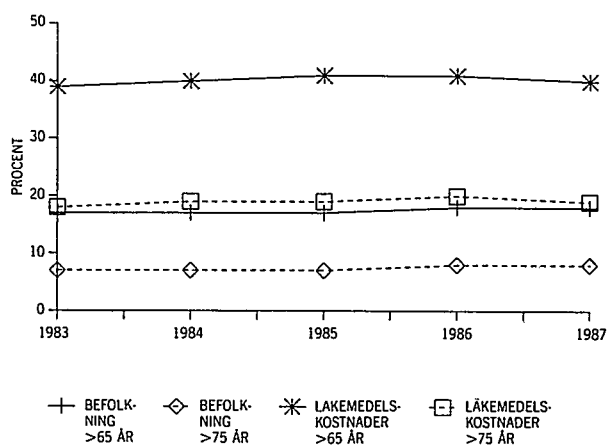
Äldre mer än yngre!

ANTALET LÄKEMEDELSPOSTER 1987
FÖRDELDE PÅ ÅLDSGRUPPER



Andelen av läkemedelskostnaden som går till äldre står i viss relation till de äldres andel av befolkningen.

ANDEL AV TOTAL LÄKEMEDELSKOSTNAD ÖPPEN VÅRD OCH
TOTALT INVÅNARANTAL FÖR PERSONER 65 RESPEKTIVE 75 ÅR OCH DÄRÖVER



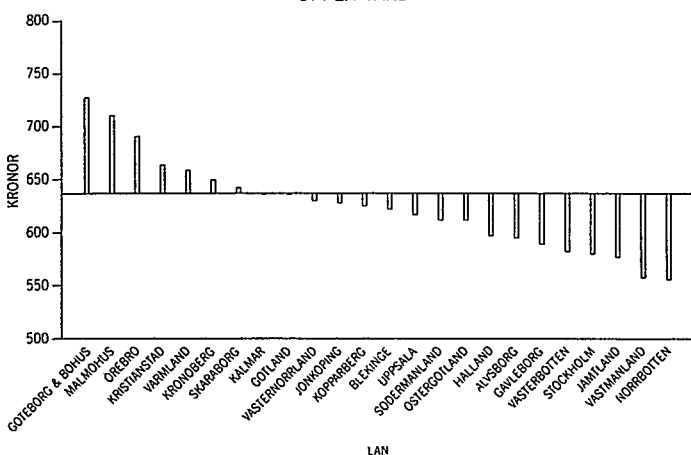
Långtidssjuka mer än friska!

Vissa sjukdomar har stor genomslagskraft i läkemedelsnotan. Så tex svarar de 2,8 procent av befolkningen i Tierp, som har diabetes, för ungefär 10 procent av alla recept som expedieras i Tierp (1). Svenska kartläggningar av motsvarande slag finns inte för andra sjukdomar. Enligt en uppgift åtgår hälften av sjukvårdskostnaderna till vård under människors sista levnadsår (2). Det är inte känt hur motsvarande uppgifter på läkemedelsområdet ser ut, däremot vet vi att 5 procent av befolkningen svarar för 1/3 av recepten.

Skåningar mer än jämtar!

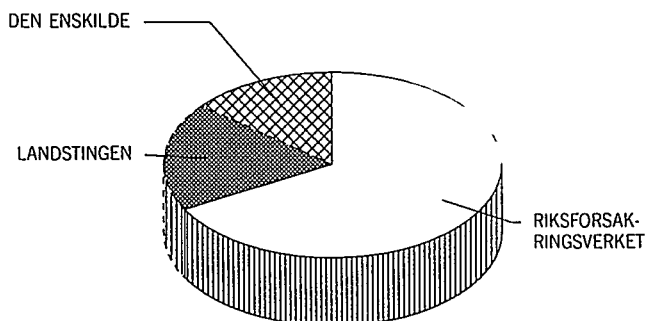
Läkemedelskostnaden i olika delar av landet.

LÄKEMEDELSKOSTNAD PER KAPITA 1987
ÖPPEN VÅRD



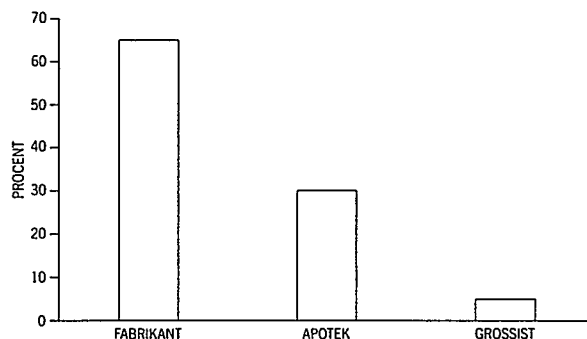
I den här bilden har hänsyn inte tagits till andelen äldre i de olika länen. Andelen äldre har betydelse för nivån på läkemedelsanvändningen (3). Det förtjänar att påpekas att länet med högst andel äldre – Jämtland 20,6 procent – ligger klart under riksgenomsnittet i kostnad per kapita.

Vem betalar?



Vart går pengarna?

ANDEL AV LÄKEMEDELSPRISET I ÖPPEN VÅRD



1. Isacson Dag, Stålhammar Jan: Prescription drug use among diabetics – a population study.
2. Tibblin Gösta: Medicinskt magasin, nr 2, 1988.
3. Brodin Håkan: Regional variations in pharmaceutical consumption in Sweden.

Övriga uppgifter: Källa Apoteksbolaget

Extemporeläkemedel

BO GUNNARSSON · I LARS G NILSSON

Läkemedel som tillverkats extempore inom Apoteksbolaget är preparat som bör väljas endast då motsvarande preparat inte finns tillgängliga som standardberedningar. Apoteken kan hjälpa till att välja standardberedda läkemedel som är jämförbara med olika extemporeläkemedel.

Extempore = Orphan Drugs

De läkemedel som finns tillgängliga som standardberedningar ger goda möjligheter att behandla de flesta sjukdomar. För ovanliga sjukdomar och i vissa speciella situationer saknas dock läkemedel på den svenska marknaden. I dessa fall har extemporeläkemedlen en stor betydelse och är att jämföra med vad som i USA brukar kallas Orphan Drugs (föräldralösa läkemedel).

I Sverige tillverkas extemporeläkemedel endast av Apoteksbolaget. Det sker i centrala anläggningar och på vissa större apotek. Det är värt att notera att förskrivande läkare ansvarar för den medicinska och Apoteksbolaget för den farmaceutiska ändamålsenligheten för dessa läkemedel.

Det finns framförallt tre skäl till att välja extempore framför ett standardförpackat läkemedel:

- Den aktiva substansen som behövs för att behandla sjukdomen finns inte tillgänglig i någon farmaceutisk specialitet.
- Den beredningsform som man önskar använda finns inte tillgänglig. Man kan t ex behöva en injektionslösning eller en rektal beredning medan enbart orala beredningar finns registrerade.
- Någon lämplig styrka finns inte tillgänglig på marknaden. Det kan t ex vara att man behöver en särskild barndosering eller en särskilt hög dosering av något läkemedel.

De flesta välmotiverade extemporepreparaten faller inom någon av de tre kategorierna ovan.

Lagerberedda extemporepreparat

Extemporeläkemedel som ofta förskrivs av många läkare över hela landet finns färdiga på apoteken i form av lagerberedningar. Dessa beredningar har flera fördelar framför de rena extemporepreparaten. De är t ex bättre dokumenterade både farmaceutiskt och medicinskt, de har en säkerställd hållbarhet och de har en komposition som bygger på många läkares gemensamma uppfattning samt på laboratoriestudier. Det är därför angeläget att läkare försöker att använda dessa lagerberedningar framför mycket snarlika rena extemporepreparat. Upplysningar om vilka lagerberedningar som finns att tillgå kan man få genom närmaste apotek.

En mer utförlig genomgång av extemporepreparaten och deras ställning i terapin har publicerats i Läkartidningen (Läkartidningen, 83, 45, pp. 3829–3830, 1986).

Det råder inget samband mellan dyslexi och bristande synfunktion hos skolbarn

GUNILLA CERNERUD

Det finns stor anledning ta avstånd från de påståenden om ett samband mellan läs- och skrivsvårigheter och synproblem som framförts i AllmänMedicin. Funderingar om sådana samband förekommer av och till, men har aldrig fått något stöd i den vetenskapliga litteraturen. I stället för att rekommendera svagt positiva glas för elever med dyslexi, en åtgärd som är meningslös, bör man stödja skolan i adekvata pedagogiska synsätt på elever med denna handikappgivande funktionsnedsättning. Målet bör vara att skapa ett gynnsamt pedagogiskt klimat för elever med dyslexi och undvika sekundära neurotiska pålagringar. Skolhälsovården kan härvid spela en viktig roll genom att ge föräldrar och elever ett adekvat synsätt på dyslexi.

Nyckelord: Dyslexi, synstörningar, skolhälsovård, skolbarn, debatt.

Med anledning av artikeln "Finns det ett samband mellan läs- och skrivsvårigheter och synproblem hos skolbarn?" under vinjetten Skolhälsovård i nummer 1/1988 av denna tidskrift finns anledning göra en del kommentarer om dyslexi i allmänhet och om nämnda artikel i synnerhet.

Man brukar skilja mellan specifik dyslexi och sekundär dyslexi. Specifik dyslexi gavs 1968 en internationell definition: "Svårigheter att lära sig läsa och skriva trots konventionell instruktion, tillräcklig intelligens och socio-kulturella möjligheter." En annan definition framfördes 1983 i den ansedda vetenskapliga tidskriften *Developmental Medicine and Child Neurology*: "Ett barn med dyslexi är ett barn med bristande bokstavstalang". (1) Specifik dyslexi uppvisar en klar hereditet, amnestisk i 80% av fallen.

Vid sekundär dyslexi menar man däremot att psyko-sociala faktorer, låg intelligens, hjärnskador (ex MBD), dåliga skolförhållanden, hörselskador eller synskador är de bakomliggande orsakerna. Med synskador menas dock alldeles speciella defekter och inte problem av den arten som behandlas i artikeln av Palmborg-Zetterström-Sjönell.

Läsaren bibringas inledningsvis den uppfattningen att synsvårigheter och refraktionsfel är samma sak. Refraktionsfel betyder brytningsfel såsom myopi, hyperopi, astigmatism eller kombinationer av dessa och kan leda till synsvårigheter. Synsvårigheter kan också ha sin orsak i en hel mängd andra ögonåkommor. Vidare är det i högsta grad felaktigt att dyslexi och synproblem hittills skulle ha avhandlats endast i ringa omfattning. I Norden finns några utmärkta vetenskapliga undersökningar (2,3). Dessa undersökningar visar klart att refraktionsfel eller andra ögonrubbingar förekommer i samma frekvens bland dyslektiska barn som bland normalläsande barn. I USA finns ett mycket stort antal medicinska undersökningar publicerade angående synfunktion och dyslexi och samtliga visar entydigt att inget orsakssamband föreligger mellan bristande synfunktion och dyslexi (4,5). Bristande synfunktion kan däremot ge upphov till astenopiska besvär såsom dubbelseende, suddig text, ögonvärk, sveda, tårflöde.

Eftersom läsningen hos dyslektikern är så koncentrationskrävande kan astenopiska besvär uppkomma även av lättare synfel och också utan att något synfel alls föreligger. Hos barn med dyslexi bör man därför vara liberalare med att behandla även lättare synfel, inte därför att man kan påverka dyslexin som sådan, men man kan kanske hjälpa barnet att lättare orka med läsövningarna. Självklart måste man dock först ha diagnostiserat avvikelser som är värda att benämnas synfel. Till synfel hör absolut inte en refraktion på + 0,5 eller + 1,0 hos ett barn i 10–13 årsåldern.

Kommentarer angående Palmborg-Zetterström-Sjönells pilotstudie

Den första invändningen gäller valet av kontrollgrupp. Genom att välja de goda läsarna bland eleverna som kontrollgrupp kan man förvänta sig en viss överrepresentation av myopi i denna grupp. Dessa elever har dock varit duktiga läsare redan innan deras myopi debuterade. Det är alltså inte myopi i sig som gör dem till goda läsare. Enligt min mening kan man också förvänta sig ökad frekvens av ren emmetropi (+–0) bland dessa elever, det vill säga eleverna är redan "på väg åt det myopa hållet". Kontrollgruppen

borde alltså ha utgjorts av slumpvis utvalda elever. Vad man framför allt kan kritisera i studien är dock kriteriet på hyperopi. I denna åldersgrupp är endast refraktionsvärden $\geq + 2,0$ dptr värda att benämnas hyperopi ur klinisk synvinkel. I den vuxna befolkningen ligger refraktionsfördelningens maximum på + 0,5 och de allra flesta vuxna uppvisar en spridning mellan +–0 och + 1,5. Barn i 10–13 års åldern bör alltså normalt ligga ännu något mer åt det hyperopa hållet. Refraktionen går nämligen åt det myopa hållet under uppväxten. Eleverna i denna dyslexigrupp uppvisar fullständigt normala refraktionsförhållanden så vitt finns redovisat. Man nöjer sig ju med att ange över + 0,75 och delar inte upp denna grupp vidare.

När det gäller mätningen av ackommodationsamplituden eller hellre ackommodationsvidden så skall man ha klart för sig att ackommodationsförmågan varierar med allmäntillståndet. Man fann ju också hos en elev med dyslexi att ackommodationsvidden inte kunde fastställas på grund av bristande medverkan (koncentrationssvårigheter). Vidare bör nämnas att det finns ett förhållande mellan ackommodation, konvergens och forier/tropier. Detta förhållande kan påverkas i positiv eller negativ riktning genom att ändra på ackommodationsbehovet genom att ge positiva glas.

I diskussionen drar författarna slutsatsen att denna pilotstudie stöder misstanken att läs- och skrivsvårigheter kan samverka med synproblem. För det första visar denna studie endast normala förhållanden hos dyslexibarnen och för det andra säger samvariation inget om orsak och verkan. Jag påstår att det är nonsens att tro att dessa svaga glas på + 0,5 eller + 1,0 till ett barn med en ackommodationsvidd på 10–14 dptr skulle ha annat än placeboeffekt. Suggestionens makt är dock stor och om en så viktig person som läraren tillsammans med en "expert" som optikern menar att barnet kommer att läsa bättre med ett par glasögon som dessutom har kostat föräldrarna (och skattebetalarna) åtskilliga hundralappar så är det klart att barnet tycker sig ha blivit hjälpt.

Artikelförfattarna föreslår vidare att man bör gå vidare med en större undersökning. Det finns föga anledning här till! Tillräckligt många medicinskt vederhäftiga undersökningar både i Norden och internationellt

finns redan publicerade angående dyslexi och synproblem. (2,3,4,5). Samtliga undersökningar ger samma entydiga resultat: synfel förekommer inte i högre frekvens hos dyslektiker jämfört med normalpopulationen och synfel orsakar inte dyslexi.

Elever med dyslexi bör få sitt handikapp diagnostiserat och erkänt. Samtliga elever med dyslexi bör om möjligt undersökas av ögonläkare. Till optikers befogenheter hör inte att behandla dyslexi! Inte ens i samråd med speciallärare. Fynden vid ögonundersökningen såsom visus, refraktion och ortoptiskt status bör bedömas ur synfysiologisk synvinkel av en medicinskt skolad person. Denna utbildning har inte optiker. Inom undervisningen får man försöka kringgå svårigheterna. I stället för skriftligt undervisningsmaterial kan lämpligen katedrala föreläsningar, bandspelare och bildmaterial utnyttjas.

Specifik dyslexi är en så kallad "developmental disorder" i hjärnan, det vill säga en defekt i språkcentrum. På detta område finns numera en hel del neurofysiologiska forskningsresultat. (6, 7).

Vad Palmborg-Zetterström -Sjönell hävdar i sin artikel är definitivt inget nytt. Det är gammal skåpmat som plockats fram och för att åter igen förkastas!

Avslutningsvis vill jag också påpeka det förrädiska i att presentera undersökningen under rubriken skolhälsovård. Författarna är inte knutna till Stockholms skolhälsovård. Den medicinska expertisen vid Stockholms skolförvaltning tar avstånd från de synsätt som Palmborg-Zetterström-Sjönell torgför.

Referenser

1. Levy HB. Developmental Dyslexia- A Talent Deficit. Dev Med and Child Neurol. 1983;25:691-2.
2. Norn MS, Rindziunski E, Skydsgaard H. Ophthalmologic and Ortoptic Examinations of Dyslectis. Acta Ophth 1969;47:147-60.
3. Aasved H. Ophthalmological Status of Schoolchildren with Dyslexia. Eye 1987;1:61-8.
4. Metzger RL, Werner DB. Use of Visual Training for Reading Disabilities: A Review. Pediatrics 1984;73:824-9.

5. Committee on Children with Disabilities of the American Academy of Pediatrics and Ad Hoc Working Group of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus and American Academy of Ophthalmology: Learning Disabilities, Dyslexia and Vision. Pediatrics 1984;74:150-1.
6. Gescwind N, Galaburda AM. Cerebral Lateralization. Biological mechanisms, associations and pathology: A hypothesis and program for research. I, II, III. Arch. Neurol. 1985;42:427-59 (I), 521-52 (II), 634-54 (III).
7. von Euler C. Den neurologiska bakgrunden till specifika läs- och skrivsvårigheter. I Läsproblem, fem uppsatser om barns lässvårigheter. Stockholm: Meddelande från Institutionen för Nordiska Språk vid Stockholms Universitet, MINS nr 23, 1987.

Författarpresentation

Gunilla Cernerud är specialist i oftalmiatrik. Hon är knuten till Stockholm skolförvaltning som ögonläkare och skolläkare.

Postadress: Skolhälsovårdsbyrån, Box 22007, 104 22 Stockholm

REPLIK

LB0 6332

BIRGITTA PALMBORG

Gunilla Cernerud har redogjort för den medicinska synen på dyslexi. Hon ser företeelsen som en "handikappgivande funktionsnedsättning" (som ibland kan väntas växa bort). Den psykologisk-pedagogiska riktningen inom detta forskningsområde har ägnat det hjärnpatologiska förloppet mindre uppmärksamhet. Man bestrider inte att organiska defekter i hjärnan i en del fall kan anses vara bidragande orsaker till uppkomsten av lässvårigheter, men man anser att huvudorsakerna till en underutveckling av läsförmågan till största delen är att söka på annat håll.

Ett stort antal forskare har funnit att det är sällsynt med en enda orsak till lässvårigheter hos den enskilda individen. Ett av hindren för en god läsutveckling kan utgöras av synproblem. Vår internationellt mest kände forskare på området, professor Eve Malmquist, skriver (1) "Åtskilliga studier har visat, att sådana syndefekter som hypermetropi och olika former av heterofori är vanligare bland dåliga läsare än bland andra grupper av läsare". Han stöder sig på Robinson (2), Eames (3), Betts (4) m fl. Hur kan Cernerud få det till att "funderingar om sådana samband aldrig fått något stöd i den vetenskapliga litteraturen"?

Gunilla Cernerud har alldeles rätt i att läs- och skrivsvårigheter ibland är en ärftlig svårighet. Jag var själv ett

sådant barn som inte kunde tillägna mig kunskaper från böcker förrän i 10-års åldern. Två av mina tre barn hade mina svårigheter att läsa avspänt och stava väl. Att den ene hade stort behov av plusglas upptäcktes inte förrän han misslyckats slutgiltigt i gymnasiet. När han var nio år hade skolsköterskan misstänkt att han hade ögonproblem, så han skickades till skolögonläkaren i Stockholm som förklarade att "inte var det något fel på ögonen". När han vid 17 års ålder fick +1 glas var det en stor lättnad för honom att se hur mycket längre han orkade läsa. Han hade ju trott att han var "dum i huvudet".

Min yngsta hade länge helt vägrat att läsa böcker. I årskurs sju fick hon samtidigt med brodern glasögon +1. Det var ett stort läsbehov som hon då plötsligt orkade tillfredsställa. På tre veckor läste hon 18 böcker. Hade det inte varit bättre om hennes behov av läsglas hade upptäckts i årskurs 1?

Cernerud skiljer hårt på specifik dyslexi och sekundär dyslexi. I skolans vardag hör man bara lärare tala i termer som "Han har dålig läsförståelse" eller "Hon stavar så illa att jag inte förstår hur hon någonsin skall kunna lära sig engelskan". I skolan finns ingen som kan ställa en diagnos på om det är fråga om sekundär eller specifik dyslexi. Vi i skolan vill bara pröva alla framkomliga vägar för barnen. För några av barnen verkar läsglasögon underlätta ett avspänt skolarbete.

Cernerud förefaller att tro att lärare kan lura elever att bära glasögon. Så

stort inflytande har vi inte. De flesta barn vill naturligen inte ha glasögon. Kamraterna retas även nu för att man bär glasögon. Dessa barn har dåligt självförtroende och visar sällan någon glädje över att få glasögon.

Den maskinskrivningslärare som det här är fråga om, ser eleven bara en lektion i veckan. Om elever trots detta anstränger sig att komma ihåg sina glasögon och använder dem på lektionerna flera år efter att undervisningen i maskinskrivning upphört, måste det bero på att de verkligen tycker att arbetet går lättare när de inte behöver ackommodera så mycket.

Jag kan ge Cernerud namnet på många sådana elever. Varför skulle de inte få chansen att arbeta mera avspänt? Svenska föräldrar kostar ju på sina barn rätt mycket. Varför kan de inte få pröva glasögon när hyperopi eller heterofori av smärre svårighetsgrader konstateras av en välutbildad optiker? Lärare kan ju inte föreslå föräldrar att ta kontakt med en ögonläkare om man vet att de som Cernerud tycker att "endast refraktionsvärden > +2,0 dptr är värda att benämnas hyperopi" ur klinisk synvinkel. Samtliga barn med läs- och skrivsvårigheter undersöks ju inte rutinmässigt av ögonläkare.

Varför kan inte lärare få samråda med kunniga optiker som visat sig kunna hjälpa elever? I den övriga vetenskapliga världen håller man sig ju inte så hårt bara till en yrkesgrupps kunnande. Man måste söka göra tvärvetenskapliga sidoblickar för att

komma någon vart, men Cernerud har skyggslappar, det är katastrofalt, speciellt för ögonläkare.

Referenser

1. Malmquist E. Läs- och skrivsvårigheter hos barn. Lund: Liber Läromedel. 1977; 109.
2. Robinson H. Visual Efficiency and Reading Status in the Elementary School, Clinical Studies in Reading III. (Utg H Robinson och H Smith). Univ of Chicago Press, Chicago, Suppl Ed Mon, 1968; 97: 49-65.
3. Eames T. Visual Handicaps to Reading. The Psychology of Learning and Reading Difficulties (utg A Solan). New York. 1973; 101-31.
4. Betts E A. Foundations of Reading Instruction. Rev uppl. New York 1963.

Bästa Gunilla Cernerud!

Din brist på generositet och Dina inskränkta naturvetenskapliga argument är sorgliga att ta del av. Dock bidrar de till att öka min förståelse för hur det kommer sig att vi läkare av och till inte är väl sedda bland andra icke naturvetenskapliga forskare.

Att som Du sätta sig på höga hästar och försöka stoppa ansvarsfulla, engagerade forskare, ser mycket illa ut. Dessutom kan ifrågasättas om Du inte missbrukar Din ställning i Stockholms skolförvaltning. Måhända är det så att Du är rädd för att vi har rätt – att optikern har rätt och oftalmologen fel.

För tänk, Gunilla Cernerud, om du och Dina referenter, som enligt Din uppfattning är världsmästare på brytningsfel och lässvårigheter, tänk om ni har fel!!! Har du besinnat den möjligheten? – Jag har det!

Göran Sjönell

Med dr, distriktsöverläkare

Kontinuitetsmätning i en vårdlagsmodell

rapport från Brickegårdens vårdcentral, Karlskoga

PETER BAECKSTRÖM

Patientströmmarna vid närmare 10 000 konsekutiva besök vid en vårdcentral med en typ av vårdlagsarbete, redovisas ur två perspektiv: 1) Läkarperspektivet: Från vilka områden kommer vårdlagsläkarens patienter? 2) Befolkningsspektivet: Hos vilken läkare hamnar befolkningen inom ett vårdlagsområde vid besök på vårdcentralen? I 66% av besöken hamnar patienten (oavsett besöksorsak) hos "sin egen" doktor och i 75% av besöken hos denne eller "tvillingdoktorn". Skillnaden mellan de olika vårdlagen är relativt liten och undersökningen ger ett mått på den totala kontinuitet som uppnås i en vårdlagsmodell.

Nyckelord: Vårdlag, vårdkontinuitet, operational research, Karlskoga.

Bakgrund

I SPRI-rapporten "Primärvård – innehåll och utveckling", som var ett resultat av ett samarbete mellan Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, SPRI och Socialstyrelsen, lanserades flera av de honnörsbegrepp som under de efterföljande åren präglade primärvårdsutvecklingen (1). Detta synsätt har även klart avspeglats i den nu gällande hälso- och sjukvårdslagen (2). Primärvården skall enligt dessa dokument präglas av Helhetssyn Närhet och tillgänglighet Kontinuitet Kvalitet och säkerhet

Under hösten 1982 fick vi i vår kommun möjlighet att planera för en ny vårdcentral. Tidigare har kommunens 36 000 innevånare betjänats av en vårdcentral. Den nya vårdcentralen avsågs betjäna innevånarna inom de östra kommundelarna medan den "gamla" vårdcentralen på lasarettet "fortsatte som förut" inom resterande del av Karlskoga. I planeringsarbetet utvecklades tanken att bygga upp den nya vårdcentralen enligt en vårdlagsmodell (3). Då vårdcentralen öppnades i april 1983 började vi tillämpa

denna. Modellen innebär att områdets 10 000 innevånare uppdelades i fyra sk vårdlagsområden med ca 2 500 innevånare i varje område. Inneväanarna i ett sådant område betjänas av ett sk vårdlag på vårdcentralen bestående av en distriktsläkare, 1,5 distriktsköterska och en undersköterska. All övrig personal är gemensam. Varje vårdlag betjänar även sitt område vad gäller BVC, MVC, akutbesök och planerade återbesök. Vidare skall vårdlaget initiera hälsoinriktade insatser i området. Ett vårdlag fungerar även som tvillingvårdlag till ett annat vårdlag för att på det sättet täcka in frånvaro. Under de gångna åren har denna modell med mycket små förändringar tillämpats konsekvent. Samtliga sjuksköterskor vid vårdcentralen är distriktsköterskor och någon speciell mottagningsköterska finns ej utan mottagningen vid vårdcentralen betjänas av distriktsköterskorna enligt ett rullande schema. Vår modell har beskrivits i en SPRI-rapport (4) samt i ett reportage i Landstingens tidskrift 1984 (5).

Under första halvan av 80-talet har vårdlagsdebatten varit intensiv i Sverige (6-8). Vid en SPRI-konferens 1984 och vid ett hearing 1985 har man försökt utvärdera effekterna av vårdlagsarbete för svensk primärvård (9-10).

Problem

Redan från starten av vår verksamhet var vi inställda på att kritiskt utvärdera effekterna av vårt pågående vårdlagsarbete för att kunna utveckla de delar som tillgodoser de formulerade behoven och målen. Denna utvärdering göres dels i egen regi, dels i samarbete med socialmedicinska avdelningen, Örebro läns landsting. Förutom att kritiskt granska innebörden av honnörsbegreppen i hälso- och sjukvårdslagens portalparagrafer anser vi det viktigt att tydliggöra vår egen verksamhet genom att i olika avseenden objektivisera denna. (11, 12, 13).

Vi fyra ordinarie distriktsläkare har många uppgifter förutom rent mottagningsarbete – uppgifter som vi alla tycker är angelägna och viktiga för att kunna bedriva och utveckla primärvården, men som vi ibland anser ta mycket tid från patientarbetet. I våra prioritediskussioner väcktes

frågor av typen: "Vilken grad av kontinuitet ger vi idag våra patienter?" och "Är tillgängligheten lika i de olika vårdlagen?" Svaren på bla dessa frågor ger oss ett bättre underlag för en fortsatt diskussion om innehållet i och inriktningen av vår verksamhet.

Metod och resultat

För att få en uppfattning om kontinuiteten vid läkarbesök vid vår vårdcentral har samtliga läkarbesök under 1985 registrerats bla ur två delaspekter:

1. Läkarperspektivet:
Från vilka vårdlagsområden kommer vårdlagsläkarens patienter?
2. Befolkningsspektivet:
Hur många av besöken från ett vårdlagsområde hamnar hos "rätt" doktor?

Vid vårdcentralen finns fyra vårdlag, nummer 8–11, där varje vårdlagsläkare skall svara för "sitt" område. Vårdlag 8 och 9 resp 10 och 11 är "tvillingvårdlag", vilket innebär att vårdlagsläkarna i dessa vårdlag skall träda in för varandra vid frånvaro.

Av tabell 1 a–d framgår svaret på fråga 1: "Varifrån kommer vårdlagsläkarens patienter?" Man finner här att i vårdlag 8 kommer 81% av patienterna från det egna vårdlaget (1 a), i vårdlag 9: 86% (1 b), vårdlag 10: 77% (1 c) och i vårdlag 11: 85% (1 d).

Frageställning nummer 2 där vi ser det hela ur befolkningens perspektiv: "Var hamnar patienten vid besök på vårdcentralen?" belyses av figurerna 2 a–d. Man finner här att av de 2674 besök som befolkningen i vårdlagsområde 8 gjorde vid vårdcentralen under året fick de i 69% träffa sin egen doktor och i 5,3% tvillingvårdsläkares doktor medan de i 21% fick träffa FV-läkaren, vars verksamhet till stor del är en "planerad diskontinuitet" (2 a).

Motsvarande siffror för vårdlag 9–11 framgår av figur 2 b–d.

Vid vårdcentralen tjänstgör ständigt en utbildningsläkare (FV-läkare). Under 1985 fördelades dennes patienter enligt figur 3.

En sammanfattning av läkarbesöken inom de olika vårdlagsområdena framgår av figur 4. Man finner då att totalt för vårdcentralen fick patienterna vid 66% utav besöksstillfällena träffa sin ordinarie läkare och vid 75% av samtliga besök träffa ordinarie läkare eller "tvillingläkare".

För att få en uppfattning om relationen mellan antal besök distriktsläkaren tar emot och antalet besök som befolkningen i hans område gör vid vårdcentralen framräknades denna sifferkvot. (figur 5). Man finner där att av de 9 778 besöken vid vårdcentralen

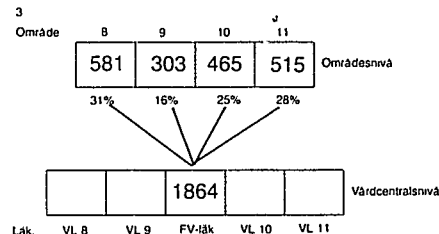


Fig. 3. Varifrån kommer FV-läkarens patienter?

Boende i vårdlag 8:	Eget vårdlagsområde VL 9 VL 10 VL 11 FV	1843=69% 142=5% 73 35 581=21%	74%
Boende i vårdlag 9:	Eget vårdlagsområde VL 8 VL 10 VL 11 FV	1594=71,4% 230=10% 77 27 303=13%	82%
Boende i vårdlag 10:	Eget vårdlagsområde VL 11 VL 8 VL 9 FV	1664=67% 182=7% 115 63 465=19%	74%
Boende i vårdlag 11:	Eget vårdlagsområde VL 10 VL 8 VL 9 FV	1399=59% 347=15% 76 45 515=22%	73%
Eget vårdlag			66%
Eget eller tvillingvårdlag			75%

Fig. 4. Var hamnar patienten? Sammanfattning.

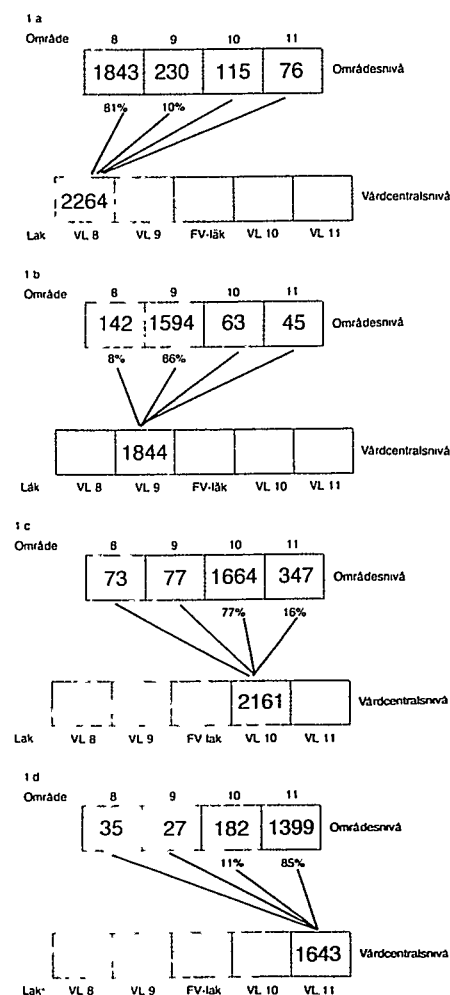


Fig. 1 a–d. Varifrån kommer patienten?

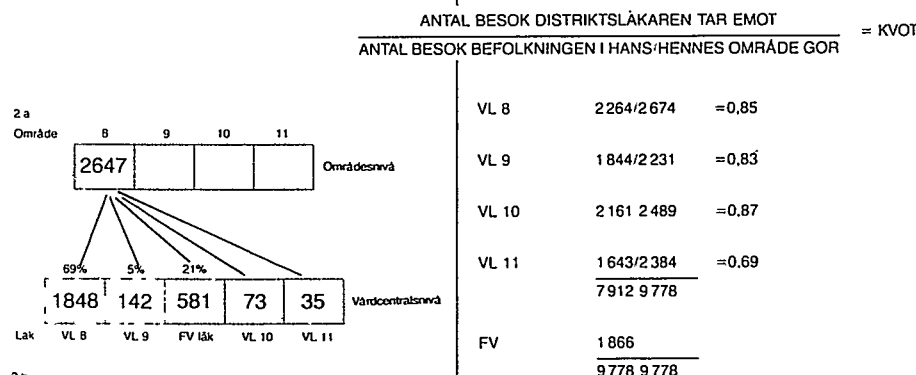


Fig. 2 a–d. Var hamnar patienten?

ANTAL BESÖK DISTRIKTSLÄKAREN TAR EMOT				= KVOT
ANTAL BESÖK BEFOLKNINGEN I HANS/HENNES OMRÅDE GÖR				
Adressnivå	VL 8	2 264/2 674	=0,85	
	VL 9	1 844/2 231	=0,83	
	VL 10	2 161 2 489	=0,87	
	VL 11	1 643/2 384	=0,69	
Vårdscentralnivå		7 912 9 778		
	FV	1 866		
		9 778 9 778		

Fig. 5. Besökskvot.

fick patienterna vid 7912 tillfällen träffa ordinarie distriktsläkare och vid 1866 tillfällen FV-läkare. Relationstalet mellan antalet besök distriktsläkaren tar emot och de besök som befolkningen i hans område gör vid vårdcentralen varierade mellan 0,69 och 0,87.

Diskussion

Ovanstående siffror är ett mått på den grad av kontinuitet som uppnås med den vårdlagsmodell som tillämpas vid vår vårdcentral. Hög kontinuitet anses allmänt eftersträvarsvärt bla av oss själva (2), men även av befolkningen (14). Graden av kontinuitet får ett värde först då den sätts i relation till kvalitén på den vård som ges. Denna enkla sanning är värd att ha i åtanke!

Sannolikt föreligger stora skillnader i den kontinuitet vi erbjuder olika subgrupper (akuta patienter resp kroniska kontroller bla) och en vidareutveckling av denna enkla typstudie med materialet uppdelat på olika patient-

kategorier bör vara av värde att genomföra för att få en bättre uppfattning om den egna verksamhetens innehåll. Vi kan dock konstatera att vi ordinarie distriktsläkare, trots att vi är engagerade i många olika var för sig angelägna aktiviteter, erbjuder våra patienter ungefär samma grad av kontinuitet, vilket vi uppfattar som ett tecken på att vi erbjuder vår befolkning en "vård på lika villkor".

Sammanfattning

För att få en uppfattning om den totala kontinuiteten vid vår vårdcentral har patientströmmarna under 1 år (1985) undersökts ur två olika perspektiv:

1. Varifrån kommer den enskilde läkarens patienter?
2. Vilken läkare träffar människorna boende i ett vårdlagsområde?

Vi finner att vid 66% av alla besök vid vårdcentralen får patienten träffa sin ordinarie doktor och vid 75% av besöken sin ordinarie doktor eller dennes ställföreträdare (tvillingprincipen).

Studien ger ett mått på graden av kontinuitet i en fungerande vårdlagsmodell av utbyggd primärvård med fyra ordinarie distriktsläkare och en utbildningsläkare.

Referenser

1. SPRI. Primärvård. Innehåll och utveckling. Stockholm: SPRI, 1978 (SPRI S 101).
2. HSL. Hälso- och sjukvårdslag. Regeringens prop. 1981/82:97.
3. Klinkert P. Vårdlagen på Brickegården – En primör i länet. AllmänMedicin 1983; 6:265–6.
4. Baeckström P. Erfarenheter av vårdlagsarbete. Rapport från Brickegårdens vårdcentral, Karlskoga. I. Vårdlag i primärvård. Dokumentation från extra föreningsmöte kring temat vårdlag. Stockholm: SPRI 1984:28–33.
5. Red: Brickegården – ett lagarbete i lagens anda. Landstingens Tidskrift 1984; 71:20–3.
6. Larsson G. Är vårdlag självklart bra? AllmänMedicin 1983; 5:219.
7. Hey M. Primärvårdens allmänmedicinska vårdlag – en utmaning som kräver attitydpåverkan. Läkartidningen 1984; 81:731–2.
8. Hey M. Vårdlagsutveckling inom Malmöhus läns landstingsområden hösten 1984. Enkätundersökning. AllmänMedicin 1985; 3:122–6.
9. SPRI. Vårdlag i primärvård. Dokumentation från extra föreningsmöte kring temat vårdlag. Stockholm: SPRI 1984.
10. Rudbeck C-E. Hearing om vårdlag: Konfrontation blev försoning. AllmänMedicin 1985; 2:88–9.
11. Lynöe N, Mattson B. Verksamhetsplanering: Att mäta primärvård-problem och möjligheter. AllmänMedicin 1985; 2:60–1.
12. Rosén M. Vi mäter det vi gör, inte det vi bör. Läkartidningen 1982; 79:487–8.
13. Krakau I. Utmönstra antalet besök som prestationsmått i sjukvården. Läkartidningen 1981; 78:4231–2.
14. Eriksson C-G, Fahlström G. Haga-projektet. Att arbeta på en vård- och servicecentral – en studie av personalens erfarenheter under första halvåret. Hagaprojektet nr 6, december 1983. Socialmedicinska avdelningens arbetsrapporter, Regionsjukhuset, Örebro.

Författarpresentation

Peter Baeckström är distriktsöverläkare i Karlskoga primärvårdsområde

Postadress: Brickegårdens vårdcentral,
69181 Karlskoga.

AKUTSJUKVÅRD

LB 06334

Angelägen söka akutmottagningen – missnöjd med vården

En studie av patienter som avvisat förslag om alternativ vårdform

MARIANN OLSSON · BARBRO CARLSSON · OLOF EDHAG · HELEN HANSAGI

Ett försök med patientmottagare vid Huddinge sjukhus' akutmottagning visade att en stor andel "icke akutsjuka" kunde erbjudas tid inom primärvården.

De patienter som inte accepterade patientmottagarens förslag till alternativ vårdform jämförs i artikeln med en grupp patienter som accepterade sådan hänvisning. Faktorer med betydelse för om patienten kunde acceptera hänvisning eller ej redovisas liksom attityder till och erfarenheter av akutmottagning respektive primärvård hos de aktuella patienterna.

Nyckelord: Akutvård, intervju/enkätundersökningar, attityder, Huddinge, operational research.

Bakgrund

Sjukhusens akutmottagningar får vid sidan av hastigt insjuknade och patienter som råkat ut för olycksfall och andra skador även ta emot de som söker vård där på grund av problem av medicinskt sett mindre akut karaktär.

Definitionen på begreppet akut varierar dock med vem som gör bedömningen; patient/anhörig, personal inom olika vårdformer och kategorier eller andra berörda (1, 2, 3).

Avgörande för patientens val av akutmottagningen för vård är i första hand den egna bedömningen av problemets betydelse och hur snabbt det bedöms behöva åtgärdas. Andra faktorer av vikt för valet av vårdform kan vara omständigheterna när vårdbehovet uppstod, patientens kännedom om olika vårdgivare – kanske grundad på tidigare erfarenheter – samt tillgängligheten hos olika vårdformer. Patientens sociala och kulturella tillhörighet liksom psykologiska faktorer har också betydelse (4, 5, 6, 7, 8).

Olika försök har gjorts att styra vårdsökande från sjukhusens akutmottagningar till annan vårdform då sjukvårdens bedömning är att akutmottagningens resurser ej krävs eller är otillräckliga. Genom utbyggnad av primärvård och jourcentraler samt genom information till allmänheten har man försökt reducera utnyttjandet av akutmottagningarna (9, 10). Hänvisningsfunktioner på akutmottagningen har prövats liksom aktiva program för speciella patientgrupper t ex mångbesökare och missbrukare (11, 12, 13, 14).

Sjuksköterska som patientmottagare

På Huddinge sjukhus akutmottagning genomfördes våren 1984 ett projekt i vilket en erfaren sjuksköterska arbetade som patientmottagare för att hjälpa de patienter, som bedömdes ej behöva akutmottagningens resurser, till rätt vårdform (15).

Försöket byggde på ett "tvåstegsurval", dvs receptionspersonalen gjorde en första bedömning och hänvisade de patienter som ansågs vara "ej akutmottagningsfall" till patientmottagaren. Hon kompletterade bedömningen med ledning av patientens uppgifter och av egna iakttagelser varpå hon tillsammans med patienten kom fram till lämplig åtgärd. I samband med samtalet kunde tid på vårdcentral bokas per telefon. Aktuella vårdalternativ för patienter som sökte akutmottagningen och enligt receptionspersonalens bedömning ej var akutmottagningsfall blev:

- I annan vårdform än akutmottagningen efter samtal med patientmottagaren.
- II akutmottagningen efter samtal med patientmottagaren
 - a) på grund av besvärets art (dvs "akutfall")
 - b) på grund av eget önskemål
 - c) på grund av belastning på vårdcentraler m m
- III akutmottagningen utan att ha träffat patientmottagaren.

Akutmottagningen blev således den vårdform som ibland utnyttjades även av de patienter som av patientmottagaren bedöms som "ej akutmottagningsfall" beroende på olika faktorer.

Syftet med här presenterad analys är att beskriva de patienter som i samtalet med patientmottagaren inte kunde acceptera den vårdform hon föreslog utan skrevs in på akutmottagningen på grund av eget önskemål samt att jämföra dessa med den grupp patienter som accepterade av patientmottagaren föreslagen annan vårdform. Finns skillnader mellan dessa båda grupper beträffande demografiska variabler, besöksorsaker, åtgärder före respektive efter akutbesöket samt i fråga om attityder till sjukvården?

Grupp III som enligt beskrivningen ovan visserligen bedömdes som "ej akutmottagningsfall" men sökte på tider då patientmottagaren ej var i tjänst utesluts alltså i analysen nedan, men har i andra jämförelser utgjort kontrollgrupp (16).

Patienter och metoder

De 37 patienter som inte accepterade patientmottagarens förslag om annan vårdform utan på grund av eget önskemål skrevs in på akutmottagningen ("akutmottagningsgruppen") jämförs med 192 patienter som under samma period accepterade annan vårdform ("hänvisade gruppen").

Underlaget för analysen utgörs av patientmottagarens bedömningsblanketter samt av enkätsvar från de aktuella patienterna. Bedömningsblanketterna upptar patienternas besöksorsak, besvärets duration, förut vidtagna åtgärder, samt patientmottagarens bedömning. Patienternas åtgärder de närmaste dagarna efter besöket samt

deras attityder till akutmottagning respektive primärvård erhöles i enkäten.

Två enkätformulär användes. Samtliga patienter som utnyttjade akutmottagningen som vårdalternativ tillsändes en enkät beträffande akutbesöket i sin helhet. De hänvisade patienterna erhöles däremot ett formulär med frågor om besöket hos patientmottagaren.

Bortfallet i enkätsvar var lika stor för de två aktuella patientgrupperna (27%). Svarsprocenten var något högre bland de äldre patienterna; i åldersgruppen 16–44 år var den 67% (akutmottagningsgruppen) respektive 70% (hänvisade gruppen) och i åldersgruppen över 45 år var den 81 respektive 82%. En man och nio kvinnor utgjorde bortfallet i akutmottagningsgruppen medan bortfallet i den andra gruppen bestod av 28 män och 23 kvinnor.

Materialet har kompletterats med uppgifter från folkbokföringsregistret och datorbearbetats vid L-data.

Resultat

Kvinnor var överrepresenterade (76%) i akutmottagningsgruppen medan könsfördelningen i den hänvi-

sade gruppen var jämn. Beträffande ålder och nationalitet fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna (tabell I).

Symtom från andningsorganen, öronen och de kvinnliga könsorganen var något överrepresenterade hos dem som inte accepterade hänvisning medan patienter med symtom från leder och muskler samt från andra organ än ovan nämnda oftare accepterade annan vårdform (tabell II).

Besvärdurationen var hos 41% av akutmottagningsgruppens patienter högst en vecka. 30% av dem hade haft besväret några veckor och 16% mer än en månad. Något större andel av de hänvisade än av akutmottagningspatienterna hade haft besväret mer än en månad (24%).

Före det aktuella besöket hade cirka två tredjedelar av akutmottagningspatienterna och drygt hälften av de hänvisade vidtagit någon åtgärd (tabell III).

På bedömningsblanketterna finns kommentarer nedtecknade av patientmottagaren vilka antyder orsakerna till att patienter inte accepterade föreslagen vårdform. Kommentarererna framgår av tabell IV.

Tabell I. Patienter som bedömts av patientmottagaren april 1984; Demografiska variabler.

Ålder	Akutmottagningsgruppen, n = 37		Hänvisade gruppen, n = 192	
	n	%	n	%
16–44	21	57	125	65
45–64	13	35	44	23
65+	3	8	23	12
Kön				
Man	9	24	94	49
Kvinna	28	76	98	51
Medborgarskap				
Svenskt	31	84	154	80
Utländskt	6	16	38	20

Tabell II. Patienter som bedömts av patientmottagare april 1984; Besöksorsaker.

Sökte för symtom från	Akutmottagningsgruppen		Hänvisade gruppen	
	n	%	n	%
Leder och muskler	10	27	78	41
Andningsvägar	10	27	30	16
Öron	7	19	16	8
Kvinnl könsorgan	4	11	10	5
Ovriga organ	6	16	58	30
Summa	37	100	192	100

Tabell III. Patienter som bedömts av patientmottagare april 1984; Patienternas åtgärder före akutbesöket.

Patientens åtgärd	Akutmottagningsgruppen		Hänvisade gruppen	
	n	%	n	%
Ingen	13	35	91	47
Vänt hos annan vårdgivare	12	32	52	27
Försökt få tid annanstans	6	16	14	7
Har tid bokad hos annan	4	11	24	12
Egenvård	2	5	11	6
Totalt	37	100	192	100



När *Acne vulgaris* är ett problem!

Nyhet!

Dalacin[®] liniment

klindamycinfosfat

Dalacin liniment 10 mg/ml, är ett antibiotikum för lokalbehandling av acne vulgaris. Linimentet är i en 30 ml glasflaska med applikator för lokalapplikation på angripna hudområden.

FASS-text

Deklaration. 1 ml innehåller: Clindamycin. 2-phosph. respond. clindamycin. 10 mg, propylenglycol. 50 mg, isopropanol. 0,5 ml, natrii hydroxidum et acidum hydrochloricum q.s. ad pH 5 et aqua purificata q.s. ad 1 ml.

Egenskaper. Klindamycin är en originalsubstans från Upjohn. När klindamycinfosfat appliceras lokalt på huden, hydrolyseras föreningen till ett fritt klindamycin. Substansens antibakteriella effekt medför sannolikt en hämning av *Propionibacterium acnes* och därmed en minskad bildning av fria fettsyror från triglyceriderna i sebum. Klindamycin återfinns i komedoner i mängd som ligger över MIC för *Propionibacterium acnes*.

10 mg klindamycinfosfat i en isopropylalkohol/vatten-lösning gavs lokalt på ansiktshuden två gånger per dag under

3 dagar. Låga halter av klindamycin detekterades i serum (0–3 ng/ml). Cirka 0,25% av tillförd dos återfanns i urinen.

Potentialen för kontaktallergi och fotosensibilisering har speciellt studerats för DALACIN liniment och bedömts som minimal.

Indikationer. Medelsvår till svår acne vulgaris.

Kontraindikationer. Känd överkänslighet mot linkomycin och klindamycin.

Biverkningar. Uttorkning av huden. I övrigt se DALACIN kapslar.

Dosering. Ett tunt lager liniment appliceras på väl rengjorda, angripna hudområden 2 gånger dagligen. Behandlingstiden bör vara kort och ej överstiga 3 månader.

Observera. Alkoholvehikeln kan vid applicering på huden ge en brännande känsla.

Om linimentet kommer i kontakt med ögon eller slemhinnor, skölj med kallt vatten. Korsresistens med erytromycin kan förekomma. Vid diarrébesvär bör behandlande läkare kontaktas och behandlingen eventuellt avbrytas.

Förpackningar. Liniment 10 mg/ml 30 ml.



Upjohn AB

Box 289 · 433 25 Partille · 031-44 9100

Tabell IV. Patienter som avvisat patientmottagarens förslag om alternativ vårdform; Patientmottagarens nedtecknade kommentarer beträffande patientens val av vårdalternativ.

Patientmottagarens kommentar	Akutmottagningsgruppen
Sökt akutmottagningen förut i liknande situation	5
Vill till akutmott p g a specialistresurs	5
Negativa erfarenheter av vårdcentral	4
Vill ej till vårdcentral	4
Arbetar på sjukhuset – har "rätt" att söka här	3
Vårdc/företagsläk tar för lång tid	3
Måste ha hjälp nu – tidsbrist	2
Föreslagen tid hos annan passade ej	2
Är patient på sjukhusmottagn för annan åkomma	2
Övr/ingen kommentar	7
Totalt	37

Tre (12%) av de 25 patienterna i akutmottagningsgruppen som besvarat enkäten beställde läkartid någon annanstans efter besöket på akutmottagningen. Ingen uppgav sig ha gått tillbaka till akutmottagningen under tiden fram till enkätsvaret. I den hänvisade gruppen uppgav 40 patienter (29%) att de beställde läkartid själva förutom de 66% som fått hjälp med tidsbeställningen av patientmottagaren. I denna grupp sökte fyra patienter akutmottagningen igen.

De patienter som utnyttjade alternativ vårdform uppgav oftare att de var nöjda med den *hjälp* som gavs på akutmottagningen vid besöket än vad patienterna i akutmottagningsgruppen gjorde (tabell V). De patienter som skrevs in på akutmottagningen på grund av eget önskemål var också mer negativa till det *bemötande* de fått där än vad de patienter var som endast träffade patientmottagaren (tabell VI). Såväl positiva som negativa kommentarer om primärvården förekom i båda grupperna. 29% av patienterna i akutmottagningsgruppen hade aldrig besökt någon vårdcentral och kunde därför inte yttra sig om bemötandet där.

Diskussion

Utvärdering av försök med patientmottagare vid Huddinge sjukhus akutmottagning har visat att patientmottagaren för många var en tillgång (15). Hon kunde hjälpa patienter tillrätta i "sjukvårdsdjungeln" och var en länk mellan akutmottagning och primärvård. En liten del av patienterna såg dock patientmottagaren som ett hinder även om de hade möjlighet att avvisa det förslag om alternativ vårdform som hon gav dem.

Faktorer som av resultaten att döma kan ha betydelse för om patienter kan acceptera annan vårdform än den som de primärt själva valt är kvinnligt kön, besöksorsak och om de redan gjort försök att få tid hos någon vårdgivare. Endast könsskillnaden har statistisk signifikans. Eftersom materialet är litet har vi avstått från att ytterligare dela upp gruppen. Vilken betydelse könsskillnaden kan ha för resultatet i övrigt är därmed okänt.

Några av de patienter vi här studerat avvisade annan vårdform än akutmottagningen därför att de ville nå en specialist eller speciella resurser eller därför att de ville ha snabb hjälp.

Andra valde akutmottagningen framför andra vårdformer, som de tidigare haft negativa erfarenheter av. Ungefär en tredjedel av båda patientgrupperna hade tidigare varit hos läkare för det aktuella besväret. Inom vilken vårdform detta besök ägt rum eller hur det uppfattats av patienterna framgår inte av materialet. Huruvida missnöje med just den vårdform som då utnyttjades spelar roll vid det här aktuella valet kan ej analyseras här.

Några patienter hade gjort misslyckade försök att få besökstid och hade därför naturligtvis svårt att acceptera hänvisning från akutmottagningen utan att ha blivit undersökt av läkare. Försöket med patientmottagare ägde dock rum på tider då vårdcentralerna var öppna och kunde nås vid patientens besök.

Anställda vid sjukhuset och närliggande arbetsplatser kan tänkas söka akutmottagningen därför att de har lång restid till "sin" vårdcentral. Smidigare och mer adekvat lösning för personal med icke akuta besvär än utnyttjande av sjukhusets akutmottagning är givetvis önskvärd. Personalen på Huddinge sjukhus utgöres av ca 6 000 personer, därtill kommer många elever.

I vilken grad enkätsvaren beträffande hjälp respektive bemötande på akutmottagningen inom akutmottagningsgruppen avspeglar inställningen både till patientmottagarens insats och till läkarbesöket eller enbart till den egentliga vården är omöjligt att skatta. Attityderna är dock påfallande negativa. Förklaringar till detta kan sökas i att systemet med patientmottagare uppfattas negativt, i att "felsökande" på akutmottagningen faktiskt bemöttes på ett sätt som ledde till inadekvat omhändertagande (1) eller i att den här aktuella patientgruppen kan vara en speciell grupp när det gäller attityder till sjukvården. Många patienter underlät också att besvara attitydfrågorna. Eftersom bortfallet också var relativt stort kan det verkliga missnöjet hos akutmottagningsgruppen vara större än vad som framgår av resultatredovisningen. Anmärkningsvärt många i akutmottagningsgruppen hade inte någon erfarenhet av primärvården. Missnöje med primärvården grundat på erfarenheter därifrån kan alltså inte förklara varför många ej accepterar hänvisning dit.

Sammanfattningsvis angav de som avvisade patientmottagarens förslag om alternativ vårdform en högt ställd förväntan på kompetensen på akutmottagningen. De var samtidigt oftare missnöjda med hjälpen som givits på akutmottagningen än de som accepterade hänvisningen. Samma tendens fanns beträffande synen på bemötandet på akutmottagningen. Resultaten pekar på svårigheter för sjukvården att fungera på ett för dessa patienter tillfredsställande sätt. Materialet är litet och resultaten kan inte utgöra un-

Tabell V. Patientenkäten; Attityd till hjälpen som givits på akutmottagningen.

Attityd till hjälpen	Akutmottagningsgruppen		Hänvisade gruppen	
	n	%	n	%
Nöjd	16	67	111	80
Missnöjd	8	33	27	20
	24*	100	138*	100

* exkl ej svar

Tabell VI. Patientenkäten; Kommentarer till bemötandet på akutmottagningen.

Patienternas kommentarer	Akutmottagningsgruppen		Hänvisade gruppen	
	n	%	n	%
Positiva	11	50	76	70
Negativa	10	45	20	18
Blandade	1	5	13	12
Totalt	22*	100	109*	100

* exkl ej svar

derlag för nödvändiga förändringar. De visar dock på behov av ytterligare studier av den aktuella patientgruppen, av vad som styr deras val av vårdgivare och av akutmottagningens och andra vårdgivares sätt att bemöta dem och deras behov.

Patienter som trots att det är medicinskt välmotiverat är ovilliga att gå med på remittering på akutmottagning till annan vårdform har nämnts som målgrupp för kurator på akutmottagning (17). Detta förhållande har inte analyserats här men bör vid fortsatta studier finnas med bland frågeställningarna.

Anslag från Stockholms läns landsting har möjliggjort det aktuella arbetet.

Referenser

1. Wolcott BW. What is Emergency? Depends on whom you ask. JACEP 8:241-3, June 1979.
2. Askenasi R et al. What is emergency? Acta Anesthesiologica Belgica No 1:53-65, March 1984.
3. Calnan M. The functions of the Hospital Emergency Department: a study of Patient Demand. J Emerg Med, 1984; 2:57-63.
4. Stratmann WC. Study of Consumer Attitudes About Health Care: The Delivery of Ambulatory Services. Medical Care, 1983; 13:145-9.
5. Krakau I. Akuta läkarbesök i Söllentuna primärvårdsområde. Sv Läkarsällskapets handlingar. Band 94, häfte 5: 1985.
6. Calnan M. Social networks and patterns of help seeking behaviour Soc Sci Med, 1983; 17:25-8.
7. Bohland J. Neighbourhood variations in the use of hospital emergency rooms for primary care. Soc Sci Med, 1984; 19:1217-26.
8. Sjönell G. Akutmottagning och primärvård - ett europeiskt storstadsproblem? Läkartidningen 1984; 13:1275-6.
9. O'Shea JS et al. An attempt to Influence Health Care Visits of Frequent Hospital Emergency Facility Users. Clin Pediatr, 1984; 23:559-62.
10. Krakau I. Utbyggd primärvård ger minskning av antalet patienter till sjukhusets akutmottagning. Läkartidningen, 1985; 82:3076-80.
11. Edhag O o.a. Kan man styra patientflödet vid en invärtesmedicinsk akutmottagning? Läkartidningen 1984; 24:2446-7.
12. Granerus A-K o.a. Förbättrat omhändertagande av akutsökande - erfarenheter av ett förändringsarbete i Göteborg. Sv Läkarsällskapets handlingar. Band 94, häfte 5:1985.
13. Genell-Andrén K o.a. Social intervention sänker akutbesöksfrekvensen. Sv Läkarsällskapets handlingar. Band 94, häfte 5:1985.
14. Whitney RB. Alcoholics in Emergency Rooms. Bull N Y Acad Med, March 1983; 59:216-21.
15. Edhag O o.a. Patientmottagare på akutmottagning - länk till primärvården. Solrosen 5:8-9 dec 1985. Utgivare: Stockholms läns landsting.
16. Hansagi H o.a. Trial of a method of reducing inappropriate demands on a hospital Emergency Department. Public Health 1987; 101: 99-105.
17. Bennett MJ. The social workers role. Hospitals, 1973; 47:111-8.

Författarpresentation

Mariann Olsson och Barbro Carlsson tjänstgör som kurator respektive patientmottagare vid akutmott Huddinge sjukhus.*

Olof Edhag var vid tiden för projektet klinikchef för akutmott, nu bitr klinikchef vid medicinkliniken, Huddinge sjukhus.

Helen Hansagi är sociolog vid planeringsavd, sydvästra sjukvårdsområdet inom Stockholms läns landsting.

* Postadress: Kuratorsavdelningen, Huddinge sjukhus, 141 86 Huddinge.

2806335



Kärlek, Medicin och Mirakel

BERNIE S. SIEGEL

Bonniers 243 sid 155 kr.

Den amerikanske kirurgen Bernie S Siegel har i vår kommit på svenska med boken "Kärlek, Medicin och Mirakel". Som medicinare studsar jag reflexmässigt tillbaka inför en sådan titel. Jag blir inte heller särskilt lugnad av undertiteln "En kirurgs erfarenheter av cancerpatienters märkliga förmåga att bota sig själva". Här anar jag ett hopkok av solskenshistorier, förhastade slutsatser och brist på välkontrollerade kliniska studier.

Visst är boken bitvis alltför rapsoisk, men i stort sett tvingar mig Siegel att sträcka vaper; inte så att han övertygar mig om att cancer väsentligen är en psykosomatisk åkomma, eller att flertalet cancerpatienter skulle kunna bota sig själva med psykologiska metoder. Men han presenterar en övertygande bild av cancersjukdomen som del av livet och personligheten.

Hans angreppssätt är i bästa mening holistiskt; varje del av livet påverkar varje annan del. Allt skeende äger

rum i ett komplicerat samspel. Vi kan finna många specifika orsaker till sjukdomar - inklusive cancer - men sökandet efter specifika orsaker kan i bästa fall leda till en tids andrum eller sjukdomsbefrielse, vilket är en god sak. Men hälsa kan bara vinnas genom att den enskilde mobiliserar sina egna läkande resurser. Detta kan ske, menar Siegel, när människan når ett tillstånd av inre frid och självständighet. Att bli frisk är att bli mera mogen som människa!

För att leda människor mot hälsa använder kirurgen Siegel förutom sin skalpell en rad okonventionella redskap. Viktigt är samtalsgruppen - en slags gruppterapi för cancerpatienter, som löper parallellt med att deltagarna gör omfattande förändringar i sin livsstil: Rökstopp, motion, bearbetning av svåra relationer, ibland individuell psykoterapi. Självklar del i programmet utgör meditation, yoga och besläktade metoder. All verksamhet sker under mottot **kärleksfull konfrontation**.

Siegel är välorienterad i den medicinska litteraturen och arbetar tveklöst seriöst. Många av de patienter han får hand om befinner sig i slutskedet av sin sjukdom. Fullt mätbara, ibland mirakulösa, förbättringar sker med många. Men långtifrån alla blir friska:

"Att bli frisk är emellertid inte det huvudsakliga syftet . . . Mitt budskap är sinnesfrid, inte att bota cancer . . . När man uppnår sinnesfrid kan cancer läkas".

Många känner sig säkert tveksamma inför ett sådant budskap. Själv upplever jag det som något mycket positivt. Det undanröjer visserligen inte behovet av skalpell, strålkärl och cellgifter, men det tillför en annan, viktig dimension: **hoppet**. I vardagssjukvården är hoppet en bristvara. Vi läkare uppfostras i en kritisk tradition, där vi lär oss se patienter snarare som statistiska exempel än som enskilda, unika individer.

Detta är en tragisk felsyn, eftersom ingen statistik i världen gäller för den enskilde. Varken diagnostiskt eller prognostiskt. I den enskildes liv kan allt hända så länge hoppet finns. Hemligheten med Siegels metod är att den lyckas tända hoppets stjärna och hålla den lysande utan falska förespeglingar.

Christer Petersson

Postadress: Vårdecentralen
Lammengatan 360 30 Lammhult.

Dosering i all enkelhet



Isoptin® retard

Isoptin® retard 240 mg depottabletter är den senaste utvecklingen av originalläkemedlet Isoptin – den mest använda kalciumantagonisten i Sverige.

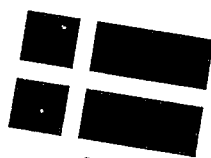
Den aktiva substansen i Isoptin® retard frisätts kontinuerligt och ger en jämnare plasmakoncentration under hela dygnet.



Individuell dosering

Tidigare har man behövt ge Isoptin-tabletter flera gånger per dag. Nu blir de flesta hypertoniker välkontrollerade av 1 tablett Isoptin® retard om dagen. För att uppnå en skräddarsydd dosering för de patienter som kräver 360 mg per dag, är depottabletten försedd med mittskåra. Med Isoptin® retard kan man alltså titrera fram rätt dos hos respektive patient – utan att byta tablettstyrka.

Ytterligare en fördel med Isoptin® retard!



Äntligen
i Sverige!

Isoptin®
retard

Effektiv skonsam monoterapi.

Isoptin®
retard



Symtom diagnos

GUNNAR BIRKE

LB0 6336

Almqvist & Wiksell, 616 sidor,
pris ca 860 kronor

Denna bok, som utgavs 1987, är an-
norlunda än tidigare läroböcker i me-
dicin. Författaren utgår från sympto-
men istället för sjukdomar och be-
handlar i anslutning därtill diagnos
och kortfattat även terapi.

Boken vänder sig, enligt författaren
i första hand till medicinstuderande
och allmänläkare.

Den omfattar ett brett spektrum av
symtom. Där finns kapitel om psyki-
atri och ett utmärkt sådant om drog-
missbruk och de olika symtom som
skilda narkotikatyper ger.

Avsnittet om cirkulatoriska symtom
är omfattande och bra, med rikliga
och utmärkta EKG-illustrationer.
Respirationsavsnittet däremot är
något magrare, och astmatiska sym-
tom behandlas i mitt tycke ganska
kortfattat. Det neurologiska avsnittet
är utmärkt, med illustrativa bilder och
tabeller.

Kapitlen om endokrinologiska sym-
tom handlar en hel del om manliga
problem, som impotens. Det är bra,
för inom det området är säkert läkar-
utbildningen bristfällig många gånger,
och männen har inte som kvinnorna
en gynekolog att vända sig till. Nu
handlar ju många allmänläkare också
gynekologiska problem. Avsnittet om
gynekologiska symtom kunde därför
ha varit lite mer omfattande. Tanken
är kanske att det finns rikligt med spe-
ciallitteratur på det området.

Boken är mycket överskådlig med
schemata för varje avsnitt över tänk-
bara diagnoser. Många syndromnamn
är medtagna, men det finns en alfabe-
tisk förteckning över dessa i slutet av
boken, som är lärorik i sig.

Däremot finns inget sakregister.
Det skulle antagligen ha blivit oerhört
omfattande, till denna gedigna bok,
men det hade varit en fördel om det
funnits med. Rubrikerna på avsnitten
är för det mesta väl valda. Det avsnitt
som har namnet "öronsymtom" inne-
håller dock både kapitel om lukt- och
smakförändringar, och där är det kan-
ske inte så lätt att hitta.

Sammanfattningsvis verkar boken
vara ett utmärkt komplement till övri-
ga läroböcker. Den kan säkert även
tillföra ny kunskap i diagnostik och
vidga vyerna vad beträffar synen på
patienten som en hel människa och
inte bara en sjukdom. Utgångspunk-
ten är visserligen, och helt naturligt
för en lärobok i medicin, naturveten-
skaplig. Detta illustreras med en pyra-
midmodell, där basens sidor utgörs av
morfologi, biologi, kemi och fysik.
Det nämns i texten att ca 50% av pati-
enterna hos internisten och allmänlä-
karen söker för psykiskt relaterade

tillstånd. Detta faktum sätts tyvärr
inte in i pyramidmodellen. Trots detta
är ingalunda den psykiatriska sidan
förbisedd i resten av boken. Det hade
varit intressant att se den aspekten in-
fogad i den diagnostiska modellen.

Denna bok kommer säkert att vara
till nytta för många, även utöver dem
som den är ämnad för i första hand.

Gunilla Karlsson, FV-läkare i social-
medicin.

Postadress: Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg

LB0 6337

The Consultation, an Approach to Learning and Teaching

DAVID PENDLETON et al

Oxford University Press, 1984. Pris
14£.

Bland svenska allmänläkare är intres-
set för mötet mellan läkare och patient
– konsultationen – relativt nyväckt och
kunskapen många gånger ringa. Vi
som nu arbetat som allmänläkare i
några år och handleder utbildningslä-
kare lärde oss intet om detta under
grundutbildningen. Också i efterut-
bildningen har utbudet fram till sista
året varit relativt sparsamt. Här är nu
en bok som fyller en del av kunskaps-
luckan på ett mycket handfast sätt.

Boken börjar med en utförlig ge-
nomgång av genomförda studier, teo-
rier och synsätt avseende konsultatio-
nen och för därefter fram en egen
metod att strukturerat bedöma kon-
sultationens olika moment. Sista delen
av boken är en handbok för den som
vill genomföra arbetet att utveckla
eller handleda i konsultationens
konst.

Författarna menar att tidigare teo-
rier avseende konsultationen innebär
begränsningar när de appliceras på all-
mänläkarens praktik och de för istället
fram ett eget synsätt. Allmänläkaren
måste utveckla konsultationen för att
den skall bli effektiv. Detta sker
genom att allmänläkaren lär sig att bli
skickligare. Metoder för att öka skick-
ligheten finns – Balint-grupp är en.
För att bedöma vad som är en effektiv
konsultation och vilken form av skick-
lighet som behövs, måste allmänläka-
ren gjort klart för sig vilket mål han
har med det enskilda patientmötet.

Det centrala i författarnas resone-
mang är att läkaren måste lyfta fram
patientens egna tankar och idéer, för-
ställningar om sin sjukdom och för-
väntningar på besöket. Först då kan
läkaren svara på patientens egentliga
behov och först då kan läkaren påver-
ka patientens förståelse av sin hälsa.
Tidigare undersökningar har visat att
orsaken till att konsultationer misslyc-
kats nästan alltid är att läkaren ej tagit
reda på patientens idéer och förvänt-

ningar med besöket. Avgörande både
för patienttillfredsställelse och framtida
compliance är att patienten engage-
ras i beslutet om fortsatt åtgärd. Arbe-
te på detta sätt innebär också möjlig-
het att effektivt arbeta preventivt
gentemot riskfaktorer och risksituatio-
ner. I det här perspektivet har konsul-
tationen ett undervisande moment,
där vikten av delaktighet och positiv
feedback gäller gentemot patienter i
lika hög grad som gentemot utbild-
ningsläkare i undervisningssituation.

För att läkaren skall ha möjlighet
att studera konsultationen bryter för-
fattaren ned den i sju deluppgifter.
Dessa skall alla övervägas och ev utfö-
ras under konsultationen. Ett sätt att
arbeta så i sin vardag är att använda
videoinspelning av patient-läkarmö-
tet. Boken är i dessa avsnitt en prak-
tiskt upplagd handbok.

För att följa konsultationens olika
delmoment har författarna utarbetat
en mall där dessa anges illustrativt.
För en kvalitativ bedömning av de en-
skilda momenten används en upp-
gjord skala. Både läro- och utbild-
ningssituationer beskrivs utförligt med
många praktiska råd (bl a utmärkt av-
snitt om hur kritik skall ges).

Boken genomsyras av en stor entu-
siasm för den här i korthet sammanfat-
tande metoden. Alla som själva haft
tillfälle att se sin egen konsultation vet
ju vilket verksamt instrument videoin-
spelning är. Med denna bok i handen
blir det möjligt att strukturerat grans-
ka, diskutera och vidareutveckla kon-
sultationen – både det som är kunskap
och det som är konst.

Boken är föredömligt pedagogiskt
skriven med enkelt språk, korta kapi-
tel och klara sammanfattningar och
har dessutom en utomordentlig refe-
renslista.

Malin André, vårdcentralchef

Postadress: Högbo vårdcentral, 791 82 Falun.

LB0 6338

Patientbehandling

EINAR KRINGLEN

Universitetsförlaget 1986, 160 sidor,
120 kr.

Denna bok vänder sig enligt baksi-
destexten till läkare, sjuksköterskor
och andra som arbetar inom hälso-
och sjukvården, vilket innebär att för-
fattaren haft ambitionen att skriva en
bok som skall kunna läsas av många
olika kategorier. Kanske är det detta,
som gör att boken på något sätt känns
både för omfattande och samtidigt ger
ett något yttligt och "fladdrigt" in-
tryck. Jag tror, att boken hade vunnit
på att färre ämnen hade berörts, och
att dessa i stället hade fördjupats.

Boken tar ju upp många viktiga och
intressanta ämnen, som rör vårt dagli-
ga arbete med patienter. Först berörs

begreppet sjukdom och vad det är som gör att en patient tar steget att söka läkare. Att gå in i en sjukroll betyder olika saker för olika människor, det kan både vara stigmatiserande och ge sekundärvinst. Innan patienten träffar läkaren finns redan förväntningar och föreställningar av både realistiskt och orealistiskt slag. De orealistiska är de som kallas överföringar, och de kan vara både av positiv och negativ art. Dessa överföringar styrs av tidigare erfarenheter och relationer. Enligt författaren är positiva överföringar en förutsättning för god patient/läkarrelation av viss varaktighet. Patienten för alltså detta med sig till mötet med läkaren.

Läkaren som skall möta patienten tas också upp. Hur lär vi oss att bli läkare? Detta är ju faktiskt en svår roll, som kräver att vi skall vara distanserade, vetenskapliga, autonoma, och samtidigt ha förmåga till närhet och känslomässig omsorg om patienten. Mellan patienten och läkaren sker ett möte, och detta första samtal är mycket viktigt och kan aldrig göras om. Läkarens agerande är av största vikt för samtalets kvalitet. Patienten bör inviteras att tala fritt, vilket innebär att läkaren måste lyssna (dvs vara tyst). Samtalen bör vara patientcenterade och inte läkarcenterade, och läkarens gensvar bör vara utforskande (explorativt) och affektivt (affekt = känsla), vilket bidrar till att samtalet når en djupare nivå och bidrar till patientens problemlösning (här ger författaren en del belysande exempel på olika gensvarsmodeller).

Författaren tar vidare upp mycket mer i boken, som begreppet "stress", olika patientkategorier, exempelvis barn, missbrukare, syn- och hörselskade, den döende patienten. Ett kapitel ägnas placeboeffekten, och även compliance – noncompliance diskuteras.

Sammanfattningsvis: Viktiga ämnen tas upp i boken, ty en god patient/läkarrelation och god samtalsteknik måste ju vara grunden i vårt dagliga arbete. Författaren vill dock greppa över för mycket på en gång, vilket gör att boken känns "fladdrig". Den är dock klart läsvärd.

Karin Bengtsson, distriktläkare,
Postadress: Alvesta vårdcentral, 34200 Alvesta

D
ebatt

Vi måste ta bättre hand om våra smärtpatienter!

ELISABETH JAENSON

LB06389

Efter att ha gått en kurs i smärtbehandling och akupunktur, anordnad av Svensk Förening för Ortopedisk Medicin genom distriktsläkare Risto Sutinen, Finland, vill jag dela med mig av följande reflexioner.

Akut och kronisk smärta är vanliga problem i vår befolkning och hos våra patienter. Vi allmänmedicinare måste ta ett större ansvar för dem och lära oss mer om smärtbehandling. Vi får inte förlita oss på att det växer upp smärtemottagningar på en massa ställen och skicka ifrån oss våra patienter dit. Idag är en stor del av patienterna på dessa mottagningar allmänläkarpatienter. Jag anser att smärtemottagningarna i stället ska fungera som vår konsultinstans. Där ska metoder studeras och utvärderas och vidarebefodras ut till primärvården. Vi ska följa våra smärtpatienter lika intresserat och noggrant som vi följer tex våra diabetiker!

För att vi ska nå detta syfte är det viktigt att vi tar till oss akupunkturmetoden. Det är inte alls svårt att ge akupunktur. Enligt Risto Sutinen är det viktiga inte *var* man sticker utan *att* man sticker! Detta kan jag helhjärtat instämma i efter att ha använt metoden i snart 2 år. Risto har 2 gånger per år en grundkurs i akupunktur i Södertälje i SFOM:s regi. Den kan varmt rekommenderas! Det går också att lära sig akupunktur enligt "naturmetoden", dvs av någon grundskolad kollega på mottagningen. Det har många av de distriktsläkare, företagsläkare och andra specialister, som idag använder akupunktur, gjort.

Att akupunktur är effektivt vid många typer av smärttillstånd, det har ju socialstyrelsen instämt i redan 1984 (1). Patienterna har ju trots på det ännu längre och blir lyckliga över att doktorn nu också gör det! I detta sammanhang måste förväntanseffekten utnyttjas maximalt! Dock är förstas bara en mindre del av akupunkteffekten beroende på patientens förväntan. Många studier visar stegring av olika transmittorsubstanser, tex dynorfin och endorfin (2). Dessutom är akupunktur praktiskt taget biverkningsfritt, vilket ju inte kan sägas om våra andra behandlingsmetoder. Kroppskontakten och den personliga kontakten under behandlingen är också oerhört viktig. Inte minst tvingar den

doktorn att lära känna och respektera sin patient och hans/hennes smärta bättre. Vi måste sluta att avfärda våra smärtpatienter med ett recept eller en remiss! Gunilla Brattberg, en av lärarna på kursen, vittnade om att våra kollegor skickar patienter till hennes smärtemottagning med begäran om akupunktur "som ytterligare ett sätt att bli av med en besvärlig patient". Akupunktur i våra egna händer kan aldrig användas så!

Gunilla Brattberg beskrev också hur akupunktur "förändrat hela mitt sätt att tänka, gjort mig mer ödmjuk, vidgat mitt synfält och gjort mig mer humanistisk". Hon är en narkosläkare som på väg till detta synsätt inte bara lärt sig akupunktur utan också hypnos och psykoterapi. Hennes verksamhet i Sandviken är banbrytande inom smärtbehandlingen. De allmänmedicinare som inte redan tagit del av hennes erfarenheter bör göra det snarast (3, 4, 5).

Sammanfattningsvis vill jag uppmana alla allmänmedicinare att lära sig akupunktur och att använda det som en del i sin terapiarsenal vid smärttillstånd. Akupunktur är inte allenasällgörande, men via akupunktur får man, som Gunilla Brattberg säger, ett vidgat synsätt på sina patienter. Jag tycker att jag själv blivit mer intresserad av mina smärtpatienter – på ett aktivt sätt. De jag inte kan *bota*, kan jag *lindra* smärtan för och – inte minst – *trösta* och *dela* upplevelserna av smärtan med.

Referenser

1. Socialstyrelsens författningssamling 1984:33.
2. Andersson, Carlsson, Eriksson. Akupunktur – från tro till vetenskap. Liber 1984.
3. Brattberg G. Att möta smärta. Liber 1985.
4. Brattberg G. Akupunktur mot smärta löser inte alla problem. Läkartidningen 1985; 82:580.
5. Brattberg G. Smärta och smärtbehandling. SPRI-rapport 219; 1987:179–184.

Författarpresentation

Elisabeth Jaenson är distriktsläkare vid Distriktsläkarmottagningen.

Postadress: Grangatan 11, 212 14 Malmö.

På väg mot ST – hur fungerar FV? LB 06340

Sydvästsånska enkät- och intervjuundersökning 1987

MOGENS HEY

En viktig utgångspunkt för planeringen av 90-talets specialisttjänstgöring (ST) inom allmänmedicin är kunskaper om nuläget. Hur fungerar dagens vidareutbildning (FV)? Ett ambitiöst tjänstgöringsprogram (PM 12/82) togs fram av socialstyrelsen i början av 80-talet. Har intentionerna kunnat uppfyllas?

I en sydvästsånska enkätundersökning till FV-läkare och distriktsöverläkare samt en intervju med klinikföreträdare visas på stora brister inom samtliga områden som berör utbildningen, handledningen inte minst. Mot bakgrund av resultatet diskuteras lämpliga åtgärder. Socialstyrelsens tjänstgöringsprogram är fortfarande ett bra måldokument för planeringen.

Nyckelord: Medicinsk utbildning, allmänmedicin, intervju/enkätundersökningar, Malmöhus län.

Inledning

Fem års erfarenheter av en formell specialistutbildning inom ämnesområdet allmänmedicin behöver sammanställas och utvärderas. Ett viktigt måldokument för specialistutbildningen har varit socialstyrelsens tjänstgöringsprogram, "Specialistutbildning i allmänmedicin", PM 12/82. Samstämmigt har från många håll pekats på stora brister i utbildningen. Inför 90-talets specialistutbildning behövs underlag för ett nytt och bättre omhändertagande av blivande specialister i allmänmedicin. Smärre, mindre utvärderingar har gjorts på annat håll i landet. Initiativ har tagits i Luleå med ett handlingsprogram, i Malmö kommun med handledarkontrakt och i Blekinge med egen stödgrupp för FV-läkare.

Material och metoder

Enkätundersökning

April 1987 genomfördes en enkätundersökning till distriktsöverläkare/handledare och FV-läkare i allmänmedicin. Enkäten till distriktsöverläkarna upptog 45 frågor, därav 43 med slutna alternativ och utrymme för kommentarer. Enkäten till FV-läkarna innehöll 35 frågor, därav 33 med slutna alternativ och utrymme för kommentarer. Enkäterna var anonyma.

I följebrev redovisades bakgrunden till enkätundersökningen. Efter cirka en månad skickades tackbrev med påminnelse.

Distriktsöverläkarenkäten skickades till 37 personer. Efter påminnelse förelåg svar från 30, 81%. FV-läkarenkäten skickades primärt till 85, 7 kunde ej spåras med befintligt adressregister. Av 78 återstående svarade efter påminnelse 51, 65%. FV-läkarnas tjänstgöringsläge visade spridning på samtliga halvårsperioder under utbildningstiden.

Intervjuundersökning

Under hösten 1987 intervjuades med utgångspunkt i socialstyrelsens tjänstgöringsprogram företrädare för kliniker vid Lunds lasarett. Sex intervjuer genomfördes med klinikchef/handledningsansvarig vid barn-, kvinno-, långvårds-, medicin-, psykiatri- och öron-klinikerna inom Lunds lasarett.

Resultat

Enkäterna

Distriktsöverläkarnas och FV-läkarnas svar på enkätens olika frågor redovisas i Tabellerna I, II och III. Som synes ställdes fler frågor till de förstnämnda. Vad beträffar de frågor som besvarades av både distriktsöverläkare och FV-läkare var det vanligare med oenighet än enighet i svaren.

I kommentar till frågan om projektarbete utföres av FV-läkare angav 16 av distriktsöverläkarna: Alltid 3, Ibland 10 och Sällan 3.

En FV-läkare kommenterade: "Har aldrig hört talas om projektarbete förrän i denna enkät". En annan FV-läkare skrev: "Startade, men genomförde ej, tid saknades".

Exempel på projektarbeten: Enkätundersökningar, testning UVI, primärprevention, hypertoni, kardiovaskulära sjukdomar, diabetes, telefon-

Tabell I. Handledning och primärvårdstjänstgöring

Fråga	Andel Ja-svar (%)	
	Distriktsöverläkare	FV-läkare
Introduktionsprogram	62	31
Auskultation hos handledare	62	20
Fast handledare	81	22
Mer än en handledare	35	51
Handledarkontrakt	11	18
Särskild handledningstid	67	49
Lokala utbildningsaktiviteter	100	96
Jour vid jourcentral (FV primärjour, ord dl bakjour)	100	53
FV-läkare knuten till fast vårdlag	70	—
FV-läkare oftast "vikarie" för ord dl	50	—
FV-läkare har fast arbetsrum inom patientmottagningen	90	—
FV-läkare har tillgång till socialstyrelsens tjänstgöringsprogram	—	50

Tabell II. Litteratur, projekt, primärvårdskontakt, tjänstgöringsprogram

Fråga	Andel Ja-svar (%)	
	Distriktsöverläkare	FV-läkare
FV-läkare läser allmänmedicinsk litteratur under tjänstgöringen	60	71
FV-läkare läser allmänmedicinsk tidskrift	—	45
FV-läkare utför projektarbete	76	42
Kontakt FV-läkare-handledare/distriktsläkare under kliniktjänstgöringen	29	21
FV-läkare deltar i primärvårdens utbildningsaktiviteter under kliniktjänstgöringen	24	47
Handledares/distriktsläkares planeringskontakt med handledare vid sjukhusklinik	0	—
Handledare/distriktsläkare medverkar i planering av FV-blockens innehåll	19	—
Formellt tjänstgöringsprogram för FV på egen vårdcentral	24	—
Särskilda utbildningsträffar för FV-läkarna inom primärvårdsområdet	63	—

Tabell III. Kliniktjänstgöring

Fråga	Andel Ja-svar (%)
	FV-läkare
Formellt tjänstgöringsprogram	25–40*
Tonvikt på öppen vård	6–17**
Deltagande i primärjour:	
– medicin, långvård, psykiatri	100
– öron, barn, kirurgi	60–75
– ortopedi, gynekologi	20–25
FV-läkaren tillhör ordinarie klinikstab:	
– medicin, långvård, psykiatri, långvård	100
– barn, öron	40–60
– ortopedi, gynekologi	20–33

* Öron 70%

** Öron 80%

samtal som ej leder till läkarbesök och två snabbtester vid streptocockinfektion.

Enligt distriktsöverläkarna behöver 38 distriktsläkare vid 18 vårdcentraler handledarutbildning.

Distriktsöverläkarna lämnar synpunkter och förslag:

Handledningen accepteras ej helt av personal som bokar patienter. FV-läkarna utnyttjas regelbundet som extra arbetskraft. Våra läkarresurser är så knappa att det är svårt att avsätta tid till handledning av FV-läkare. Öka utbildningstiden till 6 år. Flera ämnesområden obligatoriska. Minska allmänmedicintiden till 12 månader. Sista sex månader allmänmedicin fyller ingen funktion. En större tonvikt på patient-läkar-förhållandet.

FV-läkarna lämnar synpunkter och förslag:

Vidrigt utbildningssystem, hade hoppat av blocket för länge sedan om jag inte haft barn och varit beroende av ständig inkomst av deltidstjänst. Det är nedbrytande att gå runt och tjänstgöra på så många kliniker under kort tid vardera. Man hänger i luften i många år. Flera träffar FV-läkare emellan. Handledare till varje FV-läkare. Gärna projektarbete. Kontrollerad handledning på specialistkliniker, där vi behöver stöd att hämta vår identitet. Minska allmänmedicin med sex månader. Saknar moment som ögon, hud, rörelseorganens sjukdomar, öron, infektion, ortopedi. Ljligt kalla tiden för utbildning. Ingen ordentlig handledning. Billig arbetskraft. Antagonismen primärvård-länsjukvård. Ovilja på kliniken mot utbildning av distriktsläkare.

Intervjuerna

Klinikerna vid lasarettet i Lund har under senare år fått totalbemanning av läkartjänsterna. Detta innebär att man fastställt antalet kostnadstäckta underläkarlinjer. För flertalet kliniker har underläkarlinjer avsedda för FV-läkare i allmänmedicin ingått i totalbemanningen. För vissa kliniker har dock supernumerära underläkarlinjer fått tillskapas.

Klinikerna har oftast kontakt med FV-läkarna 8–12 veckor före tjänstgöringens start. Då diskuteras personalsociala och administrativa frågor samt ledigheter och tjänstgöringsgrad. Ytterst sällan diskuteras tjänstgöringens målsättning och innehåll.

Klinikerna, som i samtliga fall är undervisningsvana universitetskliniker, har i allmänhet välplanerad tjänstgöringsstruktur och utbildningsprogram. För några av klinikerna finns särskilda utbildningsprogram med föreläsningsserier för FV-läkare. Många teammöten och ronder är undervisningsvänliga. Personlig handledare utses ej.

Formella introduktionsprogram förekommer ej. Presentation inom kliniken förmedlas av van kliniksekreterare och är av praktisk art.

FV-läkarna har i stort under sin tjänstgöring tillgång till specialistkompetent läkare både vid tjänstgöring på mottagning och vårdavdelning.

Öronklinikens tjänstgöring visar en föredömlig uppläggning med tonvikt på öppen vård, där FV-läkaren tjänstgör i ett eget behandlingsrum vägg i vägg med handledande öronläkare, som arbetar parallellt med FV-läkaren.

På medicinkliniken ligger en stor del av arbetet på akutmottagningen och medicinens intensivvårdsavdelning, speciellt i inledningsskedet. Med den ökade tillgång på specialistkompetenta läkare har tjänstgöringen på ordinarie mottagning minskat. Verksamhetsområden inom klinikerna som ej tillgodoses med direkt tjänstgöring visas genom studiebesök, auskultation och temaföreläsningar.

Inställningen till att FV-läkare genomför FoU är mycket positiv. Den ofta splittrade tjänstgöringen gör att mer sällan FV-läkare genomför projekt under kliniktjänstgöringstiden.

Det har inte förekommit att distriktsläkare/handledare tagit kontakt med någon av klinikerna för diskussion om FV-läkarens tjänstgöring.

Socialstyrelsens tjänstgöringsprogram har i allmänhet varit okänt, men vid presentation upplevs det som mycket relevant för tjänstgöringen vid den berörda kliniken.

Av organisatoriska skäl finns svårigheter att tillgodose alla önskemål. Ett exempel är handledning av barnläkare inom barnhälsovård och skolhälsovård. Ett annat exempel är handledning i omhändertagande av enklare gynekologiska problem.

Samtliga företrädare för klinikerna är väl medvetna om den kritik som framkommit från FV-läkarnas sida.

Utfallet av kliniktjänstgöringen är i mycket hög grad beroende av den enskilde FV-läkarens ambition, intresse och eget initiativ.

Diskussion

Enkäten tillkom under tidspress och fick genomföras med små resurser. Trots eventuella brister i bearbetningen får den anses ge ett bra och representativt urval synpunkter på specialistutbildningen såsom den framträder 1987. Intervjuerna har genomförts utan tidspress i en konstruktiv anda. De har givit svar på många frågor rörande kliniktjänstgöringens innehåll och ambitionsnivå. Såväl enkäter som intervjuer ger underlag för förslag till förbättringar.

Landstinget har årligen 20 nya FV-block, 17 distriktsöverläkare har svarat att FV-läkare regelbundet förekommer där, vilket betyder att 85% av aktuella vårdcentraler besvarat enkäten.

Det är anmärkningsvärt att socialstyrelsens tjänstgöringsprogram var okänt för en stor andel FV-läkare. Tjänstgöringsprogrammet förordar introduktionsprogram. Endast en tredjedel av FV-läkarna har fått sådant. Två tredjedelar av distriktsöverläkarna menar att program förekommit. Som förklaring nämns att FV-läkaren tidigare tjänstgjort på arbetsplatsen. En formaliserad inledning borde i större utsträckning prioriteras.

Att handleda genom auskultation i mottagningsituationer är inte särskilt välutvecklat här i landet. Relativt få distriktsläkare har erfarenheter av auskultation hos erfaren kollega, liksom det under grundutbildning ej förekommer särskilt ofta. Svaren från FV-läkare såväl som från distriktsöverläkare antyder att auskultation är ovanlig.

Fast personlig handledarkontakt är ett måste. Det framgår klart av svaren att detta krav i alltför få fall kan anses uppfyllt. FV-läkarnas och distriktsöverläkarnas åsikt om hur handledningen formaliseras går isär. Distriktsöverläkarna anser i högre grad än FV-läkarna att handledningen fungerar bra.

Distriktsöverläkarna antyder en relativt god beredskap för genomförande av projektarbeten. FV-läkarnas svar visar att mindre än hälften utför sådant arbete.

Mer än hälften av FV-läkarna anser att de ej har ordinarie distriktsläkare som bakjour, vilket ej helt överensstämmer med distriktsöverläkarnas

åsikt. Frågan är viktig. Det är väsentligt att alla läkarverksamheter har tillgång till specialistkompetent läkare vid alla tider på dygnet. Att uppfylla FV-läkarens behov av en specialistkompetent kollegas råd är i första hand en uppgift för den egna specialiteten.

Det är anmärkningsvärt att FV-läkarna i mycket liten utsträckning har kontakt med sina distriktsläkare/handledare under kliniktjänstgöringen. Dessa tar aldrig kontakt med kliniker för att diskutera kliniktjänstgöringens innehåll.

Kliniktjänstgöringen präglas av företrädarnas ambition att ge en bra tjänstgöring ställd mot den praktiska verklighet där FV-läkarnas växande ambition och förutsättningar präglar resultatet. Kliniktjänstgöringen uppvisar brister speciellt då det gäller personlig handledning, målsättning med tjänstgöringen och utvärdering av utbildningsdelen.

Trots stora satsningar på handledarkurser saknas fortfarande vid 18 vårdcentraler handledarutbildning till 38 distriktsläkare.

Distriktsöverläkarnas synpunkter på FV-läkarnas praktiska tjänstgöring visar att inte alla FV-läkare fått fast anknytning till vårdlag, som torde vara den bästa förutsättningen för inblick i långsiktigt allmänmedicinskt arbete. FV-läkarna utnyttjas i relativt hög grad som vikarier för distriktsläkarna.

Distriktsöverläkarnas och FV-läkarnas synpunkter och förslag till förbättringar visar på stora brister och förslagen är uttryck för misslyckanden i den allmänmedicinska delen. Därför föreslås i svaren kortare tjänstgöring inom allmänmedicin. Även tjänstgöringen på sjukhuskliniker får hård kritik, vilket står i kontrast mot den uppenbara ambition som finns på de kliniker som besökts. Kritiken måste tas på allvar. Den sammanhänger dels med att FV-läkarna inte är klinikernas egna blivande specialistläkare, dels att det på några kliniker råder obalans mellan underläkargruppen och den grupp specialistkompetenta läkare som ska fungera som handledare.

Konklusion

Mot bakgrund av enkät- och intervjuundersökningen 1987 och med syfte att förbättra specialistutbildningen föreslås:

- Socialstyrelsens tjänstgöringsprogram ska i avvaktan på ST-utbildningens tjänstgöringsprogram vara planeringsunderlaget. Alla FV-läkare och distriktsöverläkare ska ha tillgång till programmet.
- Personlig allmänmedicinsk handledare under hela utbildningstiden ska utses.Handledningskontrakt ska upprättas. Introduktionsprogram ska genomföras. Kontakt under hela kliniktjänstgöringen ska upprätthållas. Utvärderingssamtal ska föras med regelbundna mellanrum och särskilt viktigt vid tjänstgöringens avslutning.
- För FV-läkarna ska ordnas fackliga och vetenskapliga möten. Särskild

planering ska genomföras för litteraturstudier, forsknings- och utvecklingsarbete ska stimuleras. Ett projektarbete ska genomföras under primärvårdstjänstgöringstiden, eventuellt i samarbete med klinik även under kliniktjänstgöringsperioden. Medlemskap i vetenskaplig förening ska uppmuntras. Projektarbeten bör kunna publiceras i lokala primärvårdstidningar.

- Motivering ska skapas för sådana kurser i allmänmedicin som tar upp för allmänmedicinen väsentliga områden som epidemiologi och individorienterat patientarbete, men även kurser som med sjukdomsperspektiv som tema arbetar problemorienterat under ledning av allmänmedicinare.
- Studierektor för sjukvårdsdistrikt och landstingsområde ska utses. Utbildningen av och stödet till handledarna ska förbättras. Återkommande handledarkurser måste anordnas regionalt. Lönepåslag till handledare bör diskuteras. Samordning med institutionerna för klinisk samhällsmedicin i regionen bör eftersträvas, emedan handledare även fungerar som handledare av medicine kandidater.

Författarpresentation

Mogens Hey, distriktsläkare i Höör, chefläkare i Orups sjukvårdsdistrikt, Malmöhus läns landsting, studierektor vid institutionen för klinisk samhällsmedicin, Dalby

Postadress: Box 9000, 24300 Höör

Fimpa till varje pris!

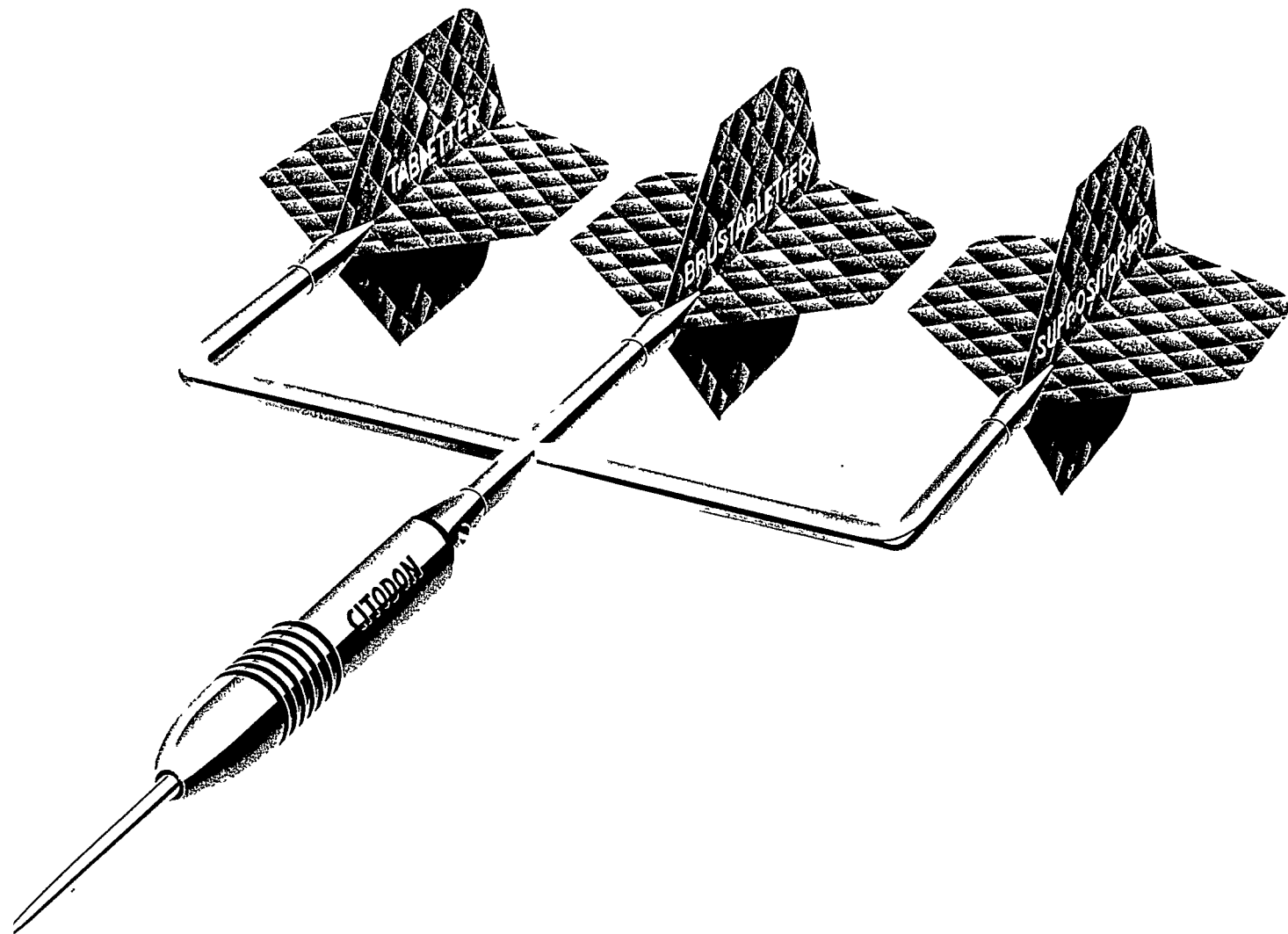
STHLM
HAWAII

2 4 O K T O B E R 1 9 8 8

Ett initiativ av TOBAKSPROGRAMMET I STOCKHOLM LÄN, Karolinska sjukhuset A

RING
RÖKSLUTS

JOUREN
08-32 66 66



Det träffsäkra valet för effektiv smärtlindring

Citodon® – paracetamol 500 mg, kodein 30 mg – ger en snabb och effektiv smärtlindring, genom att i samverkan angripa smärtan från två håll.

Paracetamol verkar perifert, medan kodein har en centralt verkande effekt.

Vår målsättning är medicinsk ändamålsenlighet. Citodon finns därför i tre olika beredningsformer:

1. TABLETTER

Delbara. Dosering: 1-2 tabletter 1-4 gånger dagligen.

2. BRUSTABLETTER

Lämpligt för patienter med sväljsvårigheter eller patienter som föredrar att ta sin medicin i löslig form. **Dosering:** 1-2 brustabletter 1-4 gånger dagligen.

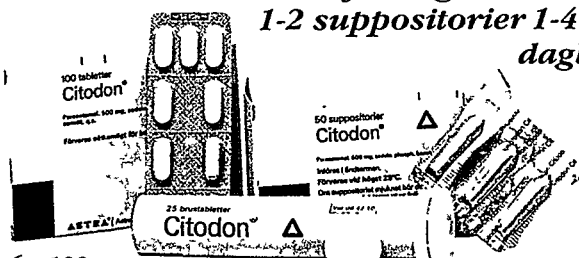
3. SUPPOSITORIER.

En beredningsform väl anpassad efter postoperativa förhållanden med sänkt medvetandegrad och illamående. Även för äldre sängliggande patienter, och för patienter med uttalad muntorrhet och sväljsvårigheter. **Dosering:** 1-2 suppositorier 1-4 gånger dagligen.

Citodon®
paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

Förpackningar: Tabletter 20, 50, 100 och 6 x 100 st.

Brustabletter 25, 50 och 100 st. Suppositorier 10, 20 och 50 st.



Citodon, analgetikum

Kroppsfenomener i psykosomatikken

BERIT HEIR BUNKAN

De fleste mennesker reagerer med kroppen i forbindelse med psykologisk stress. Overreaksjoner kommer til uttrykk i lidelser knyttet til det motoriske, det autonome og det endokrine system samt immunsystemet. Vi hemmer vår smerte og vårt følelsesuttrykk ved å bremse pusten. Kronisk hemning av diafragmafunksjonen hemmer sirkulasjonen i de diafragmanære organer. Endret belgfunksjon overbelaster de respiratoriske hjelpemuskler, og bidrar til lidelser i de perifere kroppsområder.

Nyckelord: Psykosomatik, smærtupplevelser, andningsstørning, vegetativ dysfunksjon.

Innledning

Pasienten går sjelden til lege for at han/hun er lei seg. Hos legen presenterer pasienten vanligvis et kroppslig symptom eller symptomkompleks. Ikke sjelden sjelden registrerer legen kompliserte årsakssammenhenger bak kroppslige lidelser.

I denne artikkelen vil jeg komme inn på noen av de kroppslige problemer som kan oppstå når vi forsøker å dempe eller skyve bort ubehagelige eller truende følelser.

Problemene og fenomenene har betydning når legen skal forsøke å forstå pasienten i et helhetsperspektiv. Følelser er et kroppslig fenomen. Er vi glade eller triste, har dette et kognitivt aspekt, men opplevelsen er først og fremst kroppslig. Gjennom den fysiologiske «feedback» fra kroppen registrerer vi om vi er lette eller tunge til sinns, om vi gleder eller gruer oss osv.

Kroppslige reaksjoner som psykologisk forsvar

Når vi ikke makter møte eller løse våre psykiske eller sosiale konflikter forsøker vi å dempe eller skyve vekk opplevelsen av dem. En vanlig forsvarsmekanisme i slike tilfelle er å blokkere kroppsopplevelsen. Da dempes opplevelsen av følelser og konflikter (1, 2).

I forbindelse med bortskyving av følelser har vel de fleste av oss merket at vi kan reagere diffust fra forskjellige kroppssystemer. Vi får muskelsmerter, sur mage, hjerteklapp etc. Noen

personer reagerer mer i ett system enn i et annet. I følge Malmö og Shagass (3) reagerer noen mennesker mer spesifikt i et system enn i de andre. Ved stereotyp reaksjonsmønstre skal det mer til for at det skjer omsjaltninger fra et system til et annet. Disse pasienter utvikler lettere lidelser i det system de reagerer mest med enn pasienter som kan spre reaksjonene over flere systemer. De mest aktuelle kroppssystemene er det motoriske, det autonome, det endokrine og immunsystemet (fig 1).

Motstand og omsjaltning av spesifisitet

I kroppen vår skjer det en kontinuerlig omsjaltning av aktiviteten mellom de forskjellige systemer. Under stress reagerer de fleste av oss ekstra i flere av kroppens systemer. Bare et fåtall personer har preferanse (spesifisitet) for et bestemt system. Overreaksjoner fra det motoriske system kan være invalidiserende, men de er som regel ikke fatale. Det kan derimot overreaksjoner i de andre systemene være. I forbindelse med kroppsbehandling som ikke ivaretar symptomenes psykiske bakgrunn kan det skje en omsjaltning til de indre systemer. I slike tilfelle kan man f.eks oppleve at pasienten blir bra av sin spenningshodepine ved kroppsbehandling, men utvikler hjertesymptomer. Erfaringer fra psykoterapi viser også omsjaltningsmekanismer. Når motstanden i terapien blir for stor, kan nok de psykiske problemer komme i bakgrunnen, men pasienten utvikler symptomer/lidelser i indre organer.

I medisinen kan det skje noe tilsvarende. Når medisineringen fritar pasienten for kroppslige symptomer kan det oppstå angst. Videre kan medisinsk behandling uten ivaretagelse av eventuelle psykososiale aspekter ved lidelsen komme til å forsterke somatiseringen. Dette kan skje når oppmerksomheten fjernes fra sentrale faktorer i sykdomsutviklingen.

Det motoriske system

Det vi lettest kan observere er reaksjoner fra det motoriske system. Her er det holdnings- og bevegelsesmønstre samt pusten som kan fortelle oss noe om oss selv og andre. Dette er faktorer vi intuitivt trekker slutninger på når vi tolker hverandre, men som vi vanligvis er lite bevisste på.

Fleksjonsmønstret

Fleksjonsmønstret er en primitiv beskyttelsesmekanisme. Prototypen på mønstret er beskrevet av Hunt og Landis (4).

Fleksjonsmønstret kommer tydeligst frem når vi blir skremt f.eks når en bil bråbremser bak oss. Kroppen krummer seg.

Skuldrene trekkes opp mot ørene. De store ledd bøyes og pusten holdes. Et fleksjonsmønster kan også utvikle seg over tid i forbindelse med submaksimale påkjenninger og bli stående i kroppen. For de fleste er fleksjonsmønstret sosialt uakseptabelt.

Ekstensjonsmønstret

Sosial læring går ut på at vi skal rette oss opp «bli rakryggede». For å oppnå dette spenner vi ekstensormusklene så mye at de overviner forkortningene i fleksjonsmuskulaturen.

I denne prosessen utvikler vi kroniske muskelspenninger og ofte mister vi evnen til å slippe spenningene. En rekke automatiske reguleringsmekanismer deltar i dette. Når den muskelspenningen blir meget høy, refereres den til som muskelpanser (2).

Slapp kropp

De fleste av oss har opplevet forbigående slapphetstendenser. Når vi blir ekstra redde, vil f.eks bene ikke bære oss. «Vi blir gele i knærne», som det heter. Dette er den opplevde slapphet.

Muskulær slapphet sees relativt hyppig hos personer som er nedtrykte, oppgitte eller mangler initiativ. Muskulær slapphet er ikke alltid opplevd og kan være der uten at personen er klar over det.

Slapp muskulatur er heller ikke alltid knyttet til såkalte slappe kroppsholdninger, men kan finnes hos personer med strake kroppsholdninger.

Ukoordinerte bevegelser

Mange ansente mennesker får også en stivere bevegelsesmåte. Hos andre er bevegelsesmåten tilfredstillende, men de mangler evnen til å la seg bevege passivt. Det undersøkeren registrerer er at personen hjelper til under bevegelsen, gjør motstand eller veksler mellom hjelping og motstand.

Denne type aktivitet er ofte fullstendig utenfor personens kontroll selv om sentralnervesystemet er normalt. Erfaringsmessig har dette noe med personens tillitsforhold til andre mennesker å gjøre.

Hemmet respirasjon

Noen mennesker reagerer først og fremst med pusten på emosjonelt stress. Respirasjonens leie kan forskyves. Typiske eksempler er personer som ikke har ventilasjonsbevegelse av thorax, eller som bare har thoraxbevegelse og ingen abdominal medbevegelse. Ekspirasjonen kan bli aktiv, og pausene kan forstyrres. Derved tapes hvilefasen som er knyttet til ekspirasjonen. Respirasjonsfasene kan forskyves i forhold til hverandre slik at inspirasjonsfasen eller ekspirasjonsfasen forlenges.

Nært knyttet til faseforstyrrelsen er rytmeforstyrrelser som folk lettest merker selv.

Thorax eller deler av den kan stivne til i inspirasjons- respektive ekspirasjonstilling etc.

Det autonome og det endokrine system samt immunsystemet

Ikke alle mennesker reagerer synlig med ytre kropp (det motoriske system) i forbindelse med psyko-emosjonell eller sosial belastning. Noen mennesker reagerer hovedsakelig med det autonome, det endokrine system eller immunsystemet (de indre systemer). I denne gruppen finner vi først og fremst de personer som reagerer med indre organer og organsystemer. Typiske lidelser relatert til det autonome system er feks ulcus duodeni, colitis ulcerosa etc.

I gruppen for endokrint betingede lidelser finner vi feks thyreotoksikose, diabetes mellitus samt menstruelle og seksuelle problemer etc.

Ved spesifikke reaksjoner fra immunsystemet i forbindelse med psykoemosjonell belastning finner vi feks spesielt liten motstandskraft mot infeksjoner.

Nyere forskning tar med utvikling av visse typer cancer (5) udner spesifisitet for reaksjoner i dette system.

Psykiske reaksjoner

Er relativt lite antall personer reagerer først og fremst psykisk på psyko-emosjonelt eller sosialt stress. Her finner vi dem som blir glemske, sløve, forvirrede eller får søvnproblemer.

Blandede reaksjoner

De fleste mennesker reagerer mer eller mindre i alle systemer i forbindelse med emosjonelt stress.

Emosjoner, smerte og kropp

Ubehagelige emosjoner og smerte har lik innflytelse på kroppen (fig 2). Av egen erfaring vet vi at når smerten blir stor nok trekker vi oss inn i fleksjonsmønstrer. Fleksjonsmønstrer er i slekt med fosterstillingen – den tryggeste av alle kroppsstillinger. Bare ved lettere smertetilstander klarer vi å beholde ekstensjonsmønstrer. De kroppslige beskyttelsesmekanismer mot smerte

likner således vår måte å beskytte oss på mot uønskede emosjoner. På samme måte som ved uønskede emosjoner kan vi dempe smerte ved å dempe kroppsopplevelsen. Også her skjer dempningen av opplevelsen ved at vi spenner muskulaturen, eller gjør oss «døde» og draske i den.

At smerte og negative emosjoner kan henge nøye sammen kommer feks frem hos pasienter som ble smått mye som barn. Disse kan være så fremmede ovenfor sine egne kropp at de ikke sanser store områder når de forsøker å registrere kroppsdelene med lukkede øyne (6).

Smerten fins både i den har de og i den slappe muskulatur

Det er en utbredt oppfatning at muskelsmerter og palpasjonsømheter er knyttet til høy muskulær stivhetsgrad.

Dette er ikke alltid tilfelle. Muskulatur med høy muskulær stivhetsgrad kan være uten smerter og palpasjonsømheter, mens muskulatur med lav stivhetsgrad kan være smertefull og ømfintlig. Det siste forekommer mer sjelden.

Erfaring fra kroppsorientert terapi (6) viser at ved bearbeidelse av kropp med stimulering av kroppsopplevelsen øker kroppssansningen. Samtidig utvikler det seg en smerteopplevelse som stemmer mer med stivhetsgraden i muskulaturen. Når pasienten klarer å slippe hemmingen i pusten, omstiller muskulaturen seg og får mykhet og spenst. I denne prosessen reagerer ofte personen følelsesmessig samtidig som muskelsmerten forsvinner. Det emosjonelle innhold kan være sorg, frustrasjon, glede etc. At emosjonelle reaksjoner kommer reglemessig i forbindelse med avspenningsbehandling er felles erfaring blant fysioterapeuter, kroppsterapeuter og andre som arbeider med spenninger i kroppen. Noen ganger er det knyttet minner til de følelsesmessige reaksjoner, men ikke alltid. Etter min erfaring er den følelsesmessige reaksjonen i forbindelse med behandlingen viktigere for bedringen enn spesifikke minner om hendelser. Vi kan huske mye og ha en intellektuell forståelse uten at det hjelper oss (7). I en rekke tilfelle kommer det bedring uten at en kan registrere minner og emosjonelle avreageringer. Muligens kan det her skje en avreagering gjennom drøm. Det er også sannsynlig at det i slike tilfelle dreier seg om muskelspenninger uten emosjonelt innhold.

Diafragmafunksjon og tilbakeholdte følelser

Det er lett å registrere på seg selv hvordan vi holder tilbake følelser ved å binde pusten. De fleste kan merke slik binding av pusten ved en opplevelse av spenning i mellomgulvet. Det er

nettopp i denne regionen den mest sentrale hemning av følelsesuttrykket skjer. Det kan således være noe i påstanden om at mellomgulvet ligger i skjæringspunktet mellom kropp og følelser. Smerteopplevelsen er et følt fenomen selv om smerte ikke er en emosjon. Når vi ikke ønsker å vise vår smerte holder vi uttrykket tilbake blant annet ved å hemme diafragmafunksjonen.

Fra oss selv vet vi at endog forventningen om emosjonelt utbehag eller smerte, gjør at vi hemmer pusten.

Selv rungende latter krever innsats fra diafragma. Bremser vi slik utfoldelse gjør vi det først og fremst ved å hemme de frie utslagene til diafragma. På samme måte bremser vi uttrykket av andre primitive reaksjoner.

Når vi bremser funksjonen av mellomgulvet over tid kan spenningen i mellomgulvet bli kronisk. Ved emosjonelt betinget hemming av mellomgulvet kan vi miste evnen til å utfolde oss spontant og fritt følelsesmessig. Dette kan skje selv om den viljemessige kontroll av diafragmafunksjonen er relativt uberørt. Fenomenet avdekkes derfor ikke vanligvis ved røntgenundersøkelser.

Hemmet belgbevegelse og kjeve-nakke-skulderysymptom

I klinikken kan vi observere at den spontane belgbevegelsen som skal gå helt ned til lysken ofte blir borte når pusten hemmes. Når vi blir avskåret fra den basale belgbevegelse aktiveres de respiratoriske hjelpemusklene. Vedvarer kravet på disse musklene blir de ofte anspente, korte og overbelastede. I halsdelen er det først og fremst scalenus- og sternocleido-muskulaturen som er belgens hjelpemusculatur, men tungebenets muskler kan også komme med. Halsmusklene overanstrenges lett, spennes og blir korte.

Grunnlaget for problemer i området for toppen av thorax er lagt og vi kan få de såkalte «thoracic outlet syndromer». De viktigste er scalenus anticus syndromet, claviculo costal-syndromet, hyperabduksjons-syndromet, pectoralis minor syndromet. I forbindelse med spenninger i nakke- og halsregion finner vi ofte spent tungebensmuskulatur. Personen får svelgvaner og må bøye nakken bakover for å få bedre plassforhold på fremsiden av halsen under svelgingen.

Bakoverbøyningen i øvre nakkeledd skjer ved hjelp av nakkerosetten. På denne måten kommer skallebasis til å fungere som fiksasjonspunkt for hjelpemusklene til respirasjonen i halsregionen. Samspillet gjør at de øverste costae og clavicula kan trekkes opp under belgbevegelsen.

En slik pustemåte har sine omkostninger. Når hodet fungerer som punctum fixum under belgbevegelsen, får mange mennesker hodepine og/eller spenninger i kjevens lukkemuskulatur.

Økt spenning i musklene for nakke, hals og kjeve bidrar til økt kompresjon og smerteutvikling i de impliserte ledd både i kjeve og nakke. Grunnlaget for degenerative og smertefulle prosesser i disse områder blir således lagt. Det vi sjelden tenker på, er at lidelser og plager i nakke, kjeve og hals kan ha sammenheng med hemmet basal respirasjonsfunksjon.

Diafragmafunksjon emosjon og diafragmanære organer

Tradisjonelt sees hjertet på som et organ knyttet til følelser. Dette henger vel ikke minst sammen med at det «både hopper og løper» i emosjonelt utfordrende situasjoner. I dagligspråket snakker vi om ha hjertet i halsen, ha kaldt hjerte, varmt hjerte, godt hjerte, tungt hjerte, miste sitt hjerte, etc ...

Hjertet og mellomgulvet er naboer. Hjertet hviler på diafragma og den koronare sirkulasjon påvirkes og understøttes av mellomgulvets pumpebevegelse.

Særlig i yngre alder er hjertefunksjonen synkronisert med pustebevegelsen. Ved forskjellige sykdomstilstander kan diafragma bli stående i inspirasjonsstilling respektive ekspirasjonsstilling. Det samme gjelder ved forskjellige former for angst. Kronisk angst eller sterke følelser som holdes tilbake over tid, kan føre til at hjertet må arbeide mot diafragmas motstand. Dette gir en ekstra belastning på hjerte- og karsystemet. Sammen med andre av angstens/emosjonenes påkjenninger vil belastningen kunne redusere hjertets helsetilstand. Ved konstant inspirasjonsstilling av diafragma vil eksempelvis understøttelsen av ekspirasjonen på koronarsystemets tømningssfase reduseres. Personer med essensielt forhøyet blodtrykk har ofte inspirasjonsstilling av thorax (8).

Det er et velkjent fenomen at personer som har dårlig diafragmafunksjon, ofte får vanskeligheter ved infeksjoner i sinuser eller bronkier. De har dårlig kraft på hostestøtet så slim blir lett liggende i lungene. Hvis thorax står i inspirasjonsstilling og diafragmafunksjonen er dårlig må pasienten ta ekstra i med all respirasjonsmuskulatur under støting. Dette øker det intrathoracale trykk. «Equal pressure point» flyttes mer perifert og «closing capacity» frohøyes. Alle disse faktorer øker risikoen for lungekomplikasjoner.

På samme måte som diafragmafunksjonen har betydning for funksjonen i organene over diafragma, har den betydning for funksjonen i organene under diafragma. Dette gjelder ikke bare organenes egen sirkulasjon, men pumpevirkningen til diafragma understøtter organenes egne vitale funksjoner. Diafragmabevegelsen motvirker feks stase i leveren ved fysiske anstrengelser som jogging og sykling. Undertegnede har hatt pa-

sienter med «funksjonelle» smerter i leverregionen som har blitt borte ved bedret diafragmafunksjon.

Diafragmabevegelsen virker feks befordrende på tykktamens funksjon. Ikke sjelden bedres tarmfunksjonen når spenningene i abdominalmuskulaturen avtar og medbevegelse av abdomen under respirasjonen kommer igang. Nyopererte pasienter med inngrep i områdene nær diafragma har ofte vansker med luftavgang. Dårlig diafragmafunksjon øker slike vansker. Samspillet mellom mellomgulvet og bekkenbunnsmuskulaturen (diafragma pelvix) er vesentlig for en rekke funksjoner. Ved nedsatt eller manglende belgbevegelse av underlivet er den muskulære elastisitet i området ofte dårlig. Samtidig svekkes organenes egen sirkulasjon. Dette er vesentlig å være oppmerksom på ved residiverende infeksjoner i skjede og urinveier, ved menstruasjonsproblemer, hemmet seksuallfunksjon etc. Sammen med lav muskulær stivhetsgrad i bekkenbunnsmuskulaturen er dette en kompliserende faktor ved inkontinesproblematikk. Trykkendringene som følger den abdominale belgbevegelse påvirker videre den perifere sirkulasjon i underekstremitetene. På ekspirasjonsfasen understøttes tilbakestrømmingen fra bena til abdominalhulen og på inspirasjonsfasen understøttes tilbakestrømmingen til hjertet.

En sammenheng mellom diafragmafunksjonen og ryggsmertene?

En diafragma som står i inspirasjons- eller ekspirasjonsstilling eller har hemmete bevegelsesutslag kan ha betydning for lidelser i thoracolumbalovergangen av columna. Diafragma springer ut fra området rundt Th 10–Th 12. Dette området blir et særdeles viktig nøkkelpunkt fordi psoas major og quadratus lumborum springer ut fra samme område samtidig som transversus abdominis har sin tilheftning her. På grunn av den innbyrdes balanse mellom disse musklene vil økte spenninger i en av dem ha betydning for spenningstilstanden i de andre. I klinikken observerer vi ofte et flatt parti i ryggen over dette område. Muskelspenningene er som regel økte og det samme er formondtlig leddkompresjonen. I de tilstøtende partier av columna finnes ikke sjelden hypermobile og smertefulle segmenter med de konsekvenser dette har for individets funksjon.

Et interessant fenomen i slike tilfelle er at stivhetsgraden i magemuskulaturen kan være lav. Som regel relateres slapp muskulatur til inaktivitet og trening av magemuskulaturen anbefales. Det er imidlertid ikke alltid slik at slapp muskulatur (muskulatur med lav stivhetsgrad) har nedsatt kraft. Slapp muskulatur kan ha sammenheng med tilbake holdte emosjoner. Da er den ikke sjelden forbundet med nedsatt kroppsopplevelse og emosjonell dis-

tansering fra området. Samspillet mellom magemuskulatur og korsrygg er særlig interessant i forbindelse med koitus. For spøk har man i norsk vegoterapi hevdet at når seksuallfunksjonen går ut går ischiasen inn.

I almenpraksis er ryggsmertene et tilbakevendende problem. Iskemiske tilstander her kan gi opphav til smertefulle nevropatier som er vanskelig å diagnostisere. Det er betydelig sjanse for at slike smerter kan ha sammenheng med nedsatt mikrosirkulasjon i de små nerver nær ryggraden. Sårbar i slike sammenhenger er også nervus vagus med de konsekvenser dette har for de organer den innnerverer (O. Rindvik personlig meddelelse 1986).

Diafragmaspenning og angst

I ressursorientert kroppsbehandling spesielt i psykomotorisk fysioterapi, har vi ofte sett bedringer av de problemområdene som er lagt frem her. Symptombedringen kommer regelmessig i forbindelse med den respiratoriske omstilling. Det vi observerer direkte er feks at stillestående deler av belgen begynner å delta i respirasjonsbevegelsen. En vesentlig milepel i behandlingen er når de latero-basale partier på thorax begynner å delta i belgbevegelsen igjen. Når dette skjer, vet vi at vi kan forvente bedret funksjon av de diafragmanære organer. Den respiratoriske omstilling av flankene kommer sjelden uten emosjonelle reaksjoner. Angstreaksjoner er det vanligste. Minner knyttet til angsten kan også komme. For at pasienten skal unngå unødig lidelse, blir doseringen av behandling som omstiller pustefunksjonen særlig viktig.

Skal man klare å omstille et habituellt respirasjonsmønster bør forutsetningene for et nært samarbeide mellom kroppsterapeut og lege være tilstede.

Avslutning

Erfaring fra kropporientert psykoterapi og psykomotorisk fysioterapi (9) har bekreftet den betydning belgfunksjonen har på organers egen sirkulasjon, ernæring og funksjon.

Det er lett å forstå at hemmet basal respirasjonsfunksjon har betydning for helsetilstanden i de diafragmanære organer. Sjeldnere tar en konsekvensen av at lidelser knyttet til belgens ytre deler samt ekstremitetene kan påvirkes av uhensiktsmessige respirasjonsmønstre. Sammenheng mellom følelser, habituelle respirasjonsmønstre og kroppsfunksjon bør derfor tillegges større oppmerksomhet i medisinen.

Referenser

1. Reich W. Characteranalysis. New York. Orgona Press 1942. Farrar Straus 1969.
2. Braatøy T. De Nervøse Sinn. Oslo, Cappelen, 1947.

3. Malmö RB, Shagass C. Physiological studies of reaction to stress in anxiety and early schizophrenia (EMG). *Psychosom. Med.* 1949;11-9.
4. Hunt WA, Landis C. The Overt Behavior Pattern in Startle. *J exp Psychology* 1936; 19:309-15.
5. Simonton OC, Matthews-Simonton S, Creighton J. Du kan bli frisk. Oslo, Dreyer, 1982.
6. Bunkan B. Muskelspenninger og kroppsbilde. Oslo, Universitetsforlaget, 1985.
7. Thornquist E, Bunkan B. Hva er psykomotorisk behandling? Oslo, Universitetsforlaget, 1985.
8. Bunkan B. Risiko for hjerte- og karsykdom hos menn i Oslo. Oslo-undersøkelsen. Oslo, Magistergradsavhandling, Oslo universitet, 1977.
9. Bunkan B, Thornquist E, Radøy L. Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bulow-Hansen. Oslo, Universitetsforlaget, 1982.

Författarpresentation:

Berit Heir Bunkan er fysioterapeut og psykolog. Hun har lang praksis som fysioterapeut ved somatiske sykehus. I 1977 tok hun magistergrad i psykologi. Bunkan er lektor ved Fysioterapihøgskolen i Oslo. I tillegg arbeider hun med psykomotorisk behandling.

FYSIOTERAPIHØGSKOLEN I OSLO

Administrasjon og skole-fysisk avdeling
 Trondheimsveien 132, 0570 Oslo 5 Trondheimsveien
 137, 0570 Oslo 5



Problemlösning i allmänpraxis

STEINAR WESTIN

Institutt for samfunnsmedisinske fag
 Eirik Jarlsg 10

7000 TRONDHEIM

Pris: 100,- inkl porto

Sedan 1981 har den norska allmänläkartidningen *Utposten* publicerat en serie fallbeskrivningar av patienter från allmänläkarmottagning. I anslutning till fallbeskrivningen inbjöds läsekretsen att svara på några multiple choice-frågor rörande diagnos och terapi. Svaren sändes till tidningen tillsammans med anonyma uppgifter om den svarande (bl a kön, ålder, år som distriktsläkare). Svarsfördelningen publicerades i senare nummer tillsammans med en kommentar av fallbeskrivningen. I och med det fick läsaren möjlighet att jämföra sitt eget svar med den övriga läsekretsens. Svarsfördelningen kom att utgöra "facit" och läsekretsen fungerade som en form av "medical audit". Läsarnas insända svar användes också för att studera allmänläkarens beslutssätt.

Gensvaret och intresset blev stort och tidningen hade svart att få fram särtryck av patientbeskrivningarna. De sex först publicerade fallen, frågor, svarsfördelning och kommentarer finns nu samlade i en skrift utgiven av *Utposten*. Dessutom ingår några artiklar om allmänläkarens beslutssätt.

De svarande allmänläkarna kunde gradera sina svar mellan 1 och 5, där siffran angav om de var helt överens

ej överens med angivet svarsalternativ. När svaren jämfördes med uppgift om den enskilde allmänläkaren, framkom att ökande ålder och längre tid i allmänläkaryrket ökade tendensen att välja ytteralternativ (helt överens eller ej överens). Detta stod i motsats till yngre och ej så erfarna allmänläkare som valde mer försiktiga alternativ (delvis överens, osäker). Denna beslutsstil verkade konstant hos den enskilde allmänläkaren. En undersökning bland medicine studerande visade att beslutssäkerheten i större utsträckning var beroende av personlighet än av kunskande (mätt som betyg). De studerandes beslutsstil var försiktigare än de yngsta allmänläkarnas, vilket talar för att beslutsstilen ändras med tiden.

Tillsammans utgör dessa fallbeskrivningar och artiklar ett stimulerande, lätt-tillgängligt och användbart material både för diskussion bland kollegor på vårdcentralen och framförallt i handledning av utbildningsläkare. Steinar Westin pekar i sina artiklar om beslutsstil på en process som ju i hög grad påverkar vårt vardagsarbete och samtidigt är en viktig del i utvecklingen till allmänläkare. Förändring av beslutsstil under utbildningstiden är process som vi oftast är omedvetna om. Först genom att bli medvetna om dessa skeenden förmar vi granska dem och få en möjlighet till påverkan och förändring.

Dessa norgehistorier för allmänläkare blir man glad av! Unna Dig och Din utbildningsläkare det nöjet under några handledningstimmar.

Malin André, vårdcentralchef

Postadress, Högbo vårdcentral, 791 82 Lahn

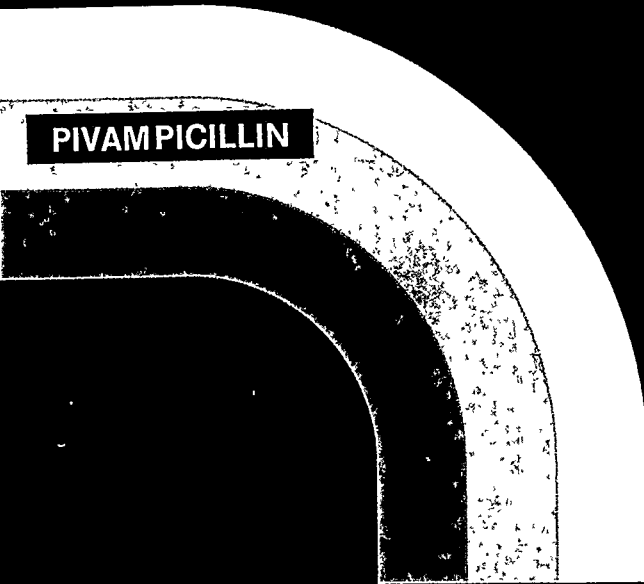
Rök inte där någon annan får obehag.

Alla som vistas i rökig miljö röker. Även om de inte är rökare.
 Måste du röka så gör det där ingen annan får obehag.

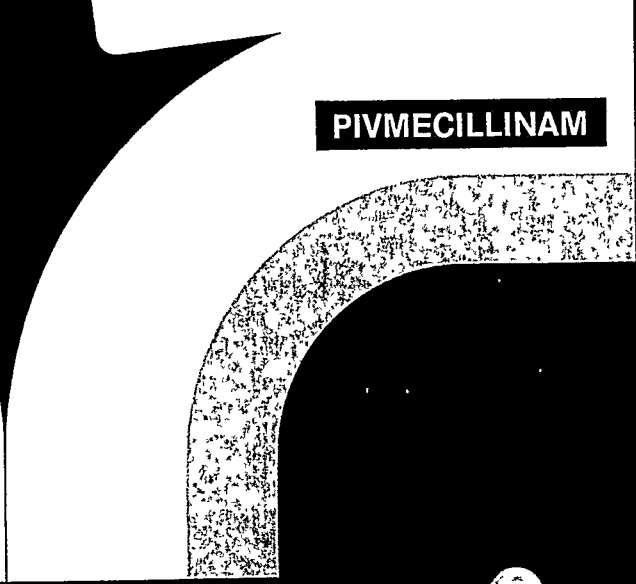
SOCIALSTYRELSEN

SKRIV OCH BESTÄLL AFFISCHER OM PASSIV RÖKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 106 30 STOCKHOLM

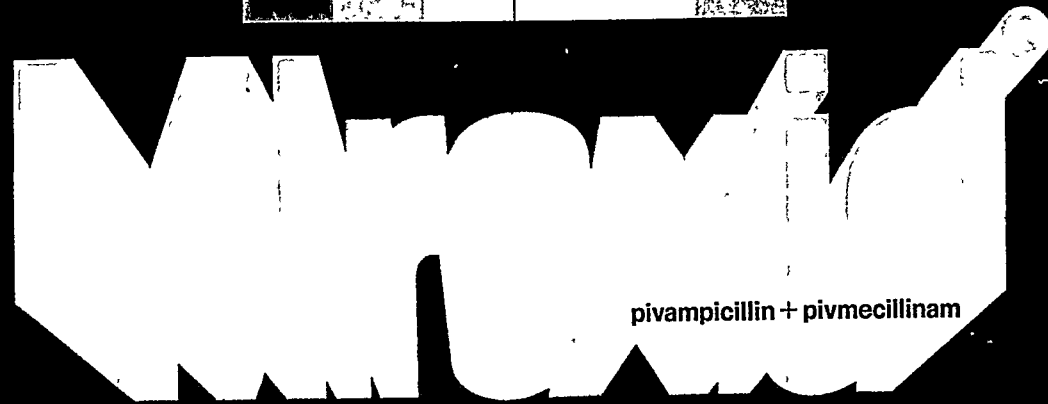
BAK: 17-11-1987
 OASTG: 17-11-1987
 542 33 380



PIVAMPICILLIN



PIVMECILLINAM



Miraxid
pivampicillin + pivmecillinam

Penicillinkombinationen med synergistisk effekt

- ☐ Hög antibakteriell aktivitet på de flesta grampositiva och gramnegativa bakterier.
- ☐ Snabbare baktericid effekt än med enkelkomponenterna var för sig.
- ☐ Den ringa påverkan på tarmens normalflora innebär mindre risk för super- och reinfektioner.
- ☐ God tolerans jämfört med andra bredspektrumantibiotika.

Miraxid® — när effekt och tolerans får avgöra preparatvalet.

Miraxid: pivampicillin + pivmecillinam

Grupp 7B 4020

Tabletter. En tablett Miraxid innehåller 200 mg pivmecillinam + 250 mg pivampicillin. En tablett Miraxid mite innehåller 100 mg pivmecillinam + 125 mg pivampicillin.

Indikationer: Infektioner orsakade av mikroor-

ganismer känsliga för Miraxid, tex övre urin-
vägsinfektioner och komplicerade nedre urin-
vägsinfektioner.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot peni-
cilliner och cefalosporiner.

Förpackningar: Miraxid, Miraxid mite 30, 100 st.



Hoechst satsar mer än 9 miljoner kr per dag i läkemedelsforskning.



Internationell draghjälp

Hoechst och Hässle (Astra) har inlett ett internationellt samarbete för att alltid ligga i täten när det gäller hypertoni behandling. Hässle har utvecklat substansen felodipin som tillhör gruppen kalciumflödeshämmare.

I första etappen får Hoechst internationellt tillgång till denna substans och marknadsför den i Sverige under namnet Hydac.

I andra etappen får Hässle på motsvarande sätt tillgång till ramipril, en ny ACE-hämmare och originalsubstans som Hoechst har utvecklat.

Resultatet blir en ömsesidig fördjupad kunskap om behandling av kardiovaskulära sjukdomar.


felodipin

Ditt val för att stärka framgångsrik internationell forskning.

Hoechst 

Svenska Hoechst AB, Läkemedelsdivisionen
Box 42026 126 12 Stockholm Tel 08.190060