

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



UTBILDNING

3
1989

*Trevlig
sommar!*

Tillsammans blir vi starkare.



Dextropropoxifen och paracetamol. Tillsammans ger de bättre smärtlindring* Dosera 2 tabletter×3.

En division i Eli Lilly Sweden AB

Lindhagensgatan 132, Box 30037, 104 25 Stockholm, Telefon 08-13 02 50.

▲ **Distalgesic. Deklaration:** 1 tablett innehåller; Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g. **Egenskaper:** Dextropropoxifenhydroklorid 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. **Försiktighet:** Nedsatt njur- eller leverfunktion. Preparatet bör ej förskrivas till patienter som missbrukar alkohol eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstänkas. Dextropropoxifenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med kodein. **Förpackningar:** Tabletter: Tryckpack 20 st, 50 st, 100 st. Burk 100 st.

* För översikt se Beaver. W; Am J of Med; Sept 10; 1984

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1989/90. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsa, rättas och korrekturläsa på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstopp-dagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1989/90.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
4/89	12/ 6-89	37
5/89	1/ 9-89	44
6/89	29/ 9-89	48
1/90	4/12-89	6
2/90	22/ 1-90	14
3/90	26/ 3-90	23

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmän Medicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

Huvudredaktör:
Bo Haglund
Institutionen för socialmedicin
17283 Sundbyberg. Tel: 08/989100.

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

Redaktionsadress:
AllmänMedicin
Institutionen för socialmedicin
17283 Sundbyberg. Tel: 08/989492 eller
282214 (Margareta Lindborg)

Annonser:
YH Annonserförmedling,
Alströmergatan 18, n b, 11247 Stockholm
Tel: 08/516760

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

Tidningen utkommer med 4-6 nummer per år. Prenumerationsavgiften inbetalas till postgiro 375440-5 till AllmänMedicin. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1989

ISSN 0281-3513

Ledare:

Utbildning av kallhjärnade och varmhjärtade allmänläkare
Gösta Tibblin 101

Nytt från SFAM:

Ordföranden har ordet
Lista över lokala kontaktpersoner i SFAM 102

Kalendarium

104

Debatt:

Allmänmedicin och primärvård, den individnära vården
Kaj Norrby 106

Förändringsarbetare eller maktens lakej

Ingemar Hermansson 107

Vi måste ta ansvar för våra smärtpatienter!

Hans Thörn 109

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Dag Isacson: Primärvårdsforskning i Tierp: Storkonsumenter av läkemedel - vilka är det, och varför?
Jan Stålhammar 111

Allmänmedicinen i England:

Möte med John Fry
Christina Fabian, Göran Sjönell, Moa Vlastos 112

Fallbeskrivning:

Min 68-årige patient
Lars-Olof Hensjö 116

Apoteksbolaget

117

Utbildning:

Allmänläkare som lärare i grundutbildningens tidiga del - erfarenheter från Umeå
Bengt Mattsson, Sven-Olof Andersson 121

En enkät till distriktsläkarna i Stockholm

Hans Åberg 123

Pågående incidensstudie i Sverige

Bengt Scherstén, Jan Östman 125

Patient-läkarrelationen:

Något om alexitymi-begreppet ur ett allmänläkarperspektiv
Bengt Mattsson, Rolf Asp 127

Kurser & Konferenser:

Möte med landets FoU-enheter. Referat från årligt möte med landets enheter för forskning och utveckling inom primärvården
Anders Lindman 130

Referat från Socialstyrelsens läkemedelsavdelnings workshop om Profylax och behandling av osteoporos

Cecilia Björkelund, Markus Kallioinen, Per Skoog 130

Symposium om suicidförebyggande arbete på Riksstämman den 1.12 1988

Cecilia Björkelund 132

Recensioner:

Lundgren N, Luthman G, Elgstrand K (red): Människan i arbete
Anders Håkansson 134

Werner B, Persson H, Kullin P (red): Akuta förgiftningar
Anders Håkansson 134

Björkman L (red): Arytmier - diagnostik och behandling
Erland Tivell 134



Allergi eller inte?

Phadiatop[®]
ger svaret.

Mer än 20 % av alla människor har allergiska besvär. När du möter symptom som rinit, astma och konjunktivit bör du alltid överväga allergi. Med Phadiatop[®] får du snabbt svar om misstanken är befogad. Genom ett enkelt venprov, som du skickar till laboratoriet, får du ett "Ja" eller "Nej"-svar, som ger dig ett säkert stöd för den fortsatta behandlingen.

Har du hittat alla dina allergiska patienter? Phadiatop[®] ger dig svaret du behöver.

Ring eller skriv så skickar vi gärna mer information.

Phadiatop[®]



Pharmacia

Pharmacia Diagnostika Norden AB,
751 82 Uppsala, Tel 018-16 59 25

Utbildning av kallhjärnade och varmhjärtade allmänläkare

41806386

Framtidens läkare skall enligt Peter F Hjort, norsk professor i hälso- och sjukvårdsforskning ha en kall hjärna, ett varmt hjärta, trygg personlighet, vara en god rådgivare, god medspelare, en evig student, konstruktiv självkritiker och en samhällets tjänare och en outtröttlig förebyggare. Hur kan vi få fram sådana allmänläkare? De som tror på utbildningens personlighetsdande effekt tänker i pedagogiska moduler med ett visst antal veckor allmänmedicin inom grundutbildning, AT-tjänstgöring på en bra vårdcentral och en specialistutbildning med en slutexamen. Men det finns också andra viktiga faktorer, som lätt glöms bort i skapandet av den idealiska läkaren. När flygvapnet väljer ut sina blivande stridspiloter sker det under en lång och intensiv gallring med intervjuer och test. Några få passerar nålsögat och får sedan personlig handledning i konsten att flyga. Den noggranna gallringen motiveras av att piloten ansvarar för människoliv och att miljonbelopp står på spel. När vi väljer ut läkare går vi på pappersmeriter utan att överhuvudtaget se kandidaten i fråga. I högsätet sitter den enskildes rätt att bli läkare och millimeterrättvisa. Den första åtgärden i våra försök att få fram kallhjärnade och varmhjärtade läkare måste vara att engagera oss i urvalet av de blivande läkarna. Det finns metoder men de är tidskrävande och dyrbara. Men pengar får här ej vara ett hinder. Även läkare ansvarar för människoliv och i sjukvården står som bekant miljonbelopp på spel. När väl urvalet skett kommer bemötandet av de studerande från lärarnas sida att få stor betydelse. Långt innan läkarkandidaterna började sin utbildning har de fått en positiv syn på läkarrollen, annars hade de inte sökt den långa utbildningen. Mötet med lärarna kommer att verifiera eller falsifiera synen på läkarrollen. I slutet av studierna måste de blivande läkarna känna att deras yrke är viktigt och krävande och något att vara stolt över. Under utbildningen pågår hela tiden den så kallade parallellprocessen. Den innebär att som lärarna behandlar eleven kommer eleven att behandla patienterna, nu och i framtiden. Av detta följer att en rätt skött läkarutbildning är en av förutsättningarna för en god framtida sjukvård.

Om vi önskar att få bra allmänläkare gäller samma principer som redan nämnts. Det viktigaste är urvalet. Allmänmedicinen måste visa upp sitt fascinerande arbetssätt för de studeran-

de så att de bästa blir intresserade. I Uppsala står vår institution för den första kursen som studenten möter, nämligen kursen i praktisk medicin. Den omfattar fem veckor inklusive introduktionsveckan och består bl a av besök hos fyra-fem primärvårdspatienter i deras hem samt på vårdcentralen. Distriktsläkare tjänstgör som handledare. Under sjunde terminen får studenten tillbringa en vecka på vårdcentral med en handledare. Den sista booster-dosen allmänmedicin ges studenten under elfte terminen i form av två veckors smågruppsundervisning och praktiska övningar. Övriga universitetsorter har under grundutbildningen liknande moment som de vi erbjuder i Uppsala.

I dag kan vi säga att våra medicinare har möjlighet att se vad världen utanför sjukhuset har att bjuda på. Utvärderingar av dessa moment är överlag mycket positiva. Studenterna känner sig välkomnade och väl omhändertagna. Vad händer sedan under AT och FV? Här är det huvudmannen, som tar över ansvaret och omdömena är inte lika lovordande. Endast inom ett fåtal landsting finns studierektorer för AT och FV. Att FV-tjänstgöringen skulle vara ett led i en specialistutbildning är det svårt för många FV-läkare i allmänmedicin att förstå. Vid vår institution ordnas FV-träffar en eftermiddag i månaden sedan två år. Ett stående klagomål är framförallt klinikchefernas ovilja att släppa i väg dessa läkare under utbildning. Jag upplever att FV-läkarna i dag är primärvårdens ryggrad. Det är de som finns på plats medan de ordinarie är på kurs. Det vore underbart om någon kunde bevisa att jag har grundligt fel.

Det är viktigt att betona att numera har FV-läkarna möjlighet att göra sex månader av sin vårdcentralstjänstgöring på allmänmedicinsk institution. I Uppsala har två FV-läkare gjort sådan tjänstgöring och två är på ingående. Avsikten är här att bereda den forsknings- och utbildningsintresserade möjlighet att se hur den akademiska allmänmedicinen fungerar.

För allmänmedicinens utveckling och ställning inom hälso-sjukvården är forskningen viktig. Behovet av forskarutbildning är stort.

Vid samtliga allmänmedicinska institutioner antas doktorander i allmänmedicin. I dag finns omkring femtio doktorander registrerade. Varje år disputerar några allmänläkare inom vårt ämne men fler behövs. Det är framförallt tjänster som ger tid till

forskning som saknas. En lösning är att inrätta forskningsassistentjänster vid de olika institutionerna, som är betalda av huvudmannen och som erbjuder forskning på halvtid. Vid vår institution har fem sådana tjänster inrättats med gott resultat.

För att nå målet goda allmänläkare krävs att de bästa av våra medicinare väljer vår specialitet. För att det skall ske måste vi locka med spännande arbete med höga krav men också frihet att göra bestående insatser i team där man bryr sig om sina medarbetare. Det är i en generös miljö där det är högt i tak de goda allmänläkarna trivs.

För övrigt anser jag att allt måste göras för att jaga spöket kommunal primärvård på flykten.

Gösta Tibblin

SFAMs Stiftelse för allmänmedicinsk forskning utlyser pris för årets FV-rapport

Forskning och utvecklingsarbete bör ses som en självklar och viktig del av specialistutbildningen i ämnet Allmänmedicin.

Stiftelsen vill därför ge en liten uppmuntran till våra FV-läkares projektarbeten och uppsatser. Två priser, om 3 000 resp 2 000 kr, kommer att utdelas.

Rapport redovisande det forsknings- och utvecklingsarbete som genomförts under FV-utbildningen skall vara utformad så, att den med små redaktionella ändringar kan publiceras i AllmänMedicin.

Tidningens författaranvisningar kan fås från redaktionen.

FV-rapporten skall vara insänd till SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning, c/o Mats Ribacke, Sättra hälsocentral, Sicksackvägen 34, 803 33 Gävle senast 1 januari 1990. Ange klart "FV-rapport 1989". En av stiftelsen tillsatt pris-kommitté bedömer inkomna bidrag. Vinnarna offentliggörs vid SFAMs höstmöte 1990.

Ordföranden har ordet

I detta nummer av AllmänMedicin har vi tillfredställelse att presentera listan över föreningens lokalombud. Förhoppningen är att medlemmarna via dessa ombud lättare ska kunna göra sin stämma hörd inom föreningen, och lättare få information om vad föreningen gör mellan årsmötena.

Inom tre landsting finns nu lokala SFAM-föreningar. De har förstås inte funnit sina arbetsformer ännu, men efterhand hoppas vi kunna återkomma med rapporter om hur de utvecklas. Arbetet som lokalombud blir förstås enklare om man delar på det, och det är inte överraskande om det på några håll känns naturligt att av lokalombud med kontaktpersoner konstitueras en förening. Lokalavdelningen i Gävleborg kan stå till tjänst med ett förslag till stadgar om önskemål uppstår.

Specialistexamen

På styrelsens uppdrag arbetar sedan senhösten Ulf Måwe i Luleå med att förbereda och genomföra en första specialistexamination för allmänläkare. Avsikten är att skaffa underlag för en konstruktiv och faktaunderbyggd diskussion inom föreningen vad gäller specialistexamen. I kommande nummer av AllmänMedicin kommer Ulf att presentera arbetet.

Stiftelsen

Föreningen har en fristående stiftelse för främjande av allmänmedicinsk forskning. Den har fått ny styrelse för de närmaste 3 åren, det är SFAMs styrelse som väljer. I styrelsen ingår Calle Bengtsson, Lars Berg, Elisabeth Jeanson, Anna Källkvist och Mats Ribacke (ordf). I likhet med tidigare år

kommer stiftelsen att utannonsera stipendier för bästa FV-läkaruppsats. Det är en markering av hur viktigt detta inslag i specialistutbildningen bör vara.

Vad i övrigt förekommer i styrelsen och föreningen kan Du få del av om Du kontaktar Ditt lokalombud. Gör det! Och kom ihåg programskriften "Allmänmedicinen inför år 2000". Kontaktperson för programskriften är Lars Berg. Programskriften kan beställas hos Margareta Lindborg, AllmänMedicin, 17283 Sundbyberg, tel 08-282214. Ingen AT-läkare skall tvingas välja bana utan att ha fått ett exemplar av skriften, helst överlämnad personligt. AT-läkaren skall åtminstone ha fått *en* chans – liksom vår specialitet!

Gävle den 16 mars 1989

Mats Ribacke
Ordförande

Lista över lokala kontaktpersoner i SFAM:

MALMÖ KOMMUN	Elisabeth Jaenson VC Granen, Grang 11 212 14 Malmö 040-33 54 22	BOHUSLÄN	Hans Thörn VC Centrumv 34 455 00 Munkedal 0524-114 00
MALMÖHUS LÄN	Mogens Hey Orups sjukvårdsdistrikt 243 00 Höör 0413-216 00	SKARABORG	Kjell Lindström VC Habo 566 00 Habo 036-410 00
KRISTIANSTADS LÄN	Åke Bengtsson VC Storgatan 295 00 Bromölla 0456-280 70	ÄLVSBERG NORRA	Bertil Marklund VC Torpav 23 462 36 Vänersborg 0521-766 00
BLEKINGE	Kennert Lenhoff DLM Källev. 12 370 20 Lyckeby 0455-889 00	ÄLVSBERG SÖDRA	Peter Keiding VC Uppegårdsg 516 00 Dalsjöfors 033-710 50
KRONOBERG	Anders Håkansson VC Teleborg Box 5044 350 05 Växjö 0470-888 00	ÖSTERGÖTLAND	Göran Sommansson Skogsfrid VC, Vestmansg 18 582 46 Linköping 013-11 19 80
HALLAND NORRA	Lars Nilsson VC Särö 430 40 Särö 031-93 60 10	JÖNKÖPING	Birgitta Björkman DLM, Stureg 22 A 593 01 Västervik 0490-166 00
HALLAND SÖDRA	Krister Haglind Läkarmott Parkv 4 313 00 Oskarström 035-612 00	SÖDERMANLAND	Bernt Svensson VC City, Kungsg 39-41 631 88 Eskilstuna 016-10 30 00
GÖTEBORG	Olle Lyngstam Allmänmedicinskt centrum Redbergsv 6 416 65 Göteborg 031-84 01 70	UPPLAND	Iris Denstedt-Stigzelius Nyby VC, Topeliusg 18 750 19 Uppsala 018-17 75 01

VÄSTMANLAND	Göran Måwe DLM Västra Sjukhuset 751 23 Västerås 021-16 55 00	STOCKHÖLM Södra	Conny Svensson Lagårdsv 4 131 50 Saltsjö-Duvnäs 08-718 12 47
ÖREBRO	Lennart Holmqvist Olaus Petri VC, Storg 33 703 63 Örebro 019-15 34 07	STOCKHOLM Nordvästra	Anna Källkvist VC Kronan 172 83 Sundbyberg 08-98 91 00
KOPPARBERG	Leif Giesing DLM, Lasarettet 791 82 Falun 023-822 48	GOTLAND	Claes Jonsson Korpens VC, Brömsebrov 8 621 23 Visby 0498-680 00
GÄVLEBORG	Mats Ribacke Sätra HC, Sicksackv 34 803 33 Gävle 026-15 74 80	NORRBOTTEN	Björn Olsson VC Lillstrandsv 951 28 Luleå 0920-665 00
	Bo Bergstad Läkarmott, Staketg 32 803 11 Gävle 026-18 04 00	VÄSTERBOTTEN	Ulla Söderström Umeå VC, Box 10093 900 10 Umeå 090-15 80 00
VÄRMLAND	Stefan Bernesjö Sjukhuset 671 80 Arvika 0570-131 00	JÄMTLAND	Kaj Norrby DLM, Sjukhuset 840 40 Stenstavig 0687-107 10
STOCKHOLM Västra	Göran Sjönell Kvartersakuten, Surbrunnsg 66 113 27 Stockholm 08-729 10 21	ÄNGERMANLAND	Örjan Nilsson Läkarst, Erstav 9 882 00 Långsele 0620-20 12 23
STOCKHOLM Sydvästra	Ylva Tomson Vårby VC, Solhagav 8 143 00 Vårby 08-740 53 45	MEDELPAD	Markus Kallioinen VC Centr, Skönsbergsv 1 852 50 Sundsvall 060-17 33 50

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

*Allmänläkarnas specialistförening är SFAM
Svensk Förening för Allmänmedicin.*

SFAM har nu cirka 1800 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom vidare- och efterutbildning, utvecklingsarbete, forskning, avgränsning mot andra specialiteter, internationella kontakter.

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

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

För att nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare som ännu inte är medlemmar i SFAM, vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att vidtala sina kolleger och ge information om föreningen.

Vi vill särskilt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar *blivande allmänläkare* för SFAM. Årsavgift 270 kronor.

Obs! Alla medlemmar i SFAM erhåller för 1989 automatiskt tidskrifterna AllmänMedicin och Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Skicka anmälan till AllmänMedicin, Margareta Lindborg, 172 83 Sundbyberg eller ring 08/98 94 92 eller 28 22 14.

1989

JUNI

□ **11-13 juni.** Lund. Widmark-jubileet: Alkohol och trafik. Symposium. Information: Widmark-kommittén, c/o Trafikmedicin, Box 10043, 100 55 Stockholm. Tel 08-66085 03 eller Eva Marie Widmark tel 046-1473 11.

□ **11-23 juni.** Course: Healthy cities: the new public health. LIVERPOOL. Storbritannien. Information: The British Council.

□ **12-14 juni.** X Nordiske kongres i socialmedicin, SVENDBORG. Danmark. Information: Svend Sabroe, Socialmedicinsk Institut, Aarhus Universitet, Høegh-Guldbergsgade 8, DK-8000 Århus C. Tel 6/13 88 22.

□ **13-16 juni.** First international congress, the challenge of health, HAMBURG. Västtyskland. Information: AOK Hamburg, Presseabteilung, Kaiser-Wilhelm-Str 93, D-2000 Hamburg 36.

□ **14-16 juni.** Kongress i företagshälsovård, XI Nordiska Industriläkarrådet & IV NORDSAM. Information: Finlands Industrimedicenska förening, Pirjo Sevola, Backas gatan 2, SF-00500 Helsingfors. Tel 358-0-750 502.

□ **15-22 juni.** Lofoten Psykiatrisk hälso- och sjukvård i ett hälsoekonomiskt perspektiv - Nordisk forskarkurs. Information: Claes-Göran Westrin, Socialmed inst, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala.

□ **18-21 juni.** 4th European meeting on hypertension, MILANO. Italien. Information: AISC, Via Domenichino 11, 201 49 Milan, Italien

□ **18-30 juni.** Course: Child development problems: diagnosis and treatment. LONDON. England. Information: The British Council i respektive land.

JULI

□ **3-6 juli.** The 12th International Puijo Symposium: Physical activity and hypertension. KUOPIO, Finland. Information: Dr Rainer Rauramaa, Kuopio Research Institute of Exercise Medicine, Puistokatu 20, SF-70100 Kuopio, Finland.

□ **16-21 juli.** 11nd International conference of "health law and ethics". LONDON. Storbritannien. Information: Mr L O Gostin, London '89 Co-Chair, American Society of Law and Medicine, 765 Commonwealth Ave, Suite 1634, Boston, Mass. 02215, USA.

AUGUSTI

□ **7-9 augusti.** 7th International Balint Conference, STOCKHOLM, Sverige. Information: Dr Conny Svensson, Utvecklingsenheten för primärvård, Drakenbergsgatan 39-41, S-117 41 Stockholm

□ **21 augusti - 1 september.** NIVA-kurs. Epidemiologic Study Design. Information: Outi Töperö, Tel 474 73 49, NIVA, Topeliuksenkatu 41 a A, SF-00250 Helsingfors.

□ **23-26 augusti.** Nordiske kongres i almen medicin, Vejlbj-Risskov, Danmark. Information: Dansk Selskab for Almen Medicinsk sekretariat, Postboks 123, Engstrøjet 90, DK-2670 Greve, Tlf 02-90 36 73.

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.

□ **26-29 augusti.** 5:e Nordiska mötet om cerebrovasculära sjukdomar, LUND. Information: Doc Bo Norrving, Neurologiska Kliniken, Lasarettet, S-221 85 Lund.

□ **28-30 augusti.** Nordisk konferanse i studenthelsetjeneste, TRONDHEIM, Norge. Information: Overlege Terje Thomassen, Helse-tjenesten ved Universitetet i Trondheim, NTH, N-7034 Trondheim. Tlf 07-59 32 80.

SEPTEMBER

□ **10-13 september.** 8th meeting of international society for sexually transmitted diseases research, KØBENHAVN, Danmark. Information: DIS Congress Service, Linde Allé, DK-2720 Vanløse.

□ **11-16 september.** 40th International Congress on General Practice, organized by the Societas internationalis medicinae generalis. (SIMG). Klagenfurt, Austria. General practice in a changing world: The patient/doctor relationship: General practice today: Research - the achievements of today as the basis of tomorrow's care; Teaching - the state of the art of today to educate the general practitioner of tomorrow: General practice tomorrow. The challenge to the profession in a Europe of the 1990s.

Information and registration: Secretariat of the SIMG, Mrs Sigrid Taupe, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Austria.

□ **11 september - 6 oktober.** Stockholm. Masterutbildning i folkhälsovetenskap. Miljömedicin, del II.

Ortopedisk Medicin
Gran Canaria

R3 kurs för läkare

Plats: San Agustin

Tid: vecka 45 (6/11-10/11-89)

Kursavgift: kr 3600:-

Förkunskapskrav: D-R och R2 kurs

Kursledare: Leg. läk F. Mildenberger

Intresseanmälan: skriftlig till

F. Mildenberger, Ävägen 14,

S-780 41 Gagnef 1, senast 15/4-89,

ej bindande. Begränsat deltag antal.

Information: Eva Undsén, Hygieniska institutet, KI. Tel 08-34 05 60 ank 1170.

□ **13-15 september.** Tredje internationella kongressen om medicinsk etik i Stockholm. Huvudtema är Priorities in health care: Clinical freedom; Ethical problems in epidemiological research; Integrity and autonomy: Ethical aspects on HIV.

Information: Professor Bengt Jansson, Psykiatriska kliniken, Huddinge sjukhus, 141 86 Huddinge.

□ **17-21 september.** First World Conference on Accident and Injury Prevention. Safety - a Universal Concern and a Responsibility for All Stockholm.

Information: Gunilla Björas, Inst för socialmedicin, Karolinska Institutet, 172 83 Sundbyberg. Tel 08-98 94 61.

□ **18-23 september.** 25th Annual meeting of the european association for study of diabetes, LISSABON, Portugal.

Information: EASD Secretariat, 10 Queen Anne Street, London W1N 2AS, UK.

OKTOBER

□ **2-6 oktober.** Primærmedisinsk uke arrangeres i Oslo med kurser, seminarer, posters, frie foredrag, utstillinger og kultur.

Informasjon: May-Brith Mandt/Olav Rutle, Institutt for allmenntmedisin, Fr Stangsgate 11-13, N-0264 Oslo 2, Tlf 02 55 92 10.

NOVEMBER

□ **16-17 november.** 5th Symposium health and economics, ANTWERPEN, Belgien.

Information: Mrs Suzanne Wouters, Secretary, 5th Symposium Health and Economics, Universitaire Instelling Antwerpen, Universiteitsplein 1, B-2610 Antwerpen (Wilrijk).

□ **29 november-1 december.** Svenska Läkarsällskapets Riksstämman

1990

FEBRUARI

□ **2-3 februari.** Arsmöte + kongress, Svensk förening för ortopedisk medicin.

Information: Per Lindberg, Bollnäsbacken 34, 162 23 Vällingby. Tel 08-739 07 39.

INTERNATIONELL BALINT-KONFERENS I STOCKHOLM

7-9 augusti 1989 äger den 7:e internationella Balint-konferensen rum i Stockholm. Plats blir Sal Adam på Karolinska Institutet.

Programmet lägger helt naturligt tonvikten på patient-läkar-relationen och bla har psykolog Ulla Holm inbjudits som föreläsare kring begreppet empati. En annan punkt på programmet tar upp vilken betydelse ordinationen har i patient-läkar-relationen. Det kommer att erbjudas demonstration av Balint-grupparbete med internationellt välkända gruppleddare och den som vill ska också kunna få tillfälle att sitta med i en mindre grupp, ledd av erfaren Balint-gruppleddare.

Kongresskostnad: före 31 maj -89 1.600:-
efter 31 maj -89 2.500:-

Organisationskommitté: Anna-Karin Furhoff, Anita Häggmark, Lena Karlberg, Gregor Katz, Olof Larsson, Helga Sjöström, Conny Svensson, Ylva Tomson.

Ytterligare information: Conny Svensson, Utvecklingsenheten för Primärvård, Drakenbergsgatan 39-41, 117 41 STOCKHOLM, tel 08/847810.

Plendil®

Felodipin

En säker och bekväm väg att sänka blodtrycket hos dina patienter. Doseringen är en gång om dagen och effekten kvarstår 24 timmar.

Kärlselektiv

Plendil är en kärlselektiv Ca-antagonist som inte påverkar hjärtats kontraktionskraft eller AV-överledning.

Ca-antagonist

Plendil lämpar sig väl både i kombination med β -blockerare och som monoterapi. Den blodtryckssänkande effekten har visat sig vara bättre än med andra tilläggsmiddel, t ex diuretika.

mot hypertoni.

Plendil är lämplig terapi vid samtidigt komplicerande sjukdomar som diabetes, hjärtsvikt eller angina pectoris. Starta alltid behandlingen med 5 mg.

Plendil 
Depottabletter 5 mg och 10 mg.

Allmänmedicin och primärvård, den individnära vården

LB06387

KAJ NORRBY

I debatten om den offentliga vården bekymrar man sig ofta om den patient- och individnära vården, primärvården. Den har tagit för mycket pengar från slutenvården. Vid tillväxten av sjukvårdsbudgeten har primärvården möjligen fått en del av ökningarna, men de pengarna har aldrig slutenvården haft. Primärvården sågs inte heller ha löst sina uppgifter. Eftersom den bedöms som ineffektiv föreslås privatisering som en lösning – lösning på vilket problem – vems problem?

Vilken är primärvårdens uppgift. Jo – den är att erbjuda en Närmast möjliga – Effektivast möjliga – Omhändertagande Nivå (NEON) av sjukdom, ohälsa och dess orsaker. Målet för verksamheten är att, utanför sjukhusvärlden, möta sjukdom och ohälsa så tidigt som möjligt i dess naturliga förlopp för att på så sätt, om möjligt, ointetgöra ohälsototet, behandla och bota de sjukdomar som inte kräver slutenvårdens resurser och att minimera ohälsans effekter. Den var inte tänkt att vara en i samhället utspridd och utspädd specialistmedicinsk verksamhet enligt den gamla sjukhusmodellen. När man byggde upp primärvården fick den ändå med sig just den modellen för sin organisation och det kom att i farlig grad påverka arbetsinnehållet. Kirurgpolikliniken var ju inget bra ställe för att få helhetssyn på individen i samhället.

Mycket energi går i dag åt och kommer framgent att krävas för att bryta ned organisationsarvet så att vi skall få frihet att jobba tillsammans med människor – med deras problem, inte våra. Organisationen stämmer inte med målet. Utan målbeskrivning kan inte effektivitet och utveckling bedömas, det man då pratar om är produktion och förändring. Läkarbesök är produktion. Hälsoupplevelse hos en befolkning, hos en individ, är en effekt. Se WHO's program för hälsa för alla år 2000. Läkarbesök och hälsoupplevelse behöver inte alls samvariera. Varför skulle i så fall ohälsoproblemen öka samtidigt som vårdapparaten de sista decennierna mångfaldigats?

Ur denna aspekt kan privatisering ses mera som ett hot mot folkhälsan. Hur kan jag hävda något sådant? Jo – jag menar att läkare är en ganska stark medicin som måste doseras med försiktighet eftersom den kan ge biverkningar i form av medikalisering av problem. Om problemen har en icke medicinsk grund så kan vi läkare, vid

bristande insikt, skada – och det är det första som vi inte får göra, enligt redan vår lärofader Hippocrates. Tittar vi på riks försäkringsverkets prislista för privatläkarvård så är det inte ett individstärkande arbete som värderas utan hellre ett patienthanderande. Jag får mera betalt om jag tar EKG varje gång som patienten kommer än om jag hjälper henne eller honom att, med min kunskap som stöd, få grepp om situationen och åtgärda den.

Ju mer sjukvården säger sig besitta sanningen om hälsa och sjukdom ju mindre kunskap förstår sig befolkningen ha och ju mera söker man. Sjukvårdens möte med individen i samhället måste vara sådant att individens (latin: in-divid, odelbar) upplevelse av hälsa (= helhet = förmåga att på ett meningsfullt sätt reagera på tillvarons realiteter) är större efter mötet än före.

Det är för att utveckla denna kunskap som vi i Sverige, liksom i andra länder, bygger upp den allmänmedicinska kunskapen, alltså specialistkunskapen i primärvården. Primärvården skall utvecklas till det kritiska alternativet inom hälso- och sjukvården. Vi distriktsläkare utgör ca 15% av läkarkåren och denna spillra (jämfört med andra länder) belastas för att inte ha löst samhällets hälso- och sjukvårdens problem och dessutom hota vårdapparaten. Vi fick ju varken tillräcklig tid eller rätt redskap. Allmänmedicinens starkaste stöd är det stöd som lokalbefolkning och hälso- och sjukvårdspolitikerna ger verksamheten, inte precis sjukvårdsförvaltarna eller medicinets tablissemant. De första har tillit och förhoppningar, de andra ser inte resultaten och de sista förstår inte meningen.

Den svenska primärvården erbjuder inte valfrihet, hävdas det. Valfrihet för vem? Nu var det ju så att organisationen fick som uppgift att ansvara för ett givet område med dess mantalskrivna befolkning. De i befolkningen som är vuxna och aktiva har många gånger arbete eller andra aktiviteter utanför distriktet och upplever inte den tillgänglighet som verksamheten utlovat. De vill köpa/få vård där de befinner sig dagtid och efterlyser valfrihet. Andra är, av många olika skäl, kvar på hemorten och får hjälp av den primärvård som finns lokalt. Det är skillnad på friheter. Både dag- och nattbefolkningens behov måste beaktas då man dimensionerar primärvården. Valfrihet via kontraktsskrivning

måste kombineras med ett områdesansvar – glömmer vi bort det så bygger vi upp en ojämlig sjukvård.

Förbiser vi uppgiften områdesansvar förlorar vi dessutom möjligheten att på ett meningsfullt sätt bedriva förebyggande arbete på både individ och samhällsnivå. Ingen vill ju bli patient – varför skall vi då tvinga alla att bli det för att kunna få del av medicinens kunskap. Dessutom kommer de svagas ohälsa och behov av hälsoarbete att sitta trångt i ett system med enbart valfri reparativ sjukvård. Ett samhällens kvalitet skall bedömas efter hur det ser till behoven hos barn, gamla och på olika sätt handikappade.

”Det sammanträds alldeles för mycket i primärvården och man har alldeles för mycket annat för sig än den viktiga vården.” Sanningen är den att sjukvårdens personal, speciellt i primärvården, är alldeles för dåliga på att prata ihop sig om vad de har att arbeta med och vilka resultat de presterar, det känns inte tillåtet i vårdkulturen. Dessutom är det ju så att områdesansvaret kräver samverkan, samverkan förutsätter samråd och samråd sker ofta genom att man träffas. Att sammanträda, att träda samman, att gå tillsammans är en nödvändighet som man inser då man har förstått att sjukvården inte är allsmäktig i hälsofrågor. Individerna själva, deras anhöriga, frivilligorganisationer och samfund, samhällets stödfunktioner och övriga samhällsbyggare har ett oerhört stort ansvar för människors hälsa och måste få behålla det ansvaret och med det samverka med den medicinska kunskapen och erfarenheten. Det medicinska samhället är en del av det stora samhället, en insikt som verkligen påverkar arbetet i primärvården. ”Doktor” som ord kommer förresten från docteur, dvs lärare. Det är oetiskt om vi läkare glömmer bort att vara lärare. I vårt specialistsamhälle har den uppgiften framför allt kommit att falla på allmänläkarna.

Områdesansvaret är också grunden för uppbyggandet av hemsjukvården. Ansvar för hemvården är främst kommunens, i den mån anhöriga inte själva har det (vilket gäller för den större delen av all hemvård) och den består till största delen av socialt stöd och service, en mycket liten del är egentlig sjukvård i hemmet. Att ha för stor medicinsk organisation här hjälper inte, såvida den inte skall arbeta med något som den inte är ämnad till, och då blir den inte effektiv. Dess-

utom föreligger då risk för medikaliser-
ring. Sanningen är den att så redan har
skett, vi har i alltför hög grad medika-
liserat människors liv (Det finns spe-
cialister på allt – vad är jag då själv?
Patient – den tålmodigt lidande eller
en individ med växtkraft, ansvar och
behov?) Den på många håll positiva
hemsjukvårdsutvecklingen riskerar nu
att stanna upp eftersom man kommer
att ägna krafterna åt omorganisa-
tionsfrågor ett varv till. Vi riskerar att
ytterligare fördröja ett mänskligt om-
händertagande av våra senildementa –
tala om en svag grupp vars livskvalitet
antyder samhällskvaliteten.

Den fullmyndige patienten skall
vara en självklarhet men så är det inte
alltid, beroende på både vårdens och
patientens situation, – han eller hon
skall också vara en fullmyndig sam-
hällsmedborgare med bibehållet egen-
ansvar. Omedelbar behovstillfreds-
ställelse kan på kort sikt upplevas som
en vinst för patienten, den är det för
sjukvården och kan vara det för sam-
hället. På lång sikt kan den visa sig
vara en förlust för patienten/individ
och för samhället men en fortsatt vinst
för sjukvården. Det här handlar om
kvalitet och det kravet har läkaren på
sig och skall sjukvården ha på sig. Gör
vi som patienterna "vill" är vi snälla
doktorer, men är vi alltid bra då. Ett
annat kvalitetskrav på sjukvården är
att den skall vara jämlik och möjliggöra
patientens egenansvar och växtför-
måga – det handlar om vårdkultur.
Att få välja vårdgivare, distriktsskö-
terska eller distriktsläkare, i första le-
det skulle avsevärt kunna öka kvalite-
ten i primärvården och det kan ske
genom att individer eller familjer
skriver sig på "listan" hos vårdgiva-
ren, som då också måste få stora möj-
ligheter att utforma verksamheten (in-
nebörden i en reell decentralisering).
Återigen får vi inte glömma bort om-
rådesansvaret som också åligger vård-
givarna. Det vore mycket intressant
om samhället, kanske speciellt i större
städer, kunde köpa områdesansvar av
privatläkarna.

En ökad rörelsefrihet/utvecklings-
frihet för den som har det medicinska
ansvaret i primärvården kombinerat
med valfrihet och egenansvar i indivi-
dens kontakt med vårdgivaren kan ut-
veckla primärvården åt rätt håll. Pri-
vatisering garanterar inte den utveck-
lingen. Med en välfungerande individ-
nära och samhällsnära hälso- och sjuk-
vård som bas i vården skulle det, som
jag ser det, kunna vara möjligt att på
entreprenad bedriva den slutna spe-
cialistvården, då den ju är förhållan-
devis möjlig att räkna på och bedöma
kvaliteten hos.

Författarpresentation

Kaj Norrby, distriktsläkare.

Postadress: Hovbergs 2060, 840 40 Svenstavik.

Förändringsarbetare eller maktens lakej

INGEMAR HERMANSSON

LB06388

Primärvårdshälsovårdaren skall vara en för-
ändringsarbetare och inte maktens
lakej, skrev den berömde författaren
till "Where there is no doctor". David
Werner. För läkare i tredje världen
kan detta leda till ett svårt val. World
Medical Associations regel att vård
under väpnade konflikter skall ges
utan hänsyn till kön, ras, nationalitet
eller politisk tillhörighet kan, när den
följs, också leda till trakasserier för
läkaren, eller t o m till att han/hon
mördas i länder i politisk kris.

Dr Bobby de la Paz, filippinsk läka-
re, valde att arbeta bland fattig befolk-
ning i stället för lönande arbete på en
klinik i huvudstaden, Manila. 1982
sköts han ned på militär order på miss-
tanken omstörtande verksamhet. Fac-
scistisk militär hade utnämnt honom
till upprorsman. Cancerspecialisten
Johnny Escandor mötte samma öde
1983 p g a samma val. Även under re-
gimen Corazon Aquino sker samma
våld. Den 38-årige dr Patricio Santi-
ago sköts ned i sin klinik inför sin hust-
rus åsyn den 30/6 1988, därför att han
misstänktes ge medicinsk service åt
"rebeller". enligt World Medical As-
sociation en skyldighet för honom.

Bakgrunden till dessa läkares ställ-
ningstagande är den extrema fattigdo-
men på Filippinerna. 70% lever under
ett snålt satt existensminimum. Cirka
70% av barn i förskoleåldern lider av
malnutrition. Barnadödligheten är
hög genom luftvägsinfektioner, gast-
roenteriter, mässling, kikhosta, tuber-
kulos och malaria. 1983 dog nära
10 000 barn av sex sjukdomar, möjliga
att förebygga med vaccinationer.

Landet är skuldsatt, skuld tjänsten
kräver 46% av statsbudgeten. 1987
gick bara 3% till hälsobudgeten. Sam-
tidigt är läkemedelsimporten stor,
över 9 000 läkemedel finns. I ett möte
den 7 juli 1988 i Manila om pri-
märvård, där jag hade förmånen att få
delta, redogjorde en biträdande minis-
ter för hälsoministeriets ansträngning-
ar att öka budgeten och fördela penga-
rna mest bland underprivilegierade
områden. I detta land i djup ekono-
misk och politisk kris drar dock andra
krafter i helt annan riktning. Den pri-
vata sektorn är stor, resurserna ham-
nar därigenom i städerna. Landets ut-
bildade söker sig ofta utrikes. Filippi-
nerna exporterar mer hälso personal
än något annat land. Specialistsjukhus
på högsta internationella nivå finns i
Manila, samtidigt som primärvård-
shälsovården är outvecklad i periferien,
något som de ovannämnda läkarna
försökte råda bot mot.

Den fattiga folkmajoriteten har
dock ingen politisk makt och kan inte
påverka resursfördelningen. I ett land
i så djup kris arbetar givetvis många
med god vilja, frivillighetsorganisa-

tioner, humanitärt, religiöst eller poli-
tiskt inspirerade, för en primärvård,
på rättvisans och jämlikhetens grund.
Detta är dock svårt och leder ofta till
trakasserier från militär, polis eller
"dödsskvadroner" (= vigilantes), som
går makthavarnas ärenden, i jakten på
sådant, som förmodas vara kommu-
nism.

"Manifesto for people's health"
1986 är en lokal och utförligare variant
av Alma Ata Deklarationen, där hälsa
anges som en rättighet. Behovet av
satsning på primärvård betonas. Be-
hovet av bröststoppfödning markeras,
reglering av läkemedelsmarknaden
sågs vara viktig. Detta manifest utar-
betades av frivilligorganisationer. Som
nämnts riskerar den som efterlever det
trakasserier eller t o m döden. En
skrämmande statistik har gjorts av
Medical Action Group (MAG) över
övergreppen sista åren mot primärvård-
shälsovården.

MAG består av läkare och annan
hälso personal och bildades 1982 som
en reaktion på mordet på dr Bobby de
la Paz. Läkare från gruppen undersö-
ker också tortyroffer från regimen
fängelser. Tyvärr är detta arbete nöd-
vändigt. Enligt "Task Force Detai-
nees" torturerades 1987 åtminstone 602
människor, 7 444 arresterades god-
tyckligt. – Genom pressen gick MAG
också ut med ett meddelande till regi-
men 1988: "låt oss behandla alla pati-
enter!", i enlighet med World Medical
Associations regel.

Modet hos de läkare, som jag mötte
inom MAG och andra organisationer,
gjorde stort intryck på mig. För dem
var David Werners råd till hälsoarbe-
taren att vara förändringsagent och
inte maktens lakej en allvarlig, etisk
regel, som till och med i vissa fall
kunde kosta dem livet. I en svår eko-
nomisk och politisk kris i ett land kan
alltså de regler, som nämnts och som
för oss är självklara, leda till ett svårt,
moraliskt val: att välja mellan att vara
maktens lakej och därigenom delta i
förtryck eller att vara förändringsar-
betare för ett på hälsans område jämlikt
samhälle och därigenom riskera att bli
hotad, trakasserad eller t o m mördad.

*Ingemar Hermansson, leg läk Vilhel-
mina (arbetet bakom inlägget utfört
under anställning vid Allmänmedicin-
ska institutionen, Umeå Universitet).*

Postadress: Storgatan 17, 912 00 Vilhelmina.

Stöd till primärvårdshälsovården på Fi-
lippinerna kan ges till Svensk-Filip-
piska Föreningen, Stockholm
postgiro 4392736-7, märk talongen
"Negrosprojektet".

Bra utbildningspaket till dig som ska lära andra om ...

KATASTROF-MEDICIN!

NY

OMARBETAD

UPPLAGA!!

GRUNDPAKET

180 Stordiabilder i färg
Två lärarhandledningar
Skadeschabloner

REVIDERINGSPAKET

67 Stordiabilder i färg
En lärarhandledning

EXTRA-ERBJUDANDE!

De 20 första beställarna får videokassetten:
Tågolyckan i Lerum utan extra kostnad.
(Kassetten kan även beställas separat på
tel 0302-552 84. Pris 500kr)

Jag beställer följande:

___st GRUNDPAKET a 2400kr (M 7755-704342)

___st REVIDERINGSPAKET a 500kr (M 7755-704371)

___st LÄRARHANDLENINGAR (separat) a 50kr (M 7755-704381)

Namn: _____

Företag (motsv) _____

Adress: _____

Postnr och ort: _____

Telefon: _____

 Socialstyrelsen
Tel 08-783 30 59

Skicka beställningen till: Försvarets Bok- och blankettförråd, MFD SUB/FBF
Box 501, 172 29 SUNDBYBERG (Tel 08-98 02 85)

PROGRAM FÖR NORRLÄNDSKA ALLMÄNLÄKARDAGAR I UMEÅ 28–29 september 1989

Plats: Sparbanken Norrland, Formvägen 5, (Ersboda),
Umeå

MÄNNISKOVÄRDE OCH MÄNNISKO- SYN I ALLMÄNLÄKARENS ARBETE

Torsdag 28 september

8.45 Samling. Förfriskningar.
9.15 Välkommen, information.

"Människovärde och människosyn utifrån mitt perspektiv"

9.45 Föredrag 1. Elsa Bohlin
10.15 Föredrag 2. Erwin Bischofberger
10.45 Paus
11.00 Föredrag 3. Sonja Thorburn
11.30 Föredrag 4. Lars Gustafsson

12–13.30 Lunch

13.30 Workshop 1–4. Varje föredragshållare medverkar som resursperson i två samlingar där deltagarna bereds möjlighet att diskutera förmiddagens föredrag, egna idéer och erfarenheter med utgångspunkt från temat "Människovärde och människosyn i allmänläkarens arbete".

14.30 Paus, förfriskningar – Postersession
15.15 Workshop 5–8
16.30 Avslutning, information
19.00 Middag

Fredag 29 september

8.30 KOMMER DET NÅGRA "GULLPENGAR" TILL ALLMÄNLÄKARE I NORRA REGIONEN? Om allmänläkares forskningsvillkor.

Paneldiskussion med deltagare från Umeå Universitet, Allmänmedicinska institutionen, samverkansnämnden m fl.

10.00 Paus, förfriskningar

10.30 PREVENTIVT ARBETE I TEORI OCH PRAKTIK. Paneldiskussion med deltagare från Umeå sjukvårdsdistrikt, Institutionen för epidemiologi, hälso- och sjukvårdsforskning.

12.00 Lunch

13.30 Fria föredrag, Fritt ur hjärtat, postersession

15.00 Paus, förfriskningar

15.30–16.15 Avslutning

Anmälan till Kerstin Borin, Landstingets kansli, 901 89 Umeå senast den 1 september 1989.

Övriga upplysningar: Sven-Olof Andersson, Pertti Pihlflyckt, Gunilla Risberg, Lars Weinehall eller Göran Westman.

Vi måste ta ansvar för våra smärtpatienter!

HANS THÖRN

Kronisk värk och smärta bör i större utsträckning behandlas i primärvården genom att vi samarbetar bättre och utvecklar nya behandlings- och samarbetsformer för dessa patienter. Utbildning i akupunktur är ett sätt att sprida kunskap om en behandlingsform som också har effekt på patienternas besvär.

Kronisk smärta och värk är ett stort problem i sjukvården, på alla vårdnivåer och även i samhället i stort. På många håll runt om i landet har man bildat smärtgrupper för att ge smärtpatienter en högspecialiserad vård. Fenomenet kronisk smärta bedöms som ett multidisciplinärt problem där många experter måste slå sina kloka huvuden ihop för att komma fram till en gemensam bedömning och lösning.

Nyckelord: Akupunktur, kronisk värk, utbildning

En del av smärtpatienterna har behandlingsbara sjukdomar vilka är tydligt identifierbara och för vilka det finns allmänt accepterade åtgärdsprogram. Det finns ett flertal reumatiska åkommor som är relativt väldefinierade. Det finns kronisk värk till följd av malign sjukdom. Det största problemet är emellertid godartad kronisk värk eller smärta där det somatiska underlaget är dåligt definierat eller överhuvudtaget omöjligt att identifiera. Detta är en grupp av patienter som man har intryck av är i växande. Bidragande orsaker till problemet är säkert patientens samhällssituation, sjukvårdsapparatus oförmåga att tillfredsställa patientens känslomässiga behov samt många andra faktorer utanför den medicinska verksamhetens domäner.

Ett sätt att få kontakt och samarbete med den här typen av patienter är akupunkturbehandling. Vid sidan av sina direkta fysiologiska effekter med påverkan på endorfinsystem och andra hämningsmekanismer har akupunktur stora fördelar som behandlingsmetod för patienter med kronisk smärtproblematik. Man får en nära kontakt med patienten. En regelbunden kontakt med besök 1-2 ggr/vecka. Man samtalar med patienten om smärtupplevelser. Det är smärtupplevelsen som är utgångspunkten för hur behandlingen läggs upp, inte

behandlaren antaganden om den fysiologiska verkligheten bakom problemet. Dessutom har ju akupunktur en sederande effekt vilket minskar patientens försvar inför att diskutera andra problem i sammanhanget. Akupunkturbehandling blir ett bidrag till en helhetsbehandling där ofta andra alternativ kommer in, tex antidepressiva, fysioterapi, anpassningsåtgärder, samtal. Denna typ av helhetsbehandling har beskrivits fint av Gunilla Brattberg bla.

Alltfler läkare och sjukgymnaster har sedan akupunktur godkändes officiellt som behandlingsmetod börjat använda sej av detta med ofta stor framgång. Akupunkturutbildningen har emellertid ofta blivit ett lite främmande element som inte inlemmats i den regelbundna verksamheten som man gör med andra, nya behandlingsmetoder. Detta har väl i och för sej varit naturligt med hänsyn till hur få som har behärskat metoden.

I Bohuslän har vi under hösten 1988 och vintern 1989 genomfört akupunkturkurs som en intern utbildning för distriktsläkare och sjukgymnaster. Flera av oss har använt akupunktur i många år och det kändes viktigt att sprida kunskap brett i landstinget för att fler patienter skulle få möjlighet att få hjälp av metoden. Målgruppen för vår kurs var distriktsläkare och sjukgymnaster i primärvården. 16 deltagare på kursen med hälften/hälften fördelning sjukgymnaster/läkare. Kursen fick en praktisk inriktning med diskussion kring behandlingsindikationer och konkret handhavande med stickövningar på deltagarna. Vi gick också igenom förhållningssätt till kroniska smärtpatienter, smärtans patofysiologi och socialstyrelsens föreskrifter. Kursen löpte på 2+2 dagar med praktikpass emellan. Första avdelningen inriktades på behandlingar av patienter med värkproblem från huvud och övre extremiteter, medan andra delen behandlade rygg och nedre extremiteter.

Kan man lära ut akupunktur på 30 timmar? Det beror på vilka utgångspunkter man har och deltagarnas förutsättningar. De kategorier som vi vände oss till hade goda förutsättningar. Vår utgångspunkt var att lära ut relativt standardiserade behandlingar utifrån en handbok i akupunktur - *Clinical Acupuncture* av Anton Jayasuryia vilken kommit ut i ny utgåva på engelska (i Sverige!).

Under praktikpasset förde kursdeltagarna och lärarna protokoll på de patienter som behandlades. Behandlingarna diskuterades sedan under

uppföljningspasset i grupp. Behandlingsprotokollen håller vi på att sammanställa för redovisning i annat sammanhang. Lärare och elever behandlade 92 patienter. Av dessa redovisade 54 att de var betydligt bättre eller helt smärtfria. 41 var sjukskrivna före behandlingen men 34 efteråt. Elevernas behandlingsresultat var fullt jämförbart med lärarnas.

Man kan således med ganska enkla medel ordna en intern kurs i akupunktur, förutsatt att det finns några som kan metoden. Kursen blir dessutom billig. Inräknat förberedelsetid, lönekostnad, mat, kursmaterial, lokal etc kommer vi upp i ett pris som ligger långt under hälften av vad en sådan här kurs kostar på den öppna marknaden! Det är stora fördelar - utöver de rent ekonomiska - att anordna en intern kurs på det här viset med flera yrkeskategorier. Samarbetet förbättras avsevärt. Vi delar på vår kunskap så att den blir större. På sikt skapas förutsättningar för att utveckla samarbetsformer för ett förbättrat omhändertagande av smärtpatienterna. Kanske kan man bygga vidare med "smärtgrupper" i primärvården där man tillsammans diskuterar olika patienter med kronisk smärtproblematik utifrån våra olika yrkeskategoriers synpunkter, gärna tillsammans med patienten. Det har ju visat sej vara en framgångsrik modell i den högt specialiserade sjukvården. Jag tror den skulle fungera än bättre hos oss som arbetar så nära patientens nätverk.

Författarpresentation

Hans Thörn, distriktsläkare

Postadress: 455 00 Munkedal

Succosa®

sukralfat

NY SUKRALFATMIXTUR!

FRISK

MINTSMAK

utprovad av patienter



**100:– BILLIGARE ÄN ÖVRIG
SUKRALFATMIXTUR PER 4-VECKORSKUR**

***Ny sukralfatmixtur finns i Hässles välkända
och beprövade 1-dosförpackning***

Succosa® (sukralfat) är ett alkaliskt aluminiumsackarossulfat och finns som mixtur 1 g/10 ml (mintsmaak) i förpackning om 120 x 10 ml (1-doskuddar) och flaska på 600 ml. Indikationer: Duodenalsår, benigna ventrikelsår. Profylaktisk behandling upp till 6 månader vid kroniskt recidiverande duodenalsår.



Primärvårdsforskning i Tierp: Storkonsumenter av läkemedel – vilka är det, och varför?

JAN STÅLHAMMAR

Sedan början av 1970-talet pågår i Tierp en kontinuerlig insamling av uppgifter om befolkningens sjukvårdskonsumtion i primärvården och läkemedelskonsumtion. Materialet ger goda möjligheter till populationsbaserade epidemiologiska studier.

Ett exempel är Dag Isacsons avhandling "Heavy use of prescription drugs" (1987), som utgår från Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst och Socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet.

Nyckelord: Primärvård, forskning, läkemedelsanvändning, Tierp

I olika delstudier redogörs för farmakologiskt mönster och mortalitet hos storkonsumenterna. Eftersom psyko-farmaka var den läkemedelsgrupp som oftast förskrevs, har en närmare analys gjorts av storkonsumenter av psykofarmaka. Bland annat har betydelsen av demografiska och socioekonomiska faktorer analyserats. En annan grupp med hög läkemedelskonsumtion var diabetiker, även sedan man utslutit antidiabetika. I en delstudie har diabetikernas farmakologiska mönster jämförts med icke-diabetikers. Dessutom analyserades skillnader i farmakologisk profil mellan diabetiker indelade efter typ av behandling, dvs mellan insulin-, tablett- och kostbehandlade diabetiker.

Onödig och ej ändamålsenlig läkemedelsförskrivning och överdrivet bruk av vissa läkemedel har av flera skäl tilldragit sig ett ökat intresse under senare år. Förutom de ekonomiska aspekterna – att sjukförsäkringskostnaderna för läkemedel ökat från 995 miljoner kr 1974 till 3 641 miljoner kr 1986, i fast penningvärde en ökning med 60% – har även risker med polyfarmaci, läkemedelsinteraktioner och läkemedelsberoende allt mer kommit att uppmärksammas. För att förstå hur ett storkonsumtionsmönster av läkemedel uppkommer, och för att kunna förhindra uppkomst av onödig eller medicinskt ej motiverad storkonsumtion, är det en angelägen uppgift att



Kort presentation av Dag Isacson.

Dag Isacson är apotekare och innehar en forskarassistenttjänst vid Institutionen för Socialfarmaci, Farmaceutiska fakulteten, Uppsala universitet. Dag har också kvar ett sedan länge pågående samarbete med Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst vid Institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet.

kartlägga och analysera förekomsten av denna.

Inom ramen för Tierpsprojektet sker sedan 1972 (sedan 1982: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, Uppsala universitet) en individbaserad registrering av befolkningens sjukvårdskonsumtion i form av läkarbesök i primärvård, diagnoser samt läkemedel expedierade vid kommunens apotek. Genom att koppla receptdata med besöksdata har flera läkemedelsepidemiologiska studier som har sin grund i primärvården kunnat utföras (1–4). Det hittills mest omfattande projektet är Dag Isacsons avhandling "Heavy use of prescription drugs. Pharmacoepidemiological studies in a Swedish community", 1987, som utgår från Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst och

Institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet.

Vad är en storkonsument?

Beroende på hur man definierar "storkonsument", får man olika svar. Ett vanligt sätt är att ange en fix gräns, tex 20 receptuttag/år. Författaren har istället valt en percentildefinition, där han föreslår att de som ligger över den 95:e percentilen av antal uttagna recipienter skall betraktas som storkonsumenter, samt att man uppnår ytterligare fördelar om man använder den på ålders- och könssupplade grupper. Som skäl anger han att ett sådant förfarande underlättar longitudinella studier och jämförande studier av olika hälsovårdssystem inom och mellan olika länder, eftersom det inte behöver ta hänsyn till skillnader i t ex iteringsintervall av recept mellan olika sjukvårdssystem.

Annat farmakologiskt mönster och högre mortalitet

Personer som hade en hög förbrukning av läkemedel hade ett annat farmakologiskt mönster och en mer komplex läkemedelskonsumtion än övriga.

Storkonsumenterna kännetecknades framför allt av en mycket hög förbrukning av psykofarmaka, samt av att skillnaden gentemot övriga personer ökade över tiden. 1972 hade storkonsumenter 9 gånger högre förbrukning av dessa medel jämfört med övriga. 1981 var förbrukningen 12,5 gånger högre. Andra läkemedel som storkonsumenter hade en hög förbrukning av var medel för andningsorganens sjukdomar, dermatologiska medel, antidiabetika, läkemedel för ögonsjukdomar och vitaminer.

Stabiliteten i konsumtionsmönstret varierade med åldern. Efter en uppföljningstid av 8 år var 20% av de över 45 år fortfarande storkonsumenter, jämfört med bara 5% av de i åldern 0–14 år.

En analys av dödligheten åren 1976–1983, visade att storkonsumenter hade en signifikant högre dödlighet jämfört med icke storkonsumenter, samt att detta gällde både för män och kvinnor.

Vilka använder psykofarmaka?

Under åren 1972–1983 minskade psykofarmakaförskrivningen i Tierp med

27 procent. Minskningen var emellertid lägre bland äldre och storkonsumenter än för befolkningen i stort. Andelen av befolkningen som använde psykofarmaka 1983 var bland män hälften så stor som bland kvinnor, 7 respektive 15%. Särskilt hög var förbrukningen bland kvinnor över 65 år, där drygt en tredjedel använde psykofarmaka, jämfört med 20% hos männen.

Skillnader med avseende på socialgrupp och civilstånd var över lag små. Vissa undergrupper med högre förbrukning kunde emellertid identifieras; ej förvärvsarbetande män i åldern 35–44 år hade fyra gånger så hög förbrukning som arbetare, och frånskilda män hade dubbelt så hög förbrukning som gifta män i åldern 45–64 år. Även ogifta kvinnor i åldern 35–44 år hade en hög förbrukning.

Diabetes – en mångfacetterad sjukdom
Eftersom diabetes är en sjukdom som griper in i den sjukes liv på flera sätt, var det inte oväntat att diabetiker var en grupp som kännetecknades av en hög läkemedelsförbrukning, även då man räknat bort de mediciner som

kunde hänföras till grundsjukdomen. Särskilt hög var förbrukningen av hjärt-kärlmedel. Men även en hög konsumtion av medel som psykofarmaka, antibiotika, medel mot luftvägssjukdomar, mag-tarmmedel och dermatologiska medel tycks vittna om den sjuklighet som är associerad till grundsjukdomen. Uppdelat efter typ av behandling, fann man att insulinbehandlade diabetiker, förutom insulin, hade en hög förbrukning av läkemedel inom 7 av 12 läkemedelsgrupper. Tabletterbehandlade hade en motsvarande hög förbrukning inom 9 läkemedelsgrupper och kostbehandlade endast inom 3 av 12 läkemedelsgrupper.

Slutord

Avhandlingen visar på ett förtjänstfullt sätt hur rutinmässigt insamlade data från primärvården kan användas för att erhålla ny och väsentlig kunskap, samtidigt som den stimulerar till nya frågeställningar. En viktig fråga i sammanhanget är det ökande gapet mellan storkonsumenter och övriga då det gäller förbrukningen av psykofarmaka. Varför släpar storkonsumenternas nedgång efter jämfört med den

generella minskningen, och hur ska vi angripa den? Studier av det här slaget kan betraktas som en del i den nödvändiga kvalitetssäkring som behövs för att göra sjukvården, inte minst primärvården, bättre.

Referenser

1. Hallqvist J, Smedby B. Förekomst och medicinskt omhändertagande av diabetes i en definierad population. Läkartidningen 1981; 78:3706–10
2. Stålhammar J, Smedby B. Förekomst av diabetes mellitus i ett sjukvårdsdistrikt – en prevalensstudie med case finding-metodik. Rapport 1984-09-12. Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, Uppsala universitet, 1984.
3. Rasmussen F, Smedby B. Physician visits and prescribed drugs among young children and their mothers. Scand J Prim Health Care 1987; 5:225–31.
4. Westerling R. Diagnoses associated with the prescription of psychotropic drugs at a Swedish health centre. Scand J Prim Health Care 1988; 6:93–8.

Författarpresentation

Jan Stålhammar, Distriktsläkare vid Eriksbergs vårdcentral.

Postadress: Granitvägen 5, 75243 Uppsala

Resestipendium

Organon AB har under de senaste åren bidragit till att vidga kunskapen inom området urogynekologi. Vetenskapliga symposier, böcker, utbildningsdagar, videogram etc. är aktiviteter som syftar till detta.

För att ytterligare erbjuda kunskap inom området urogynekologi instiftar Organon AB ett *resestipendium* på 15.000 kr för läkare och sjuksköterskor, vilka är verksamma inom den *öppna distriktsvården*.

Stipendiet kan utnyttjas som resebidrag till kongresser eller vidareutbildningar såsom kurser och seminarier.

Ansökan skall innehålla resplan, motivering, ekonomisk kalkyl och rekommendation från ansvarig chef.

En kortfattad reseberättelse skall inlämnas till Organon AB inom 1 månad efter avslutad resa.

Beslut om tilldelat stipendiebelopp tillställs de sökande personligen och kan ej överklagas.

Personlig ansökan skall vara Organon AB tillhanda senast 31 augusti 1989, under adress Organon AB, Box 5076, 421 05 V Frölunda.

Möte med John Fry

CHRISTINA FABIAN · GÖRAN SJÖNELL · MOA VLASTOS

Besök en engelsk allmänläkar-kollega! Lär och inspireras av hans arbete! Åk sedan hem och avskaffa den byråkratiska vårdcentraladministrationen! Dessa råd ges efter ett besök hos John Fry, välkänd GP, Beckenham Kent.

Nyckelord: Allmänläkare, allmänläkarpraktik, internationellt utbyte, England.

Mälardalens distriktsläkarklubb bildades 1978. Initiativtagare var Jerzy Leppert, då distriktsöverläkare i Västerås och Sven Kullman, då distriktsöverläkare i Eskilstuna.

Klubben har mycket välbesökta möten två gånger om året och vid ett av dessa möten inbjöds John Fry som gästföreläsare. John är general practitioner med 40 års erfarenhet i sitt yrke. Han har skrivit många böcker i allmänmedicin.

John Fry hade tidigare besökt Sverige på 70-talet. Han noterade då att allmänmedicinen i Sverige förde en tyngande tillvaro, och det var med glädje han noterade att det åter igen började utbildas allmänläkare i Sverige, när han besökte oss 1983.

Under sitt besök i Sverige gjorde John studiebesök på ett par vårdcentraler. Han förundrades över att vi hade 20 minuter per patient, han undrade vad vi gjorde med patienterna under denna tid, själv klarade han av ett 30-tal patienter på en förmiddag, hade sedan eftermiddagen för hembesök etc. Besöken kunde vara korta då patienterna visste att de hade möjlighet att få tid snart igen om behov fanns.

När WONCA i juni 1986 hade sitt möte i London var det helt naturligt att vi från Mälardalens distriktsläkarklubb ånyo tog kontakt med John Fry. Från klubben deltog Christina Fabian, Moa Vlastos, samt Sven Kullman. Övriga deltagare var Margareta Strand distriktsöverläkare i Enköping samt Göran Sjönell, distriktsöverläkare i Stockholm.

Förväntansfulla trängde vi alla in oss i dr Fry's röda bil med nummer FRY 100. Färden gick mot Beckenham, Kent, där han både har bostad och mottagning i samma hus.

Vårdcentralerlokaler

Väntrummet var cirka 20 m² stort, möblerat med vanliga pinnstolar, några broschyrer och vanliga tidningslitteratur. Den kombinerade sköters-

kan – sekreteraren – undersköterskan – växeltelefonisten – städerskan satt i ett litet bås alldeles innanför väntrummet och svarade i telefon. Hon var omgiven av några plåtskåp, i vilka John Fry förvarade sina journaler med 40 års hemligheter om alla patienter.

John delar sin praktik med en halvtidsarbetande kollega och undersöknings/konsultationsrummet var litet. Några överlastade bokhyllor fanns inte där, vilket man kanske kunde vänta sig med John Frys vetenskapliga bredd. Britsarna var av äldre modell, relativt höga, fixerade och användes även som gymbord.

Lokalerna var gemytliga, rena och gav en känsla av omtanke och omvårdnad. Bredvid sköterskan fanns ett par plåtskåp där A5-journaler förvarades instoppade i bruna kuvert. Vid vårt besök var telefonen tyst nästan hela tiden och sköterskan förklarade det med att det var hästkapploppning på TV. I dessa relativt små lokaler tog man utan problem emot drygt 50 patienter per dag utan att se några problem med det.

Att jämföra dessa lokaler med dem vi ser på moderna svenska vårdcentraler får ju tanken att hisna. Våra små miniatyrsjukhus, "Babels uthus", skulle nog enligt engelsk terminologi klassificeras som hospitals och inte som GP-surgerys. Kvaliteten sitter uppenbarligen inte i kvadratmeterytan på lokalen, den slutsatsen är en självklarhet efter besöket hos John Fry.

John Fry's eget rum var möblerat med ett skrivbord och en brits. Han drog ut en hurts i skrivbordet och tog fram sin "pen and paper research". Hans originalstatistik skrivs på närmast kassabokliknande blad i mappar av grå papp. Med blyertspenna och korta anteckningar sammanställer han varje dag, därefter varje vecka och varje år sjukdomar och andra uppgifter på sina patienter. Det som imponerar med John Fry's dokumentationsprinciper är att han mycket långt före datamaskinerna förstod att förenkla sitt system. I Sverige har vi ju hamnat i byråkratifällan, och med hjälp av Parkinsons lag utvecklats en stark administrativ överbyggnad inom primärvården med hjälp av Lerums vårdplaneringssystem, sköterske – telefonmottagning, laboratorieprovshantering, journalsigteringstvång etc etc.

"Vårdcentralslaboratoriet"

Något egentligt laboratorium fanns inte. Man tog Hb och urinprov, övriga prover hänvisades till närmaste lasarett. Utrustningen i övrigt på mottag-

ningen var mycket diskret och enkel, och delvis gammalmodig, men fullt funktionabel. Att allmänmedicinen är en lågteknologisk specialitet är något som de engelska kollegorna är stolta över och som anses självklart.

Afternoon-tea

Från mottagningen kom man direkt in i John Fry's bostad. Fru Fry tog där emot med te och gurksmörgåsar. Trots intensivt samtal vid tebordet höll fru Fry hela tiden ett intresserat öga på de aktuella hästkapploppningar på TV.

Framtidens allmänmedicin

John Fry visade oss, att varje enskild läkare bör vara den kontinuerliga informationsbäraren.

En modern persondator ersätter allt handarbete och klurighet som John Fry gjort och därmed kan vi alla bli hans likar tack vare 80-talets teknologi. Det engelska GP-systemet med sitt lokala befolkningsansvar, sin goda kontinuitet och nära kommunikation med befolkningen har överlevt många byråkratiska attacker de senaste 40 åren. Den svenska allmänmedicinska trenden går nu också mot mindre enheter och tillbaka till provinsialläkar-systemet. Svensk allmänmedicin har mycket stora kunskaper att hämta i det engelska systemet, inte minst i John Fry's långa och tålmodiga arbete. Genom att engelsk primärvård inte har haft samma ekonomiska expansionsutrymme som det svenska har inte apparater, byråkrati och pappers-exercis invaderat verksamheten på samma sätt som här hemma.

De engelska patienternas höga uppskattning av GP-systemet är välkänd och väl dokumenterad och är ett starkt motiv för oss svenska allmänläkare att utveckla vår verksamhet i engelsk riktning.

Vi uppmanar allmänläkarkollegor i Sverige att om de inte ännu haft glädjen och möjligheten att besöka en engelsk GP-kollega: Gör detta snarast – lär, inspireras – åk sedan hem och avskaffa den byråkratiska vårdcentraladministrationen!

Författarpresentation

Christina Fabian*, Göran Sjönell, Moa Vlastos

* Postadress: Vårdcentralen 744 32 Heby



Två små verktyg kan vara effektivare än ett stort.

Det går bättre att bearbeta sten med hammare och mejsel än med yxa. Det kan också gå bättre att sänka blodtrycket med två preparat i låga doser än med ett preparat i hög dos.

Modern blodtrycksbehandling syftar till individualiserad terapi, full effekt, god tolerabilitet och låg behandlingskostnad.

SALURES 2,5-5,0 mg +

ACE-hämmare

beta-blockerare

Ca-antagonister

alfa-blockerare

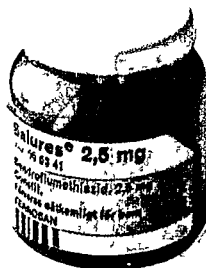
kaliumsparare

Salures är det bas-preparat som lämpar sig för kombinationsbehandling med vilket som helst av de nyare blodtryckssänkande medlen. En sådan kombination reducerar dessutom behandlingskostnaden avsevärt.

*Tiazid-diuretika i långtidsstudier visar ingen lipidförändring.**

*Drugs 30: 469—474 1985. How Dangerous are Diuretics? Edward D. Freis and Vasilios Papademetriou. Veterans Administration Medical Center, Washington.

Journal of Hypertension 1987, 5: 561—572. Beta-blockers vs Diuretics in Hypertensive Men: Main result from the HAPPY Trial. Lars Wilhelmsen et al.



FERROSAN
HJÄRTA/KÄRL
TEL. 040-383000



Min 68-årige patient

LBO6392

LARS-OLOF HENSJÖ

Han är död nu, min 68-årige patient. Han dog förra hösten efter en kort tid på geriatriska kliniken. Vi hade känt varandra i 5–6 år genom ganska täta återbesök, akuta besök på mottagningen, telefonsamtal på avtalad och icke avtalad telefontid, möten på trottoaren.

Jag trodde att jag kände honom väl men det är ju en så liten del av en människa man ändå kommer riktigt nära. Jag kände till hans svåra bakgrund med hemska minnen från andra världskriget, flykting till Sverige, äktenskapet, skilsmässan, arbetet, pensioneringen, biljarden, ensamheten. Han hade sedan flera år en känslig mage, känslig för fet mat, stark mat, mycket mat. Ett år hade han läst i "Dags att deklarerar" att man kunde få göra skatteavdrag för fettreducerad kost. Jag förklarade att detta inte avsåg den typ av kosthåll han hade fört. Det blev upprörda missförstånd från båda håll. Två veckor senare hade denna upprördhet över den svikande husläkaren resulterat i ett blödande magsår. Han hamnade på IVA några dagar till och med. Astman och emfysemet progredierade under många år och blev invalidiserande trots medicinering. Han berättade om att han åkt till en specialist i en helt annan region och där fått specialbehandling. Inte heller denna kunde hejda sjukdomsförloppet.

Besöken på akutmottagningen blev allt tätare och vårdtiderna på medicinkliniken allt längre. Han mätte aldrig bra. Hemsamariten antydde för mig att "har han inte lite väl mycket mediciner?" Jag tittade igenom journalen

och fann i mina noggrant förda läkemedelslistor att visst fick han många sorter och stora doser men fann ingen tendens till överförbrukning. Jag hade förstas ingen översikt över vad han fick vid utskrivningar från sjukhus, andra läkare osv men tolkade ändå läkemedelslistan så att han var så bra behandlad som det var möjligt med tanke på hans svåra tillstånd med recidiverande magsår, astma, emfysem och svår ångest.

Psykiatrisk kontakt fungerade ej trots flera försök och vi hade god kontakt han och jag. Han var på många sätt en särpling. Tog inte alltid av sig hatten då han satt inne på mitt undersökningsrum och väntade på mig. Endast motvilligt tog han på uppmaning av sig kläderna för undersökning av hjärta, lungor och mage. Besöken blev ofta långa och ordrika – det fanns så mycket svårt att tala om.

Han är död nu, min 68-årige patient. Jag förstod honom aldrig trots våra täta kontakter. Han var en svår patient, för svår. Någon månad innan han dog gjorde jag mitt första och enda hembesök hos honom tillsammans med en annan läkare. I hemmet fanns också en hemsamarit, som jag känner väl. Hon bad mig titta i garderoberna och byrålådorna. Jag frågade patienten först, och motvilligt gav han sitt tillstånd. Ur byrålådorna fullkomligt sprätte det upp Zantac-askar, Berotec-sprayer, Ventoline-kapslar och Strepsils. Askarna hade flera ordinatorer men den absolut övervägande delen av askarna hade mitt namn på etiketten. När sedan en son, efter faderns död, i flera omgångar lämnade

in stora säckar med mediciner till apoteket gjorde vi i all enkelhet upp en förteckning över de läkemedel i öppnade och oöppnade förpackningar som fanns i hemmet. Läkemedlen var utskrivna under åren 1981–1987. Vi har beräknat att det i hemmet fanns läkemedel för mellan 45 000 och 50 000 kr (1988 års priser). 26 800 tabletter plus sprayer m m.

Varför, käre patient med så svår astma, svåra magsår och ångest? Varför hämtade Du ut alla läkemedlen och lade sedan in dem i skåp och byrålådor? Hur stor roll spelade 15-kortet, dvs att läkemedlen inte kostade något? Men, varför, varför tog Du inte de ordinerade läkemedlen, som nog kunde lindrat Din stora plåga?

Trots mitt stora intresse för läkemedel, min ganska ambitiöst förda läkemedelslista sedan många år gick det så fel.

Han hade i hemmet bl a:
 2 160 st tabl Zantac à 150 mg
 1 050 Novalucol tuggtabletter
 1 250 st tabl Andapsin 0,5 g
 1 700 st tabl Prednisolon
 100 st tabl Abboticin 0,5
 50 st tabl Bactrim forte
 100 st tabl Imacillin
 150 st tabl Vibramycin
 8 500 kapslar Becotide
 600 supp Oxyphyllin
 1 700 st tabl Theo-Dur
 1 900 st tabl Mucomyst
 m m

Författarpresentation

Lars-Olof Hensjö, distriktläkare.

Postadress: Vårdecentralen, Skärgårdsvägen 7, 13400 Gustavsberg.

Anmälan om föredrag/posters till Riksstämman.

Anmälan om föredrag eller poster till de allmänmedicinska sessionerna vid Läkaresällskapets Riksstämma skall sändas in före den 25 augusti 1989. Blanketter för anmälan av föredrag eller poster, tillika abstractformulär, kommer att sändas ut i mars/april och kan vid behov rekvireras från undertecknad. Vi hoppas inom SFAMs styrelse att få in många anmälningar. Riksstämman blir nästa gång 29 nov–1 dec 1989.

Abstractformulären insänds till undertecknad – starta i god tid! Det är stor risk att tiden blir knapp annars dagarna före den 25 augusti.

Calle Bengtsson

Professor vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg, vetenskaplig sekreterare i SFAM

Adress:

Allmänmedicinska institutionen,
 Redbergsvägen 6
 416 65 GÖTEBORG

Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ

Regionala läkemedelsinformationscentraler (LIC) finns sedan 1974 på Huddinge sjukhus och i Lund (ELIS) sedan 1988. LIC bemannas av kliniska farmakologer, farmaceuter och sekreterare och liknande enheter byggs nu upp vid landets övriga universitetssjukhus genom aktivt samarbete mellan kliniska farmakologer och Apoteksbolaget.

LIC besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive LIC. Frågor och svar lagras sedan i den gemensamma databasen Drugline, utvecklad vid Huddinge-LIC och tillgänglig som en del av Medline. För att ge ökad spridning på frågor/svar som behandlas vid läkemedelsinformationscentralerna kommer jag att i ALLMÄNNMEDICIN publicera några frågor som kan intressera läsekretsen. Har du synpunkter på vilka ämnen som jag ska ta upp i denna spalt skriv till dr Lars-Olof Hensjö, vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustafsberg, tel 0766-385 00.

Denna gång presenteras två frågor från ELIS.

Fråga:

Vid behandling av cancerpatienter med morfin anses att bulkmedel inte bör användas för att motverka förstoppning. Hur förhåller det sig med medel som innehåller laktulos? Är laktulos att betrakta som ett bulkmedel och är det i så fall kontraindicerat vid morfinbehandling?

Svar:

Morfin minskar motiliteten i hela magtarmkanalen och förlångsammare därmed passagen av tarminnehållet. På grund av den långsammare transporten, framför allt genom tunntarmen, hinns vatten resorberas i större utsträckning och tarminnehållets viskositet ökar. Detta leder till morfininducerad förstoppning. Bulkmedels huvudsakliga effekt anses bero på att vatten binds och ger upphov till en volymökning och uppmjukning av faeces.

Vid morfinbehandling är motiliteten nedsatt. Patienterna är dessutom ofta svårt sjuka, sängliggande och deras vätskeintag är ofta otillräckligt. Att använda bulkmedel är därför olämpligt. Laktulos är en syntetisk disacharid som i colon bryts ned av bakterier till ättiksyra och mjölksyra. Genom att pH i tjocktarmen sänks erhålls en retande effekt på musklerna i tarmväggen vilket leder till ökad tarmmotilitet. Samtidigt får man en lokal osmotisk effekt i tjocktarmen, vilket ger en volymökande effekt genom att vatten binds till tarminnehållet. Laktulos har alltså dels en stimulerande effekt på tarmmotoriken dels en volymökande och mjukgörande effekt. I Socialstyrelsens allmänna råd om smärtbehandling i livets slutskede rekommenderas att patienter med opiatbehandling bör ges profylax mot förstoppning redan då behandlingen startas. Lämpliga preparat är sådana som både stimulerar tarmmotoriken och har en mjukgörande effekt samtidigt.

Fråga:

Är biverkan hosta av enalapril (Renitec) en dosfråga eller är endast sattet att få hjälp att sätta ut preparatet helt?

Svar:

Hosta är en känd biverkan vid behandling av ACE-hämmare. Mekanismen bakom uppkomsten av hostan är okänd, även om man spekulerar i att denna effekt kan medieras via bradykinin och prostaglandiner.

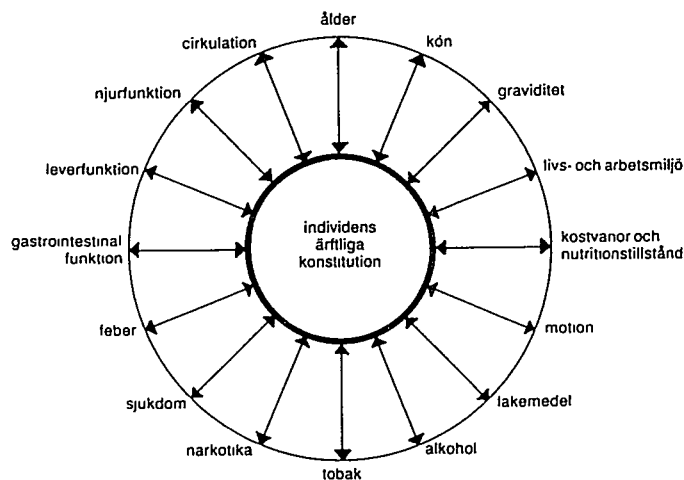
En studie (Coulter & Edwards) med sådana patienter vars hosta utlösts av behandling med ACE-hämmare visade att denna typ av hosta var vanligare hos kvinnor och den var vanlig även vid behandling med låga doser. Effekten föreföll att inte vara dosberoende. Hostan var oftast av sådan svårighetsgrad att behandlingen måste utsättas. Efter utsättande av behandlingen försvann hostan oftast inom en vecka. Incidensen för denna biverkan var för captopril 1,1 % och för enalapril 2,8%.

Farmakogenetik

GUNNAR ALVÁN

Med *farmakogenetik* avses genetiska faktorerens betydelse för individuella olikheter i läkemedels omsättning, terapeutiska effekter och biverkningar. Farmakogenetik är således en gren av ekogenetiken, vilken i sin tur definieras som genetiska faktorerens betydelse för individens reaktion på miljöfaktorer. Genetiskt styrda egenskaper avgör tillsammans med miljö- och sjukdomsfaktorer vilka medicinska effekter läkemedel och andra substanser får. Detta kan enkelt uppfattas som en växelverkan mellan substansernas egenskaper, individens genetiska konstitution och miljöfaktorer. Figur 1 visar ett förslag till schema över dessa faktorerers samspel.

Farmakogenetiska egenskaper ärvs, styrs och uttrycks på samma sätt som andra ärftliga egenskaper. Med genotyp avses en individs anlagsuppsättning och med fenotyp menas de mätbara egenskaper som en individ har. Ett antal sk polymorfismer har påvisats för läkemedelsmetabolism. Individer kan då indelas i klart skiljbara fenotyper beroende på att ett genpar är avgörande för egenskapen. Fenotyperna blir bimodalt eller trimodalt fördelade i befolkningen. För att kallas polymorfism måste den sällsynta fenotypen förekomma hos mer än en procent av befolkningen. Idiosynkrasier, dvs oönskade effekter efter tillförsel av läkemedel i doser som normalt tolereras är mer sällsynta.

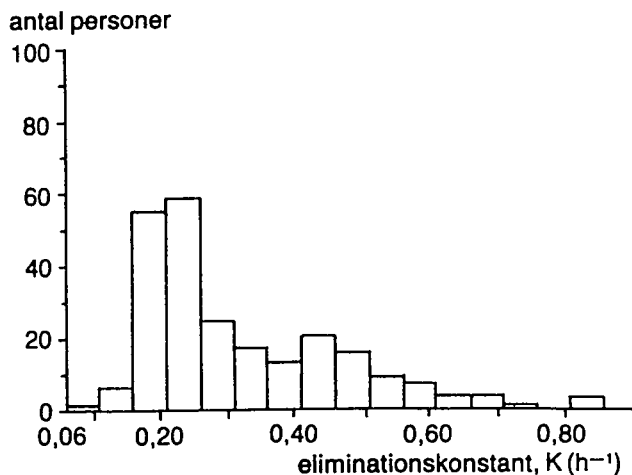


Figur 1. En samverkan mellan individens ärftliga egenskaper samt miljö- och sjukdomsfaktorer avgör läkemedels och andra kemiska ämnens effekter (Efter en idé av E Vesell).

Läkemedelsmetaboliska polymorfismer

Acetylering

Förmågan att acetylera vissa läkemedel, t ex isoniazid är en egenskap som är fördelad i två grupper, snabba och långsamma acetylerare. Figur 2 visar att eliminationskonstanten efter tillförelse av tuberkulosläkemedlet isoniazid har en fördelning med två maxima.



Figur 2. Fördelning av eliminationskonstanten uppmätt efter en testdos av isoniazid. Två maxima finns i fördelningen, och separationen mellan grupperna är ofullständig. Långsamma acetylerare har en eliminationskonstant mindre än $0,33 \text{ h}^{-1}$, vilket motsvarar en halveringstid av isoniazid som överstiger 2,1 timmar.

Denna uppdelning av befolkningen i snabba och långsamma acetylerare har praktiska konsekvenser. Flera av läkemedlen i tabell 1 har koncentrationsberoende biverkningar, och därför är dosering och biverkningsfrekvens nära relaterade till acetyleringsfenotyp.

Isoniazidinducerad neuropati förekommer främst hos långsamma acetylerare, och man får anta att detta sammanhänger med att isoniazidkoncentrationerna blir höga hos dessa individer. En egenartad biverkan som utlöses av flera läkemedel som acetyleras är det SLE-liknande syndromet. Orsaken till spontan systemisk lupus erytematosus (SLE) är okänd. Antikroppar mot DNA uppträder liksom njurskada med proteinuri. SLE-liket syndrom kan kliniskt inte skiljas från spontan SLE på annat sätt än att tillståndet upphör så snart det utlösande läkemedlet inte tillförs längre. Långsamma acetylerare löper mycket större risk än snabba att få SLE-liket syndrom efter tillförelse av prokainamid eller hydralazin i standarddos.

Oxidativ metabolism

Även oxidativ läkemedelsmetabolism uppvisar genetiska polymorfismer. Debrisokin oxideras snabbt hos de flesta individer, medan cirka 7 procent av de undersökta bildar obetydliga mängder av hydroxylerad metabolit. Debrisokin som inte är registrerat i Sverige utnyttjas som testsubstans för den sk debrisokinpolymorfismen. Efter intag av en debrisokintablett på 10 mg samlas urin under sex timmar. En kvot mellan utsöndrad mängd debrisokin och hydroxylerad metabolit beräknas. Figur 3 visar hur denna kvot är kraftigt snedfördelad. Fördelningen omfattar två grupper med ca 7% av befolkningen i en separat grupp med kvotvärden högre än 12.

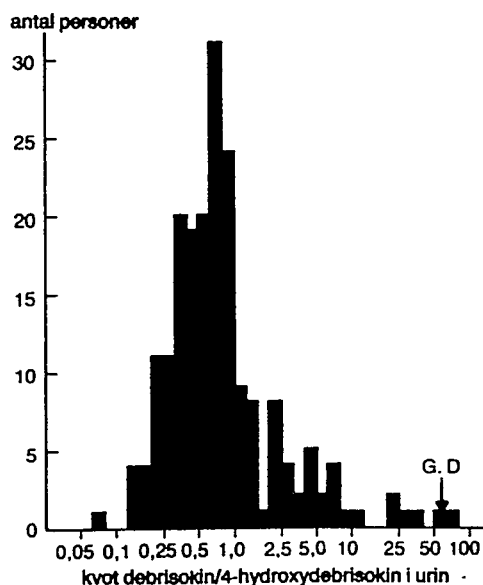
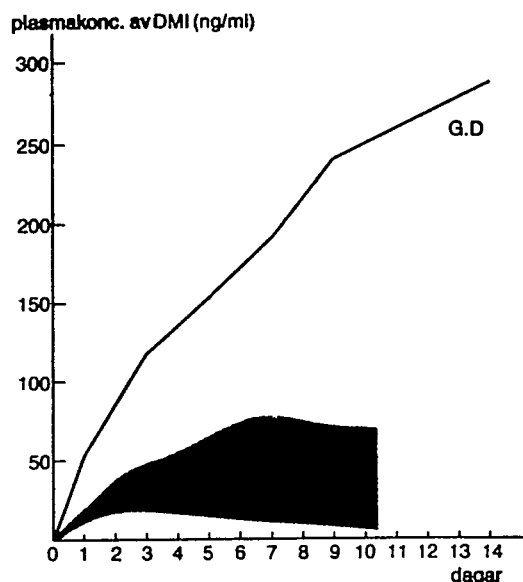
Senare har man upptäckt att flera andra läkemedel som genomgår oxidativ metabolism också uppvisar en polymorfism som överensstämmer med debrisokinets. En förteckning av dessa medel visas i tabell 2.

En polymorfism som är helt fristående från debrisokinhydroxyleringen har också påvisats för ett annat läkemedel som oxideras, mefenytin. Detta epilepsimedel var tidigare registrerat under namnet Mesantoin. Metabolismen av bensodiazepinet diazepam (Valium m fl) är nära relaterad till förmågan att oxidera mefenytin.

Tabell 1. Läkemedel som acetyleras.

Substans	Läkemedel	Användning
Dapson	Avlosulfon	Dermatitis herpetiformis och lepra
Hydralazin	Apresolin	Högt blodtryck
Isoniazid	Tibinide	Tuberkulos
Nitrazepam ¹	Mogadon	Sömnmedel
Salazosulfapyridin	Salazopyrin	Inflammatoriska tarmsjukdomar
Prokainamid	Pronestyl Prokainamid	Hjärtarytmier

¹) Acetylering svarar bara för en mindre del av nitrazepamets metabolism.



Figur 3. Överst: Plasmakoncentration hos elva patienter som fick läkemedlet desmetylimipramin (DMI) i dosen $25 \text{ mg} \times 3$. Patienten GD avviker med mycket hög läkemedelshalt. Nederst: Fördelning av kvoten mellan utsöndrad mängd moderförening och hydroxylerad metabolit av debrisokin hos 195 undersökta svenskar. Patienten GD har hög kvot och metaboliserar således markörläkemedlet debrisokin och vissa andra läkemedel mycket långsamt. (Efter Sjöqvist 1983.) Fallet illustrerar att debrisokintest kan användas för att diagnostisera långsam metabolism av läkemedlen i tabell 2.

**Tabell 2. Läkemedel för vilka en viktig metabolisk väg styrs genetiskt på samma sätt som hydroxyleringen av debrisoquin.**

Substans	Läkemedel	Användning
Alprenolol	Aptin	Beta-blockerare
Debrisoquin ¹⁾	Declinax	Medel mot högt blodtryck
Desipramin	Pertofrin	Antidepressivt medel
Dextrometorfan	Extuson, Tussidyl	Hostdämpande medel
Encainid ¹⁾	Encade	Antiarytmiskt medel
Metoprolol	Seloken	Beta-blockerare
Nortriptylin	Sensaval, Noritren	Antidepressivt medel
Fenformin ¹⁾	Dibein	Peroralt antidiabetesmedel
Timolol	Blocadren, Betim	Beta-blockerare
Perhexilin ¹⁾	Pexid	Medel mot angina pectoris
Perfenazin	Trilafon	Neuroleptikum
Tioridazini	Mallorol	Neuroleptikum

¹⁾ Läkemedlet är inte registrerat i Sverige.

Hittills har förvånansvärt få kliniska konsekvenser av oxidationspolymorfismer kunnat påvisas. Ett i utlandet använt medel vid anginösa besvär, perhexilin, hydroxyleras. Neuropati som är en besvärande biverkan av detta medel uppträder företrädesvis hos patienter med långsam hydroxylering av debrisoquin. Långsam hydroxylering är däremot sannolikt inte till någon nackdel vid användning av beta-blockerarna alprenolol, metoprolol och timolol, som alla uppvisar en läkemedelsmetabolisk polymorfism som överensstämmer med debrisoquinets, men som har stor terapeutisk bredd.

Höga plasmakoncentrationer kan förväntas hos personer med långsam metabolism när de tillförs läkemedel vars oxidation är polymorft reglerad. Plasmakoncentrationen bestäms dock av många andra faktorer än den metaboliska eliminationsväg som uppvisar genetisk polymorfism.

Polymorfismer i läkemedelsmetabolism skall alltså betraktas som faktorer som bidrar till den naturliga variationen, och inte som exklusiva orsaker till oönskade läkemedelseffekter. Givetvis bör man ta hänsyn till polymorfismerna och försöka utreda vilken praktisk betydelse de kan ha för läkemedelsdoseringen.

Sällsynta farmakogenetiska egenskaper

Avvikande plasmakolinesteras

Läkemedlet suxameton eller succinylkolin åstadkommer en total förlamning av tvärstrimmig muskulatur och därigenom andningsstillstånd. Detta är önskvärt i vissa situationer, t ex vid intubation. Medlet som är nära strukturellt besläktat med den naturliga transmittorsubstansen acetylcholin åstadkommer till skillnad från denna en bestående depolarisering av den motoriska ändplattan. Verkan är dock kortvarig, och andnings- och rörelseförmågan återkommer inom ett par minuter efter intravenös tillförsel av medlet.

Hos en minoritet av behandlade patienter kvarstår dock effekten under flera timmar. Behandlingen i dessa fall innebär att man ger assisterad andning så länge det behövs. Egenskapen har en autosomalt recessiv nedärvning. Ungefär 1 av 2 500 personer har defekten och är homozygota för anlaget.

Malign hypertermi

Malign hypertermi innebär att narkosgasen halotan, och i varierande grad andra läkemedel, utlöser muskelrigiditet och snabb kraftig förhöjning av kroppstemperaturen. Den bakomliggande mekanismen är dock okänd. Orsaken till syndromet är att den starkt ökade metabolismen ställer alltför höga krav på syresättning och cirkulation, och tillståndet har därför hög dödlighet på grund av cirkulationskollaps. Om tillförseln av halotan stoppas omedelbart då symtomen uppträder och läkemedlet dantrolen tillförs kan reaktionen i allmänhet brytas och patientens liv räddas.

Ungefär 1 av 20 000 har anlaget för malign hypertermi. Anlaget nedärvs autosomalt dominant, och därför finns det all anledning att undersöka om släktingar till en drabbad person också har

det. Det är relativt enkelt att påvisa egenskapen med ett laboratorietest. En muskelbiopsi från en person med anlaget reagerar med abnormt starka kontraktioner då den utsätts för koffein. I Sverige har denna diagnostik centraliserats till anestesikliniken i Lund.

Glukos-6-fosfatdehydrogenasbrist

Brist på glukos-6-fosfatdehydrogenas (G-6-PD) kan leda till favism, som har fått sitt namn efter den gula bönan Vicia fava, vilken kan utlösa hemolys hos predisponerade personer. Vissa läkemedel som förtecknats i tabell 3 kan också ge hemolys hos dessa personer.

G-6-PD-brist ärvs X-bundet recessivt och förekommer därför nästan uteslutande hos män. Kvinnliga heterozygoter har endast lätta symtom eller inga alls.

Anlaget har mycket olika geografisk utbredning och är särskilt vanligt i befolkningar där malaria förekommer endemiskt. Malaria orsakar således en positiv selektion för detta anlag, eftersom malariaparasitens livsbetingelser försämrats. På grund av invandring finns tillståndet numera också i Sverige.

Tabell 3. Exempel på substanser som kan utlösa hemolys hos personer med glukos-6-fosfatdehydrogenasbrist.

Substans	Läkemedel	Användning
Primakin	Primaquine	Malaria
Sulfaföreningar	Elkolin m fl	Medel mot infektioner,
Nitrofurantoin	Furadantin	särskilt urinvägsinfektioner
Nalidixinsyra	Negram	

Akut intermittent porfyri

Porfyrier är ärftligt betingade rubbningar i hemoglobinsyntesen. Av speciellt farmakogenetiskt intresse är den akuta intermittenta porfyri, som har sina anor i norra Sverige. Sjukdomssymtomen utlöses av ett stort antal läkemedel, och de flesta av dessa är kända enzyminduktorer. Det klassiska exemplet på ett sådant medel är barbiturat, som ger kraftiga buksmärtor och mörkfärgad urin hos en person med tillståndet. Många av patienterna har som en följd av dessa symtom utsatts för onödig bukkirurgi och kanske tillförsel av ytterligare skadliga farmaka. Innan man förstod sambandet mellan utlösande faktorer var dödligheten hög när porfyrisjukdomen väl hade utvecklats. Orsaken till akut intermittent porfyri är en enzymdefekt i hemoglobinsyntesen.

Akut intermittent porfyri nedärvs autosomalt dominant. De flesta svenskar som har sjukdomen härstammar från en enda anfader, hos vilken genen troligen muterade för ett antal generationer sedan. Det finns nu några hundra personer med tillståndet i Sverige. (En särskild förening, Riksföreningen mot Porfyrisjukdomar, St Görans sjukhus i Stockholm, ger ut en aktuell förteckning över läkemedel som utlöst porfyriattacker respektive sådana som kunnat ges utan oönskade effekter vid porfyri.) I tabell 4 ges exempel på läkemedel som utlöst porfyriattacker.

Läkemedelsbiverkningar

En del läkemedelsbiverkningar som förekommer i ytterst låg frekvens står sannolikt under genetiskt inflytande, trots att det finns mycket få belägg för detta än så länge. Exempel på sådana biverkningar är leverpåverkan, mukokutant syndrom, anafylaxi, agranulocytos, magblödningar, blodpropp, psykiska symtom m m. En stor majoritet av alla patienter kan behandlas problemfritt med läkemedel, medan man med säkerhet vet att ett litet fåtal kommer att få allvarliga biverkningar. Varje läkemedel har sin egen biverkningsprofil, och frekvensen av en viss sällsynt biverkan kan variera kraftigt. Det är också sannolikt att flera genetiskt betingade egenskaper tillsammans med sjukdoms- och miljöfaktorer måste samverka för att utlösa t ex en blodpropp hos en kvinna som använder p-piller.

Tabell 4. Exempel på läkemedel som utlöst porfyriattacker.¹⁾

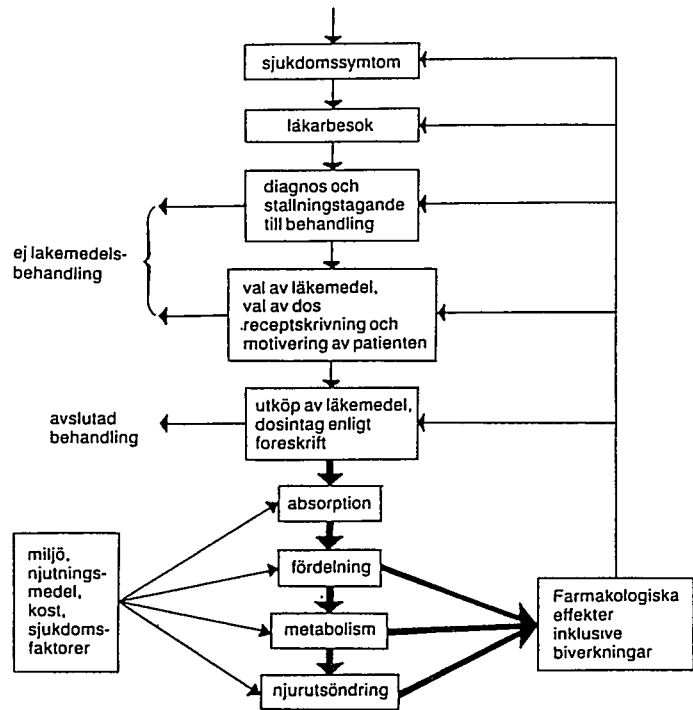
Substans	Läkemedel	Användning
Spironolakton	Aldacton, Spiridon m fl	Diuretikum
Metyldopa	Aldomet, Dopamet	Mot högt blodtryck
Hormonella anti-konceptionsmedel	Ett flertal "p-piller"	Antikonception
Sulfaföreningar, t ex sulfisomidin	Elkosin m fl	Mot infektioner
Bensodiazepiner	Stesolid, Valium m fl	Ångestlindrande
Anabola steroider, t ex nandrolon	Anadur m fl	Vid tillstånd med ökade äggviteförluster
Könshormoner, t ex testosteron	Testoviron-Depot m fl	Som anabola steroider och vid vissa cancerformer
Barbiturat	T ex Fenemal	Antiepileptikum; finns i en del kombinationspreparat, men har utgått som sömnmedel
Fenytoin	Fenantoïn, Lehydan	Antiepileptikum
Valproat	Ergenyl Leptilen, Orfilept	Antiepileptikum
Meprobamat	Anervan, Restenil	Kombinationspreparat mot migrän och oro
Griseofulvin	Fulcin	Mot svamp
Klorokin	Klorokinofosfat	Mot malaria
Halotan	Fluothane, Halothane	Narkosmedel
Xylocain	Xylocain	Lokalbedövningsmedel
Teofyllin	Oxyphyllin, Theo-Dur m fl	Bronkvidgande vid astma

¹⁾ Ur förteckning utgiven av Riksföreningen mot Porfyrisjukdomar.

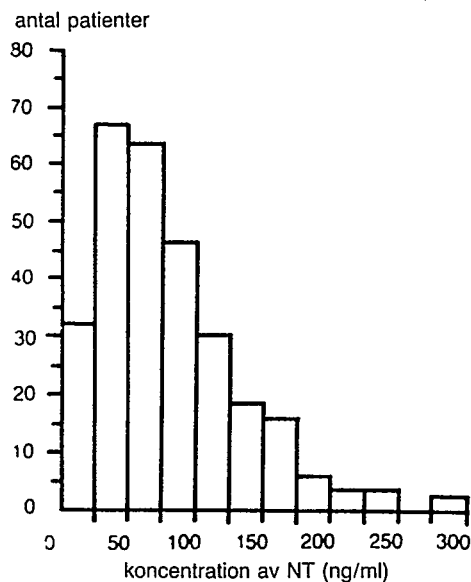
Allmänna synpunkter på individuell variation inom farmakoterapi

Användning av läkemedel innebär en lång serie av händelser med olika källor till variabilitet och störningar. Här kommenteras kort endast variabilitet i omsättning, effekter och biverkningar av läkemedel i ett farmakogenetiskt perspektiv. I figur 4 görs ett försök att sammanfatta alla omständigheter som har betydelse vid läkemedelsanvändning. Genetiska faktorer måste antas ha betydelse för hela det farmakokinetiska förloppet alltifrån absorption till fördelning, metabolism och utsöndring. Det finns också experimentellt belägg för genetiska faktorer betydelse på flera av dessa nivåer. Ett läkemedels "clearance" är en sammanfattande variabel som anger kroppens förmåga att eliminera medlet. Vid långtidsbehandling med läkemedel blir koncentrationen i plasma proportionell mot dygnsdosen och omvänt proportionell mot "clearance". I figur 5 visas fördelningen av plasmakoncentrationer vid långtidsbehandling med läkemedlet nortriptylin.

Man bör ha ovanstående fördelning i minnet då ett läkemedel sätts in och då den kliniska effekten följs upp. Effekter och biverkningar antas vara relaterade till plasmakoncentrationer, och utebliven effekt, god effekt eller biverkningar hos patienten bör värderas i relation till läkemedelskoncentrationen. En annan tänkbar nivå för genetisk påverkan är de receptor- och effektor-system för läkemedel och endogena signalsubstanser som nu börjar klarläggas.



Figur 4. Förslag till schema över omständigheter kring läkemedelsanvändning. De grova pilarna markerar processer där man på goda grunder antar att det genetiska inflytandet är stort.



Figur 5. Fördelning av plasmakoncentrationer i "steady state" hos 286 patienter som föreskrivits nortriptylin (NT) 25 mg × 3 vid endogen depression. Fördelningen är som väntat sned med en överrepresentation av höga koncentrationer. Rekommenderat intervall är 50 till 150 ng/ml. (Efter Alván 1977.)

Denna artikel bygger på kapitlet Farmakogenetik av G Alván och F Sjöqvist i Läroboken Klinisk Genetik utgiven av J Lindsten och L Iselius, Natur och Kultur, 1987.

Allmänläkare som lärare i grundutbildningens tidiga del – erfarenheter från Umeå

BENGT MATTSSON · SVEN-OLOF ANDERSSON

Under åren 1981–1988 har allmänläkare tjänstgjort som huvudlärare i grundutbildningen i Umeå i ungefär 2 veckor under preklinisk tid. Medverkan har varit i kurserna medicinsk psykologi I och II och artikeln beskriver något om innehållet och värdet av de tidiga allmänmedicinska bidragen.

Nyckelord: Allmänmedicin, medicinsk utbildning, utvärdering, Umeå

Under senare år har ämnet allmänmedicin fått en plats i grundutbildningens studieplaner vid alla svenska universitet. Omfattningen av ämnet varierar mellan olika orter. Linköping har det ojämförligt största inslaget av allmänmedicin.

I Umeå finns ämnet under 6:e och 10:e terminerna. En vårdcentralsvacka med inblick i primärvårdsarbete i allmänhet genomförs under 6:e terminen. Under 10:e terminen ges 3 veckors undervisning varav 2 veckor utgör vistelse på vårdcentral med tonvikten lagd på en personlig kontakt med handledare/allmänläkare och innehållsmässigt fokuseras på praktiskt kliniskt arbete.

Under de första studieåren förmedlas till den blivande läkaren förutom rent biomedicinska kunskaper även en grundsyn på den sjuka människan. Därför är det viktigt att komma in tidigt i utbildningen och förmedla något om allmänläkarens syn och arbetsvillkor.

Under två prekliniska kurser i Umeå har också allmänläkare medverkat på ett organiserat sätt alltsedan utbildningen i allmänmedicin startade 1980. En viktig grund för en bred medverkan av allmänläkare var den pedagogiska utbildning av allmänläkare som genomfördes lokalt 1980–81 (1). Vår redogörelse avser åren 1981–1988.

Första terminen

Under termin 1 ges i Umeå kursen "medicinsk psykologi I" i sammanlagt drygt 2 veckor med institutionen för psykiatri som ansvarig (2). Ett tema i kursen är utvecklingspsykologi och kriser med en åtskillnad mellan barn- ungdomstid och vuxenliv. I avdelningen "vuxenlivet" har allmänläkare varit med i 3–4 dagar under den övergripande rubriken "Vuxenlivets påfrestningar ur allmänläkarens perspektiv".

Det har vanligen varit 2–3 allmänläkare som delat på undervisningen under dessa 3–4 dagar. Rubrikens huvudord har givit innehåll för de enskilda dagarna med begreppet "vuxenlivet" som utgångspunkt för första dagen. Vad utmärker den vuxna och mogna personen?, vad är den vuxnes glädjeämnen och sorger?, vad innebär övergången från barn till vuxen (som en del i livskrisbegreppet)? Det är några frågor som tagits upp. Studenternas egen situation i övergången mellan tonår – vuxenliv och positionen på tröskeln till nytt yrke och livsriktning har kunnat tjäna som utgångspunkt för de diskussioner och grupparbeten som hållits.

Andra dagen har begreppet "påfrestningar" belysts och sjukdomsbegreppet har tagits upp. Vad är sjukt och vad är friskt? Studenternas egna erfarenheter har utnyttjats och undervisarens egna kliniska erfarenhet av patienter som varit mer eller mindre "sjuka" har utgjort utgångspunkt för en undervisningsdag.

Sista dagen/dagarna har "allmänläkarens perspektiv" belysts. Med hjälp av videospelningar och patientexempel har allmänläkarens hållning och attityd varit i fokus. Den synbarliga polariteten i läkarens vardag med medicinska problem å ena sidan och livskriser å den andra har presenterats och arbetets svårigheter och glädjeämnen har exemplifierats. Genom att tydligt framhålla betydelsen av läkarens person, hållning och ansvar har vitala och stimulerande diskussioner och kommentarer kommit till stånd.

Fjärde studietermen

Kursen i medicinsk psykologi återkommer sedan under fjärde terminen med ytterligare två och en halv vecka. Drygt hälften av den tiden har letts och organiserats av allmänläkare även om institutionen för psykiatri även här varit formellt ansvarig.

Under 4 dagar har delavsnittet "psykosomatisk medicin" undervisats med allmänläkare och psykolog som lärare. Varje dag har haft ett grundtema och under den första dagen har individen belysts ur ett psykosomatiskt perspektiv. Psykologiska och somatiska reaktioners parallellitet och självklara samband i allt mänskligt beteende har varit utgångspunkten. Innehållet under andra dagen har fokuserat på familjen ur psykosomatisk synvinkel och på de strukturer och

mönster i familjen som gynnar respektive förhindrar uppkomst av sjukdom hos individen. Den tredje dagen har haft ett mer samhällsperspektiv och det sociala nätverkets betydelse för god hälsa har presenterats.

Allt detta har enbart varit förmiddagsaktiviteter under temat "psykosomatisk medicin". Det har självklart inneburit kortfattade översikter men videovisningar och grupparbeten har konkretiserat frågeställningarna.

Hembesök

En eftermiddag under dessa dagar har vanligen ägnats åt hembesök. Kandidaterna har i grupper om två och två varit hemma hos patienter som haft kontakt med någon vårdcentral. Studenternas övergripande frågor till patienterna har varit: Vilka sjukdomar har personen haft? hur har mönstret varit när man sökt hjälp? (åker man till akutmottagningen på lasarettet, till distriktssköterskan, till allmänläkaren etc) och en avslutande huvuduppgift har varit att med hjälp av patientens berättelse få en uppfattning om och på vilket sätt livsproblem i ett vidare perspektiv lett till ohälsa.

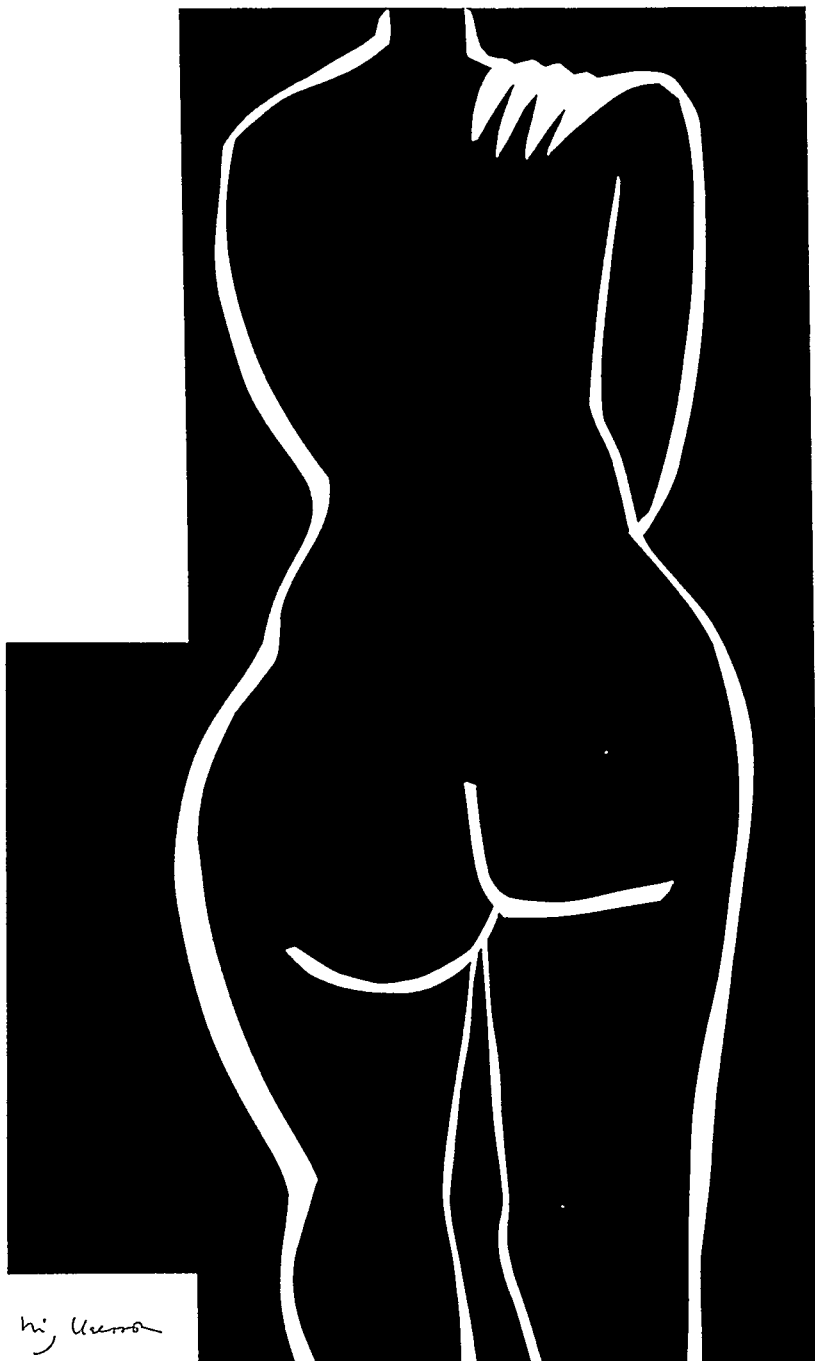
Under resterande eftermiddagar har studenterna rapporterat om sina hemintervjuer. Dessa har varit av mycket varierande karaktär. Ibland har det inneburit långa besök med både mat och kaffe, andra gånger har besöket varit avslutat efter bara 15–20 minuter. Diskussionernas livlighet, studenternas engagemang och svårigheterna att få tiden att räcka till är några bestående intryck under åren.

Livsåskådningsfrågor och medicinsk etik

I avsnittet "medicinsk psykologi I" under fjärde terminen har också ingått tre halvdagar omkring livsåskådningsfrågor och medicinsk etik. En allmänläkare har varit huvudansvarig och ibland har en sjukhuspräst, ibland en psykolog också medverkat. Avsikten med undervisningen har varit att stimulera de studerande till reflexion omkring betydelse och konsekvenser av en mer eller mindre tydlig livsåskådning. Detta har skett genom föreläsningar, egen reflexion, samtal i små grupper och genom diskussion i storgrupp.

Undervisningen i medicinsk etik har huvudsakligen inneburit redovisning av grupparbeten i seminarieform. Varje grupp har valt ett eget ämne,

SVART PÅ VITT OM
ABBOTICIN NOVUM 500 MG
ERYTROMYCIN



ABSORBERAS AV ALLA
MINDRE MAGSTÖRNINGAR
DOSERAS 2×2

Referenser 1. Elwin C E et al Third World Conference on Clinical Pharmacology & Therapeutics 1986, Abstract II 91. 2. Bertrand A et al Br J Clin Pract 1988, 42 (Suppl 55) 98-9. 3. Data on file Abbott Scandinavia AB. Abboticin Novum Antibiotikum JøLF ADI R Deklaration. 1 tablett a 500 mg innehåller Erythromycin ethylsuccinat 500 mg constit et color (knölingult) q s Egenskaper. Abboticin Novum tabletter innehåller erytromycinetylsuccinat. Denna ester av erytromycin hydrolyseras, efter absorption, till fritt aktivt erytromycin. Absorptionen av erytromycinetylsuccinat är något lägre än för erytromycinsterat (Abboticin tabletter), varför en högre dos av den biologiska inaktiva estern måste ges för att motsvarande plasmakoncentrationer av erytromycin skall uppnås. Indikationer. Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för erytromycin. Infektioner orsakade av Chlamydia trachomatis, t.ex. icke gonorröisk uretrit, cervicit samt konjunktivit och pneumoni hos spädbarn. Biverkningar. Gastrointestinala besvär i form av magknip, illamående och diarré kan förekomma, särskilt vid höga doser. Dessa biverkningar kan försvinna under pågående behandling. Liksom vid annan antibiotikaterapi kan, speciellt vid långtidsbehandling eller upprepad terapi, överväkt av icke känsliga bakterier eller svampar inträffa. Erytromycin skall då utsättas och lämplig terapi inledas. Allergiska reaktioner är sällsynta, men fall från lätta hudreaktioner och urtikaria till anafylaxi har rapporterats. Dosering. Normaldos för vuxna samt barn över 35 kg. 2 tabletter 2 gånger per dygn. Alternativt ges 1 tablett 4 gånger per dygn. Vid svårare infektioner kan upp till 4 gram per dygn ges. Optimal absorption erhålles om dosen inlaggs omedelbart före måltid. Förpackningar. Tabletter 500 mg (gula spolformade med Abbottsymbol på ena sidan) 40 st Vnr 004721 100 st Vnr 004804. Kontraindikationer. Försiktighet. Graviditet och amning. Interaktion. Se Abboticin tabletter.

Abbott Scandinavia AB, Box 1074, 164 21 KISTA. Tel. 08-752 00 50.

sökt litteratur på egen hand och ibland intervjuat lämpliga personer. Ämnen har varit bla dödsbegreppet, transplantationsverksamhet, abort, prenatal diagnostik, patient – läkarförhållande, AIDS – HIV, tvång i vården och forskningsetik. Presentationsformen har varierat från mer katedrala föreläsningar till rollspel och ofta har studentgruppen blivit påtagligt stimulerad och livaktiga diskussioner och meningsutbyten har uppstått. Lärarnas roll har varit att ge en introducerande föreläsning samt att bidra med struktur och visst innehåll till diskussionerna.

Sjätte/sjunde terminerna

Under termin 6 och 7 har allmänläkare deltagit i kursen "medicinsk psykologi II", också den administrerad av institutionen för psykiatri. Tyngdpunkten här har varit gruppverksamhet, 6–8 studenter har bildat en grupp och vanligtvis har 1–2 allmänläkare varit gruppleddare varje termin. Betoningen har legat på bearbetning av de problem som gruppmedlemmarna funnit viktiga, t ex reaktioner och tankar (patienternas och egna) inför döden, samspelet med patienter och vårdpersonal, samtalsmetodik, empati. Rollspel och användning av video har regelmässigt förekommit. Ibland har de studerande själva spelat in samtal med patienter och haft med som underlag för arbetet i gruppen. Omfattningen har varit 10+6 timmar i grupp samt några katedrala föreläsningar huvudsakligen under termin 6.

Erfarenheter

Av kursvärderingarna genom åren att döma har allmänläkarnas insatser under dessa prekliniska kurser varit mycket uppskattade (3). Kandidaternas

uttalanden stämmer också med det intresse och det emottagande som man som undervisare fått. Alltid har det funnits några studenter som uppfattat detta mindre strikt medicinska innehåll (och hela kursen i medicinsk psykologi) mest som ett hinder från att lära sig "riktig medicin" men den gruppen är mycket liten.

Omdömena har varit tämligen jämna oavsett vilka undervisare som deltagit (*). Det antyder att det är innehållet/temat som intresserar och föreläsarens/undervisarens personlighet och framställningskonst är av mindre betydelse.

Det visar också att det undervisningsmaterial som utvecklats varit tillfredsställande anpassat. Videoband med autentiska patientmöten är ett utmärkt pedagogiskt hjälpmedel. Dessa band ger en stark närvarokänsla för alla och i den fortsatta diskussionen finns en gemensam erfarenhet att utgå ifrån. Uppgiften för den undervisande allmänläkaren har mycket varit att fungera som en facilitator i den process som studenterna själva initierat.

Avslutande kommentar

De flesta studenter i Umeå har således mött allmänläkare som lärare i nästan 2 hela veckor innan de börjar den kliniska fasen, däribland den första "rena" allmänmedicinska kursen under 6:e terminen.

Som lärare påverkar man medvetet och omedvetet de studerande i deras inställning och syn på patienten. Under grundutbildningen sker dock senare ett avlägsnande från de värderingar och intressen som vi betonat under kurserna i medicinsk psykologi med en successiv orientering mot ett mer tekniskt synsätt.

På kort sikt "riskerar" måhända all-

mänmedicin därigenom att tidigt associeras med ämnen som traditionellt har mindre sk tyngd i utbildningen (t ex socialmedicin eller just medicinsk psykologi) och på så sätt skulle en tidig medverkan vara diskutabel och otaktisk.

Ur ett vidare perspektiv är det dock nödvändigt att humanistiska impulser tidigt får ett aktivt inflytande i grundutbildningen och inte bara blir till högtidliga officiella fraser eller anekdotiska omnämmanden. Allmänläkarnas speciella erfarenheter av arbete med sjuka människor (eller med de som tror sig vara sjuka) ger utmärkt stoff för en sådan tidig introduktion. Vad dessa insatser sedan har för betydelse ur längre perspektiv är det dock svårt att i dag säga något om.

(*) Det har varit artikelförfattarna tillsammans med distriktsläkarna Inger Bylén, Carl Edvard Rudebeck, Ulla Söderström och psykolog Rolf Asp som svarat för den största delen av undervisningen under åren.

Referenser

1. Mattsson B, Westman G. Om undervisningen i allmänmedicin i Umeå. SFAM-nytt 1981;2:32–5.
2. Eiseman M. Ämnesbeskrivning för kursen i medicinsk psykologi inom läkarlinjen, Umeå Universitet. Bulletin från föreningen för Medicinsk Psykologi. 1988;2:10–3.
3. Kursutvärderingar i Medicinsk Psykologi, 1980–1988. Institutionen för Psykiatri, Umeå Universitet.

Författarpresentation

Bengt Mattsson, distriktsläkare, Mariehems vårdcentral, Umeå.
Sven-Olof Andersson, distriktsläkare, Mariehems vårdcentral, Umeå.

Postadress: Morkullavägen 9. 902 37 Umeå

En enkät till distriktsläkarna i Stockholm

HANS ÅBERG

Redan tidigt efter att jag tillträtt professuren i allmänmedicin i Stockholm märkte jag att distriktsläkarnas arbetsuppgifter varierade en del mellan olika vårdcentraler i de olika förvaltningsområdena. Det bör i detta sammanhang påpekas att varje förvaltningsområde i Stockholm, 5 st i skrivande stund, (fr o m 1989 11 st) är av en storleksordning som befolkningensmässigt ofta överstiger ett län.

Jag syftar inte på förhållanden som beror på att befolkningen, som vårdcentralen betjänar, har mycket varierande ålderssammansättning och invandrartäthet, utan att man har olika synsätt på distriktsläka-

rens ansvarsområde. Det kan exempelvis gälla vem som skall sköta BVC och MVC. Det har också av och till i den interna debatten bland distriktsläkare hörts synpunkter som att tätorten behöver en annan typ av distriktsläkare än glesbygden (1–3). Mot denna samlade bakgrund ansåg jag det angeläget att få reda på var distriktsläkarna står i några frågor som är aktuella och viktiga för allmänmedicinens framtida utveckling. Från början tänkte jag att enkäten enbart skulle bli ett internt arbetspapper men på inrådan av ett antal kolleger ändrade jag mig särskilt som en del av resultatet bör kunna ha allmänintresse.

Nyckelord: Distriktsläkare, arbetsorganisation, arbetstillfredsställelse, intervju/enkätundersökningar, forskning, Stockholm

Hög deltagarfrekvens

Enkäten omfattade 26 frågor av ja- och nej-karaktär och några med ett antal färdiga alternativa svar. Dessutom fanns möjlighet till kommentarer på någon fråga bla den som avhandlade pågående forsknings- och utvecklingsprojekt. Syftet med den senare frågan var att få en aktuell inventering. Enkäten gick ut till 340 distriktsläkare och besvarades av 77% utan någon påminnelse. Medelåldern var 43 år och medianåldern 1 år lägre. Det var en knapp manlig dominans (53%). De flesta av distriktsläkarna (56%) hade arbetat i yrket 3–10 år och 30% mer än 10 år. Med andra ord är det en mycket erfaren grupp di-

striktsläkare som besvarat enkäten och vilkas synpunkter därigenom bör tillmätas särskild stor betydelse. Antalet ordinarie läkartjänster på respektive vårdcentral var mestadels 3–5 (57%) medan lika många arbetade på vårdcentraler där det var färre än detta eller större än 5 (22% vardera). Organisationen på vårdcentralen var vardlag i 54%.

Frågor om äldreomsorgen

Hemsjukvården sköts av distriktsläkare i 79%. Tillsammans med långvårdsläkare eller annan läkare i 17% medan långvårdsläkare enbart sköter denna i 4%. På en fråga om vem som borde ha hand om hemsjukvården fördelade sig svaren ungefär som den aktuella situationen var. Dock ansåg något flera att långvårdsläkare skulle sköta denna antingen ensamma (13%) eller tillsammans med distriktsläkare (10%). Hos de distriktsläkare som sköter hemsjukvården tycks omfattningen av denna vara relativt ringa. Hälften av samtliga har mindre än ett besök per vecka. Mer än två besök har 13%. Av samtliga svarande hade 46% sjukhem eller motsvarande inom den egna vårdcentralens upptagningsområde. Av de som hade sjukhem så sköttes dessa lika ofta av långvårdsläkare som distriktsläkare. På frågan om vem man ansåg skulle sköta patienterna på sjukhemmet uppgav 3 gånger så många att distriktsläkare skulle göra det i stället för långvårdsläkare (64% jämfört med 22%).

Inte mindre än 92% ansåg att mottagningsbesöken av äldre patienter skall skötas av distriktsläkare och endast 1% angav långvårdsläkare. Där emot ansåg 31% att långvårdsläkarna skulle ta hand om de patienter som tidigare vårdats på långvårdsklinik om de blev akut sämre. Dubbelt så många (64%) angav att distriktsläkare även i detta fall skulle ta hand om patienten.

Den nyligen presenterade utredningen om äldreomsorgen föreslår att kommunen skall ha hela ansvaret för de äldre. Av distriktsläkarna ansåg 47% att detta var bra medan 42% sade motsatsen. Återstoden utgjordes av enkäter där denna fråga var obesvarad (4%) eller felaktigt besvarad (7%).

I Stockholms län har man i likhet med på många andra håll i landet beslutat om en successiv minskning av långvårdsplatserna. Mot denna bakgrund ställdes frågan hur man såg på den planerade minskningen av långvårdsplatser. Inte mindre än 77% ansåg att denna minskning var alltför stor. Endast 2% angav att den var för liten. Det kan tilläggas att i realiteten har en sådan redan ägt rum i Stockholm, då personalbrist gjort att man under del av 1988 haft ca 800 långvårdsplatser stängda.

Regelbunden hälsokontroll av äldre förordades av 45% medan 52% ansåg att detta ej var nödvändigt. Slutligen ställdes en fråga om man tyckte att det

var intressant att arbeta med äldre. Av samtliga svarade 90% ja på denna fråga.

Många vill bli företagsläkare

Under senare år har en viss övergång skett från att vara distriktsläkare till att bli företagsläkare. Därför ställdes några frågor om hur distriktsläkarna såg på eventuellt arbete som företagsläkare. Av de tillfrågade distriktsläkarna hade 83% ingen erfarenhet av att vara företagsläkare medan 9% hade mer än ett halvårs sådan tjänst, dvs innan man blev distriktsläkare. Inte mindre än 26% angav att man var intresserad av att bli företagsläkare. Av de 6 olika alternativ som angavs som förklaring till detta var det helt dominerande: "större möjlighet att påverka den egna arbetssituationen". Övriga alternativ var i turordning "bra arbetstider, ingen jourtjänst" och nästan lika ofta "större inslag av förebyggande hälsovård". Därefter kom "eventuellt mer gynnsam löneutveckling", "intresserad av arbetsmiljöfrågor" och sist "föredrar att arbeta med personer i arbetsför ålder".

Subspecialisering inom allmänmedicinen

Enligt förslaget om nya specialistbestämmelser (kompetensutvecklingen efter läkarexamen SOU 1987:53) skall det bli möjligt att skaffa sig dubbelspecialisering. På fråga om detta var önskvärt när det gäller distriktsläkare svarade 67% ja och endast 26% nej. Övriga var obesvarade eller var svaren ej bedömbara.

Forsknings- och utvecklingsprojekt

Som tidigare nämnts var ett av syftena med enkäten att inventera pågående forsknings- och utvecklingsprojekt bland distriktsläkare. Detta för att senare kunna komma tillbaka med erbjudande om forskarutbildning inom

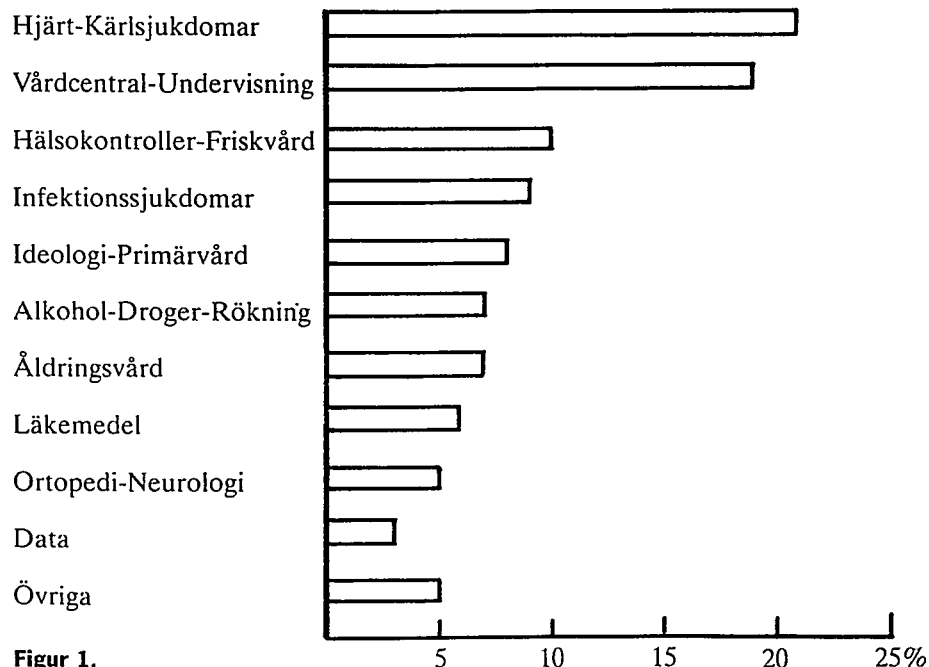
vissa större områden, där flera distriktsläkare håller på med liknande projekt. 29% av samtliga distriktsläkare håller på med något eller några projekt. I Figur 1 finns en sammanställning där pågående projekt har kategoriserats i grova drag. I några fall är det svårt att skilja grupperna åt. Den helt dominerande gruppen var hjärt- och kärlsjukdomar, hypertoni och hälsokontroller – friskvård. Tillsammans svarar de för ca 1/3 av samtliga. Inom grupperna "ideologi – primärvård" och "vårdcentral – undervisning" finns flera organisatoriska studier med anknytning till den egna vårdcentralen.

Diskussion

Några av svaren på denna enkät tycker jag är av klart allmänt intresse. Jag vill huvudsakligen uppehålla mig vid 4 punkter som förtjänar att bli diskuterade i distriktsläkarleden. Detta är desto mera viktigt som det är en mycket erfaren distriktsläkargrupp som har uttalat sig. Jag hänvisar till redovisningen ovan av den tid man arbetat som distriktsläkare.

Äldreomsorgen

En majoritet, ehuru knapp, tycker att det är bra att kommunen tar över hela ansvaret för äldreomsorgen. Då följdfrågor ej fanns med kan jag inte uttala mig om detta är uttryck för missnöje med nuvarande tingens ordning eller en allmän önskan om en organisationsförändring, som man tror skall förbättra den nuvarande situationen. En inte helt betydelslös del av distriktsläkarna ansåg emellertid i denna enkät att långvårdsläkare, ibland tillsammans med distriktsläkare, bör sköta såväl sjukhemmen som hemsjukvården. Jag tror mig veta att detta avviker från den uppfattning som jag många gånger stötte på under min tid i Uppsala men också i Umeå och bland de norrländska distriktsläkarna.



Figur 1. Procentuell fördelning av pågående projekt.

Arbete som företagsläkare lockar

Inte mindre än 26% angav att man tänkte bli eller kunde tänka sig bli företagsläkare. Om denna fråga hade besvarats på liknande sätt bland sådana som ännu ej var distriktsläkare kunde tolkningen göras annorlunda. Då det hittills inte funnits en egen företagsläkarutbildning så kan flera av de som skaffat sig allmänmedicinkompetens kanske redan från början ha tänkt sig en företagsläkarbana. En motsvarande tolkning av svaren i denna enkät är emellertid svårare att göra. Majoriteten av de svarande har nämligen en mer eller mindre lång distriktsläkarbana bakom sig. Rimligen måste detta tolkas så att ett antal distriktsläkare ser företagsläkarbanan som ett realistiskt alternativ till den nuvarande tjänstgöringen. Det är också av intresse att se vilken den dominerande orsaken till detta var. Hela 61% av de som tänkte bli företagsläkare angav att möjligheten att kunna påverka den egna arbetssituationen var den huvudsakliga orsaken. Jag tycker det finns all anledning att beakta detta och diskutera den i olika organisationssammanhang vad gäller själva distriktsläkararbetet. En fråga man också gärna skulle vilja ha svar på är om denna önskan att byta specialitet är unik för sådana som är distriktsläkare eller om det gäller även för andra specialister. Någon motsvarande enkät till andra specialister har mig veterligt ej gjorts varför jämförelsesiffror ej finns. Det är förvisso så att många även lämnar tex internmedicin för att bli företagsläkare. Denna specialitet är i likhet med allmänmedicin också mycket användbar som grund att stå på som företagsläkare.

Dubbelspecialisering

Ungefär 2/3 av samtliga distriktsläkare angav att det var positivt att kunna skaffa dubbelspecialisering. Detta finns med som ett förslag i utredningen om nya specialistbestämmelser. Om detta skall tolkas så att en majoritet, och en mycket klar sådan, ser fram mot en specialisering inom allmänmedicinen är svårt att säga. Klart är väl däremot att många känner ett behov av att fördjupa sig i någon annan specialitet än den obligatoriska för distriktsläkaren. En mera provokativ tolkning skulle vara att specialiteten allmänmedicin känns otillräcklig i sin nuvarande utformning med tanke på arbetets inriktning eller omfattning.

Forsknings- och utvecklingsprojekt

Inventeringen av pågående projekt visar mycket stor bredd, som det naturligtvis också bör vara i ett ämne som allmänmedicin. Nästan 1/3 (29%) av alla distriktsläkare håller på med något projekt. Detta är en anmärkningsvärt hög siffra och tyder på stor entusiasm för att ytterligare utveckla den allmänmedicinska forskningen.

Samtidigt pekar dessa resultat på nödvändigheten av att skapa bättre forskningsutrymmen för distriktsläkare som vill hålla på med projekt. Jag tror inte att det är möjligt att bara fortsätta på entusiasm utan vi måste få ett antal tjänster på medelhög nivå skraddarsydda för distriktsläkare. Man kan tänka sig halvtid eller kvartstid forskning och resten sedvanligt distriktsläkararbete. Anledningen till denna specialkonstruktion för distriktsläkare är att det är svårt med den meritering som de flesta distriktsläkare hittills hunnit skaffa sig att konkurrera om tjänster utannonserade av tex Medicinska forskningsrådet. Det är likaledes svårt att komma ifråga för tjänster av docent- eller forskarassistentkaraktär som finns vid de etablerade medicinska högskolorna. Jag framhöll våren 1987 vid en konferens, gemensamt anordnad av UHÄ och MFR om

de prioriterade ämnena i forskning och läkarutbildning, hur nödvändigt det är att få speciella forskningstjänster för distriktsläkare för att snabbt få en god allmänmedicinsk forskning som i sin tur kommer att bidra till att höja primärvårdens kvalitet. Detta är lika viktigt i dag.

Referenser

1. Hambraeus J. Två slags allmänmedicin. Läkartidningen 1988; 85:3777.
2. Troein M, Ribacke M. En gång storstadsktör - alltid storstadsktör? Läkartidningen 1988; 85:4376.
3. Hermansson I. Speciell behörighet för glesbygdsläkare? Läkartidningen 1988; 85:4376.

Författarpresentation:

Hans Åberg, professor i allmänmedicin, Karolinska institutet, Huddinge.

Postadress: Paradistorget 4, plan 5, 141 47 Huddinge.

LBO 6395

Pågående incidensstudie i Sverige

BENGT SCHERSTÉN · JAN ÖSTMAN

Sedan 1 januari 1983 och alltjämt pågår en landsomfattande undersökning avseende incidens av diabetes mellitus i åldersgruppen 15-35 år. Den innebär att på speciella registreringsblanketter rapporteras samtliga nyupptäckta diabetiker. På blanketten anges vid sidan av personnummer, datum för diagnos, typ av diabetes mellitus, högsta blodglukosvärdet under första 14-dagarsperioden, längd och vikt m m. Inrapportering sker till ansvariga för var och en av de sex hälso- och sjukvårdsregionerna i Sverige och deras namn och adress framgår av registreringsblanketten. På landets medicinkliniker (96), endokrinologkliniker (3), kvinnokliniker (73), barnmedicinska kliniker (45) och vårdcentraler (cirka 750) finns speciella kontaktmän utsedda.

Vi vill med denna artikel informera respektive erinra alla läkare på vårdcentraler om denna studie, eftersom det är av stort värde för undersökningens kvalitet att registreringen blir så fullständig som möjligt. Patienter med nyupptäckt diabetes i den här åldersgruppen remitteras i betydande utsträckning till medicinklinik eller motsvarande för eventuell insulinbehandling. En icke oväsentlig andel av diabetiker har en mildare form och kan förväntas även av andra skäl bli behandlade i öppen vård. Eftersom nya vårdcentraler tillskapas och en viss personalomsättning förekommer kan man inte utesluta att informationen om denna studie inte gått fram till alla. Nyligen har en sammanställning företagits av 5-årsmaterialet (1983-87) och vi vill här nedan redovisa detta.

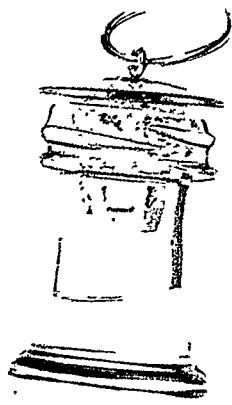
Totalt har 1934 patienter med nyupptäckt diabetes (alla former utom graviditetsdiabetes) registrerats, varav 1 425 klassificerats som typ I, 320 som typ II, 42 som sekundär diabetes och 140 har icke varit klassificerbara. Incidensen är konstant över de olika 5-årsintervallen. Medan andelen typ I-diabetes sjunker långsamt över åren stiger den för typ II-diabetes. Incidensen av typ I-diabetes är 15,1 per 100 000 män och 8,6 per 100 000 kvinnor, incidensen av typ II-diabetes är 2,2 per 100 000 män och 1,9 per 100 000 kvinnor.

Sedan 1 januari 1987 har undersökningarna kompletterats med en fall-kontrollstudie avseende etiologi till främst typ I (insulinberoende) diabetes mellitus. För att kartlägga etiologiska faktorer såsom arv- och miljöfaktorer tillställs samtliga nyupptäckta diabetiker en enkät innehållande 50-talet frågor (ärflighet, sjukdomar, kost, life events osv), dessutom tas blodprov avseende cytoplasmatiska ö-cellsantikroppar, HLA-DQ, IgM-antikroppar mot coxsackievirus, thyreoideaantikroppar som sedan sparas prov för framtida analys av olika virus. Denna studie är fn under utvärdering.

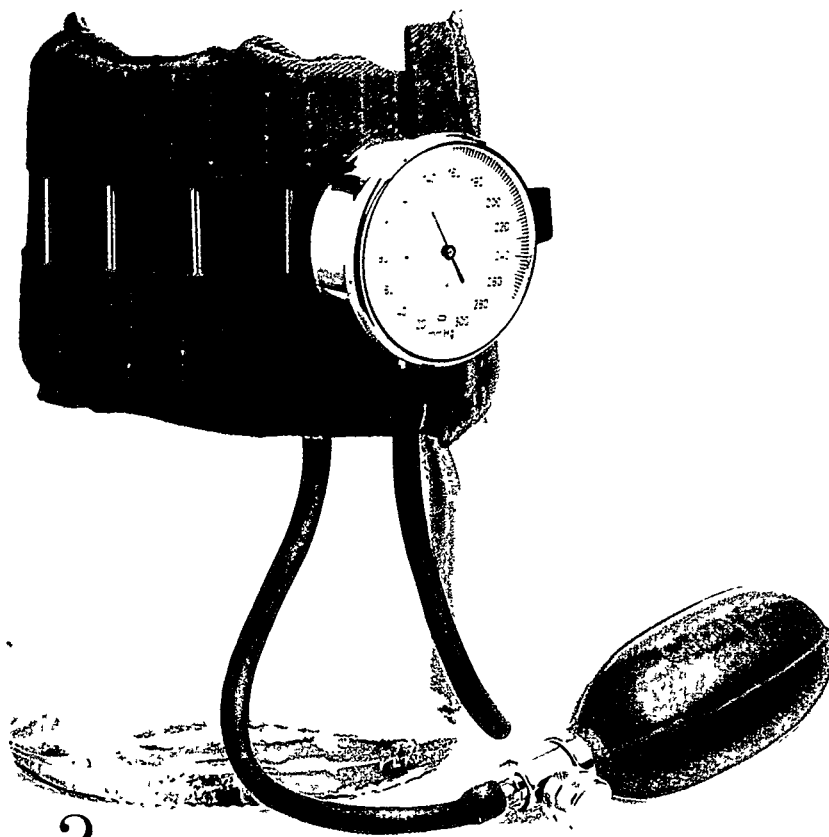
Författarpresentation

Bengt Scherstén, professor
Jan Östman, docent

Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby



ALKOHOL



Livets vatten?

Det finns ett samband mellan alkohol och högt blodtryck.

Du känner till det.

Du antyder det för vissa patienter.

Men även de patienter som lyssnar, kan ha svårt att ändra livsföring.

Det kan bli nödvändigt med en blodtryckssänkande medicin också.

Salures-K är ett lika aktuellt första handsval idag som någonsin tidigare. Somligt står sig länge!



Försök först med icke-farmakologiska åtgärder.

Dela ut Ferrosans nya trycksak med kostråd och recept på mat med mindre salt, socker och fett.

Sänd mig gratis 25 ex. av patienttrycksaken "Högt blodtryck — en signal till bättre livsföring."

Namn: _____

Adress: _____

Postnr
i g. texta

Postadress _____

Skicka kupongen till AB Ferrosan, Hjärta-kärngruppen, Box 839, 20180 Malmö

Något om alexitymi-begreppet ur ett allmänläkarperspektiv

BENGT MATTSSON · ROLF ASP

På allmänläkarmottagningar söker ofta patienter med kroppsliga besvär utan sk organisk orsak. Tämligen grovt och oprecist blir etiketteringen ofta "psykosomatiskt". Alexitymi-begreppet har givit nytt ljus åt förståelsen och betraktelsesättet av dessa patienter. Artikeln ger en bakgrund till vad alexitymi-termen innebär och hur neuros-begreppet relaterar till detta. Aspekter på behandling och bemötande tas också upp.

Nyckelord: Psykosomatiska sjukdomar, mentala störningar, alexitymi.

Termen alexitymi präglades 1972 av en amerikansk psykiater, Peter Sifneos (1). Ordagrant betyder begreppet, a=utan, lexis=ord, thymos=känsla och sk alexityma personer utmärkes av en specifik oförmåga att uppleva och uttrycka känslor. Begreppet har varit kontroversiellt men det har rönt stort intresse bland kliniker och forskare världen över de senaste 10–15 åren (2,3). Tidigare har begreppet varit framförallt associerat till de klassiska psykosomatiska sjukdomarna men numera förknippas termen med många andra medicinska och psykiatriska tillstånd och sjukdomar, tex med kroniska smärttillstånd, obesitas och missbruk (4,5).

Inom allmänmedicinen har förvånansvärt litet skrivits och diskuterats om alexitymi-begreppet även om man vet att många patienter med alexitym karaktär söker öppenvården. Dessa patienter har mycket svårt att i mötet med sjukvården levandegöra sin situation och sin problematik annat än i diffusa termer.

Utmärkande drag

Alexityma personer saknar eller brister i fantasi- och symboliseringsförmåga. Att besitta symboliseringsförmåga innebär att kunna leva i en självskapad, inre värld där känslor, behov och konflikter identifieras och bearbetas. I symbolvärlden representeras – dvs återskapas jag och min situation. Det finns möjligheter till försökshandlingar i stället för direkt agerande i den yttre verkligheten utan reflektion. I den inre, symboliska världen kan jag ta hand om mig själv, första, lugna och trösta och finna utvägar och därmed

bringa mig själv till ro och till fysisk och psykisk balans, dvs homeostasen kan återställas. Symbolvärlden gör det möjligt för mig att formulera mig i en avsiktlig dialog och kommunikation med omvärlden. Jag kan formulera mig i ord, handlingar eller neurotiska symptom. Den symboliska bearbetningen sker ofta utanför det egna medvetandet och delar av dess karaktär kan skönjas bl i vårt drömarbete.

Brister i symbolfunktionen gör människan mer utlämnad till yttre omständigheter och till direkta omedelbara ageranden i ord eller handlingar som inte är menade som avsiktlig kommunikation och dialog utan mer är uttryck för ett fysiologiskt behov av spänningsreduktion. Om dessa yttre spänningsreducerande handlingsmönster hindras eller hämmas tex av starka sociala konformitetskrav blir den fysiologiska spänningen kvar hårbärerad i kroppen med olustfyllda upplevelser och fysisk sjukdom som konsekvens.

Utan symbolisering finns inte heller någon differentiering av känslolivet. Fysiologiska sensationer, olika behovs- och känslotillstånd flyter mer eller mindre samman. Det är svårt att skilja mellan tex ilska, oro, otålighet, psykisk eller fysisk smärta. Det blir diffusa upplevelser som ofta beskrivs i allmänna termer – "åt helvete" – "bara skit" – "det gör ont". Samtal med alexityma personer upplevs ofta som stela och stumma. Svaren är konkreta och korta eller omständigt långdragna och utan egentlig affekt. Ett inre liv utanför det konkret tankemässiga är svårt att skönja och förmågan att leka, associera och "släppa loss" är mycket begränsad.

Den alexityma personen är ofta väl-anpassad med starka sociala konformitetsdrag och socialt fungerande och uppfattas som helt normal. I berättelser av vad som hänt i känsliga situationer återges ofta kroppsliga sensationer – "ont i bröstet" – "sug i magen" i stället för känslomässiga beskrivningar.

Teorier om orsaker

Det finns olika teorier om vad som ligger bakom dessa drag. Klart är att "störningen" är tidig – det är något medfött eller tidigt förvärvat och såväl biologiska som mer psykodynamiska förklaringsmodeller har presenterats. En hypotes har varit att en neurofysio-

logisk skada finns i bakgrunden. Den leder till en förändring av det limbiska systemets påverkan av neocortex (6). En ökad kunskap om de olika hjärnhalvornas funktion har också lett till teorier om en specifik vänsterhjärndominans hos alexityma (7). Vänsterhjärnan säges vara centrum för det strikt logiskt, analyserande tänkandet och den har endast en en-dimensiona- litet.

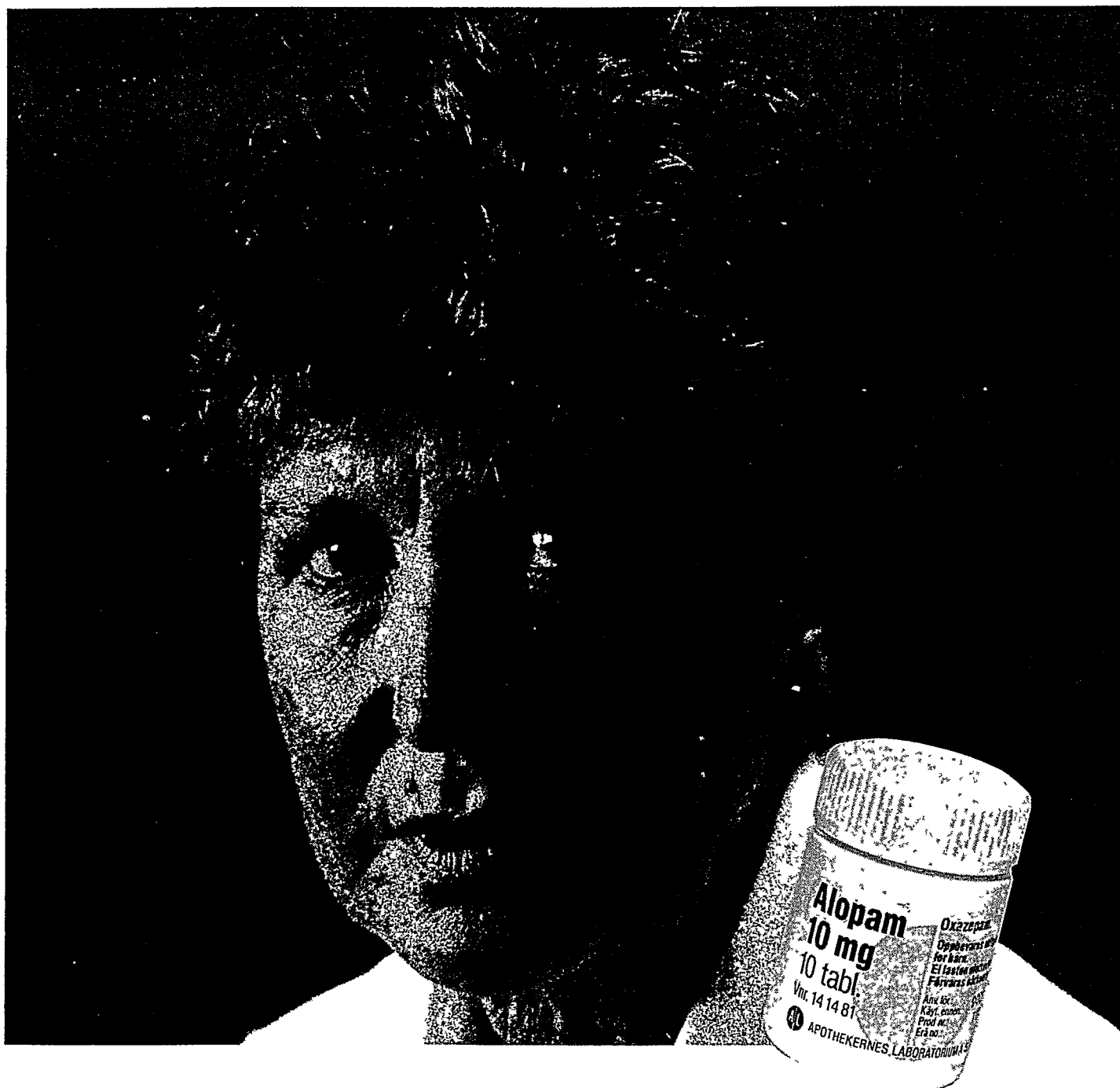
Alexityma drag har rapporterats hos patienter som genomgått sk com-misurotomi på grund av svårbe-handlad epilepsi (8) och i en annan studie av alexityma patienter med svårartade eksem fann man kraftigt förändrat sömnmönster vid EEG-registrering och inga eller mycket få angav drömmar när de vaknade upp efter längre perioder av REM-sömn (9).

Utifrån den sk objekt-relationsteo- rin skulle alexitymi kunna bli en kon- sekvens av en störning mellan modern (vårdaren) och det lilla barnet. En okänslighet eller oförmåga hos vårdaren att tillfredsställa och tolka barnets signaler och behov leder till obehag och oförmåga att ta hand om sådana känslor. Att kunna trösta sig själv, att kunna ha en egen "caring"-förmåga blir inte möjligt.

Vårdaren kan också vara för över- beskyddande och ständigt vara på vakt och söka tillfredsställa barnets behov dvs ha ett omedvetet behov av att vara allt för sitt barn. Barnet blir då för beroende av vårdaren och får svårt att uppöva den symboliserande förmågan att ta hand om och bearbeta de egna känslorna.

Alexitymi säges också kunna vara primär eller sekundär (10). En livslång dispositionell eller tidigt förvärvat skada (primär form) leder till att fysisk sjukdom utvecklas eller till att redan befintlig sjukdom förstärkes. Sekun- där alexitymi däremot är en konse- kvens av "stress" – trauma av något slag. Alexitymi blir då en försvarsmek- anism mot de minnen och känslor som orsakat stressen och den kan bli permanent eller vara mer övergående. Den primära alexitymin inbegriper alltså en bristfälligt fungerande och outvecklad psykisk struktur – en rudi- mentär symbolisk funktionsförmåga. Vid den sekundära alexitymin finns en inneboende symboliseringsförmåga men den utnyttjas inte, den är frusen.

Alexityma drag kan således skönjas hos många "normala" personer. Att i



Patienten har återkommande depressioner som tidigare framgångsrikt behandlats med antidepressiva medel. Då som nu visar patienten inslag av ångest med sömnsvårigheter. Du väljer att sätta in några dagars adjuvans med bensodiazepiner tillsammans med den antidepressiva behandlingen.

Alopam i 10-förpackning

OXAZEPAM

för de tillfällen då du vill skriva ut ett anxiolytikum för bara några dagars behandling.

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

Tabletter 10 mg: 10 st, 25 st, 100 st, 250 st.

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

Tabletter 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, Tel. 08-7169265
Dotterbolag till
Apothekernes Laboratorium A/S, Oslo

svåra stunder inte erfara känslans oerhörda kraft utan att sakligt tala om att "ta en sak i sänder" speglar den potentiella alexityma benägenheten hos det stora flertalet.

Diagnostik

I allmänläkarens vardags-praxis är patienter med kronisk kroppslig klagan "utan somatisk orsak" en vanlig kategori. Diagnostiska beteckningar brukar bli organneuros, funktionella tillstånd, psykosomatiskt tillstånd, depression m.m. Alexitymi-patienter finns i denna heterogena grupp men genom sin speciella karaktär kan och bör man distingera mellan dessa och de med sk neurotiska drag. De senare har en betydligt senare "störning" än de alexityma, deras tillstånd är egentligen inte alls så allvarligt, de är inte så "sjuka". Neurotikerns första levnadsår har genomlevts utan större störningar fram till den sk oedipala fasen. När socialiseringen och relationen till nära omgivande personer struktureras i denna utvecklingsperiod grundlägges vissa intra-psykiska konflikter. Men en grundstruktur och ett tillfredsställande inre liv har då redan etablerats. Hur kan då alexityma egenskaper skilja sig från sk neurotiska drag. Tabell 1 visar exempel på hur skillnader ter sig i en del avseenden.

Som framgår av tabellen kan den neurotiska patienten ses som en person med ett rikt inre liv. Fantasier, farhågor och rädslor avlöser varandra – konflikter är vanliga och relationer med andra är komplicerade men också på ett sätt innehållsrika. Alexitymikern är istället "stum", tycks vara tom på känslor, drömmar och fantasier. Konflikterna som kommer emot rusar "rakt in i kroppen", det finns ingen "caring"-funktion som kan ta hand och härgärgera obehag. En "tillräckligt god moder" inkommer aldrig tidigt. Kroppshållningen speglar också det inre livet – ett strikt, stelt och livlöst yttre präglar den alexityma personen även om täckleenden och icke förankrade känslobeteenden är vanliga. Neurotikern är mer flexibel och mjuk. Läkarens egna känslor (motöverföring) är mot alexitymikern ointresse, man blir lätt uttråkad, det väcks ingen känsla av lust eller liv. Neurotikern å andra sidan appellerar och väcker lätt känslor av ilska, omsorg eller omhändertagande. En neurotisk person upplevs som mer levande och ett fantasi- och drömliv finns bakom.

Förhållningssätt

Självklart blir det svårt för alexityma att se samband mellan yttre händelser och kroppsliga reaktioner. Förutsättningen för att uppleva och se ett sådant samband, en viss psykologisk struktur, är reducerad och förslag om psykologbesök eller remiss till psykiater uppfattas lätt som förolämpningar eller anklagelser. Förhållandet mellan läkaren och patienten är konkret och

Tabell 1
Några karakteristiska skillnader mellan sk alexityma och neurotiska personer.
Modifierad efter Apfel, Sifneos (11).

	Alexitymi	Neuros
Symptom	Långa berättelser om fysiska symptom	Mer psykologiskt innehåll i symptombeskrivningen
Tankeinnehåll	Konkret, avsaknad av fantasi, här och nu	Rikt fantasiliv, mycket inre bilder
Språk	Få (inga) ord för känslor	En mångfald av känslouttryck
Drömmar	Få – stereotypa	Ofta förekommande, rika
Aktivitet	Impulsiv, handlingsinriktning	Avvaktan, reflektion
Interpers. relationer	Få, avvissande eller beroendekonflikter	Många, särskilda typer av konflikter
Kroppshållning	Stel	Flexibel, rörlig
Motöverföring	Blir ointresserad, uttråkad	Blir intresserad, väcker till liv
Intresse för läkaren	Litet, är "utbytbar"	Tydligt, personlig relation

rör sig på ett somatiskt plan. Man talar om och undersöker den utanförliggande sjuka kroppen. ("Nå, vad tänker du göra åt en sån't här knepigt fall – har du (läkaren) sett nåt sån't här tidigare?")

Läkaren är auktoriteten för patienten och ett enkelt, rakt kroppsligt beskrivande formulering kan vara bäst i en terapeutisk situation, att börja tala om känslor och upplevelser blir bara frågor som stutsar stumt tillbaka. I det långa loppet gäller det att sträva mot en successiv utökning av den känslomässiga differentieringen för patienten och att visa på samband mellan yttre händelser och inre somatiska reaktioner. Det kräver tålmod, takt och uthållighet. En typ av grundskoleutbildning i känslodifferentiering kunde stå på schemat, den alexityma kan jämföras med de intellektuellt handikappade – här rör det sig om emotionellt handikapp i stället.

En differentiering av det inre livet som medför att känslor och upplevelser identifieras innebär att de kroppsliga medreaktionerna kan bli förståeliga. Man kan också börja med kroppen och träna en kroppslig differentiering (kanske med en psykologiskt intresserad sjukgymnasts hjälp). Att lära känna sin kropp och att verkligen skilja på kroppssensationer av typ tung/lätt, fylnad/tomhet, värme/kyla, spänning/avspänning etc är ett sätt för det inre livet att börja differentiera.

Läkar-patientrelationen måste vara lång och förhållandevis trygg för en framgång i ett sådant arbete. Detta är också motiverat av patientens organiska sjukdomar. Kontakt med alexityma patienter är tålmodsprövande och därför blir det lätt remisser och specialtundersökningar som konsekvens av en kontakt. Har man som läkare en viss kunskap om de bakomliggande mekanismerna och därigenom en ökad diagnostisk beredskap så blir det lättare att förstå och "härda ut" i kon-

takten. Patienten blir inte fullt så "knepig" och "tung" längre och att ha fått den självinsikten som läkare öppnar också för en gynnsammare prognos för patienten.

Referenser

1. Sifneos PE. Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Cambridge, Harvard University Press, 1972.
2. Taylor GJ. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment. *Am J Psychiat* 1984; 141:725–32.
3. Barany F, Ottosson J-O, Weinryb R. Förhållningssätt inför patienter med gastrointestinala besvär. Ur "Gastrointestinal psykosomatik" AB Tika, Lund 1987 pp 85–112.
4. Asp R. Psykologiska karakteristika hos en grupp patienter vid Vindelns hälsocentrum. Forskningsrapport Nr 72. Socialmedicinska institutionen, Umeå Universitet, 1987.
5. Lesser JM. A review of the alexithymic concept. *Psychosom Med* 1981; 6: 531–43.
6. Nemiah JH. Alexithymia: theoretical considerations. *Psychoter Psychosom* 1977; 28:199–206.
7. Witselson SF. Sex and the single hemisphere: specialization of the right hemisphere for spatial processing. *Science* 1976; 193:425–27.
8. Hoppe KD. Split brains and psychoanalysis. *Psychoanal Q* 1977; 46:220–44.
9. Tantam D, Kalucy R, Brown DG. Sleep, scratching, and dreams in eczema. *Psychoter Psychosom* 1982; 37:26–35.
10. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychoter Psychosom* 1977; 28:334–42.
11. Apfel RJ, Sifneos P. Alexithymia: Concept and measurement. *Psychoter Psychosom* 1979; 32:180–90.

Författarpresentation

*Bengt Mattsson**, distriktsläkare, Mariehems vårdcentral, Umeå.
Rolf Asp, leg psykolog, Socialmedicinska institutionen, Umeå Universitet.

* Postadress: Morkullevägen 9, 902 37 Umeå.

Möte med landets FoU-enheter

LBO 6397

Referat från årligt möte med landets enheter för forskning och utveckling inom primärvården

ANDERS LINDMAN

Under de senaste åren har allt fler landsting byggt upp FoU-kompetens i primärvården, oftast i form av FoU-enheter. Utifrån de olika förutsättningar som råder runt om i riket har dessa enheter fått olika namn och dess kompetens, arbetssätt och organisation och kanske även målsättning varierar. Icke desto mindre har man funnit det värdefullt att samarbeta med varandra. Den 17-18 november 1988 var FoU-enheten för västra Östergötland med Margareta Möller i spetsen värd för det fjärde nationella FoU-seminariet. 1985 var Utvecklingsenheten i Hofors värd för det första seminariet, 1986 var vi i Sollentuna och 1987 i Göteborg.

FoU i primärvården inte bara en angelägenhet för doktorerna

Vid de tidigare mötena har doktorerna dominerat, nu hade skaran växt och doktorerna var i minoritet. Markus Kallioinen från Sundsvall fick i uppdrag att uppdatera den något inaktuella förteckningen över FoU-enheter. Mötet inleddes med att såväl gamla som nya representanter presenterade sig och sin verksamhet. Det framkom då att FoU-enheterna är en ganska brokig skara. Deras ställning i förhållande till primärvårdsledningarna varierar, delvis beroende på hur man är kopplad till driften vid de olika vårdcentralerna.

Margareta Möller och Monika Lövgren fick i uppdrag att se efter om man

kan formulera en gemensam målbeskrivning.

Etik

Hur de etiska aspekterna på ett FoU-arbete ska bedömas och av vem, var en fråga som väckte livlig diskussion. Dagens olika etiska kommittéer sitter på universiteten och har ringa erfarenhet från primärvård och granskar bara forskningsprojekt. Vem kan granska och ge råd i övriga frågor. En arbetsgrupp bestående av Bengt Dahlin, Gråbo sammankallande, Sirkka Elo, Örebro, Anders Lindman, Luleå och Monika Lövgren, Skärblacka, fick i uppdrag att bereda frågan till nästa möte.

Dataproblem

Televerket informerade om "Telexbox" och andra datakommunikationsnät. Vi diskuterade personregister samt datakommunikation för utbyte mellan de olika enheterna och från enheterna ut till respektive vårdcentral. "Etik"-gruppen fick även denna fråga att arbeta med.

Allmänmedicin och hälsouniversitet

Erik Trell, professor vid den Allmänmedicinska institutionen, samt Dag Domeij, primärvårdsöverläkare i Linköping, gav en kort information. Vi var alla mycket imponerade av Linköpings hälsouniversitet. Även här betonades att forskning och utveckling inom primärvården är en angelägen-

het för alla personalkategorier inom primärvården, och definitivt inte enbart en fråga för doktorer. Vi som inte har närhet till ett universitet kan kanske etablera ett samarbete hemmavid gentemot våra vårdhögskolor.

Tidskrifter och publikationer

Anders Håkansson, som sitter i redaktionen för tidskriften *AllmänMedicin*, pekade på svårigheten att hålla sig ajour med de olika lokala primärvårdstidskrifterna. Han inbjuder all primärvårdspersonal att skriva i *AllmänMedicin*. Vi tyckte också att vi borde marknadsföra FoU-enheterna och deras verksamhet i olika tidskrifter, varför bland annat denna artikel blivit till.

Kommande möten

Nästa års seminarium arrangeras i Blekinge av Jerker Steneld och Inger Andersson. Temat blir enkätkonstruktioner och enkätundersökningar. Man kommer att ha hjälp av Birgitta Olsson från Samhällsmedicin i Luleå. Dessförinnan kommer Sirkka Elo att bjuda in kanslisterna och sekreterarna från FoU-enheterna för att ventilera gemensamma frågor och problem någon gång under våren 1989.

Författarpresentation

Anders Lindman, distriktsläkare. Samhällsmedicinska enheten i Luleå.

Postadress: Kopmangatan 36 B, 951 32 Luleå

Referat från Socialstyrelsens läkemedelsavdelnings workshop om

LBO 6398

Profylax och behandling av osteoporos

CECILIA BJÖRKELUND · MARKUS KALLIOINEN · PER SKOOG

Socialstyrelsens läkemedelsavdelning arrangerar varje år cirka sex stycken workshops och utger sammanfattningsrapporter från dessa workshops, framför allt riktade till primärvården. I början av oktober 1988 arrangerades en workshop kring profylax och terapi av osteoporos. Förutom ortopedier, gynekologer, farmakologer, endokrinologer, geriatriner och medicinare var tre allmänmedicinare inbjudna.

Fragilitetsfrakturerna har under senare år ökat i frekvens, samtidigt som även antalet personer som uppnår åttio-årsåldern, då största antalet col- lumfrakturer inträffar, ökar. Detta gör, att av ortopediklinikernas resurser

går ungefär 25 procent till höftfrakturer. Ämnet är alltså aktuellt både ur farmakologisk och sjukvårdsekonomisk synpunkt.

På workshopmötet diskuterades epidemiologi och riskfaktorer gällande osteoporos, liksom diagnostik och kontroll av behandlingseffekter. Där- efter presenterades och diskuterades de olika behandlingsformer och läkemedel som för närvarande är aktuella inom osteoporos-behandling och -profylax.

Generellt kan man sammanfatta, att forskningen hitintills inte givit något entydigt svar varken vad det gäller behandling eller profylax av osteoporos.

Det finns inget läkemedel, där man kunnat visa väldokumenterad preventiv effekt på den för individen mest invalidiserande och för samhället mest kostsamma frakturen, nämligen höftfrakturen. Östrogen förlångsammast hastigheten av urkalkningen av skelettet efter menopaus, men man saknar prospektiva långtidsstudier och särskilt studier av de numera använda östrogenpreparaten av kombinationstyp med gestagentillägg.

Mot bakgrund av detta framstår de primärpreventiva åtgärderna i form av icke-farmakologisk behandling som mycket viktiga och att kunskap om detta sprids av allmänläkarna. Fysisk

aktivitet har en gynnsam inverkan på benmassan och har också betydelse för muskelkraft och koordination. Det är alltså viktigt att gymnastik finns med på skolschemat (minst 3 ggr per vecka!), att motion ingår i "normal" livsföring och att omvårdnad innefattar regelbunden fysisk aktivitet. Lika så är det viktigt med utomhusvistelse för D-vitaminomsättningen och att kalkintaget är optimalt. Fallskadeprofylax är också viktig inom omvårdnaden.

Mjölk är kostens viktigaste kalkkälla. En liter mjölk innehåller 1200 mg kalcium. Det rekommenderade dagliga intaget är ca 800 mg per dag, och ännu högre till personer med manifest osteoporos. Lättmjölk rekommenderas som kalkkälla, eftersom det mätta fettinnehållet i kosten annars blir för högt.

Tobak har negativ effekt på benmassan, och osteoporos är vanligare

hos rökare. Dessutom inträder menopausen tidigare hos rökande kvinnor, vilket kan medföra ytterligare ökad tendens till osteoporos. Detta gör att tobaksprevention framstår som mycket viktig för att förebygga osteoporos. Alkohol har också negativ effekt på benmassan.

Amenorroiska perioder ger likaså minskad benmassa. Unga, hårdtränande flickor som förlorar sin mens har alltså mindre benmassa än sina jämnåriga kamrater som menstruerar!

Om vi lyckas med att bättre förebygga osteoporos, kommer vi att kunna utläsa detta ungefär år 2020!

Författarpresentation

*Cecilia Björkelund**, allmänläkare, studenthälsovårdsmottagningen.

Markus Kallioinen, distriktsläkare, Sundsvall.

Per Skog, distriktsläkare, Bollnäs.

* Postadress: Suttungs gränd 3, 752 27 Uppsala

JLÄNDSTINGET
i Jönköpings län

PRIMÄRVÅRDEN I JÖNKÖPING

Vi söker

DISTRIKTSLÄKARVIKARIE

inom verksamhetsområdet ALLMÄN-MEDICIN med placering vid vårdcentralen i BANKERYD.

Tillträde: Snarast möjligt.

Vikariatets varaktighet: 9–12 månader.

I Bankeryd bor 8300 invånare. Till vårdcentralen hör en väl fungerande sjukhemsverksamhet.

För mer information kontakta primärvårdschef Lars-Erik Adolfsson, tel 036/10 10 00, växeln anvisar.

Välkommen med Din ansökan till Läns-sjukhuset Ryhov, Personalavdelningen, 551 85 Jönköping senast 89-05-10.

Dalby-dagarna 6–7 november 1989

Tema: Vården av våra äldre

Vi inbjuder härmed befattningshavare inom primärvårdens sjukvård och socialtjänst att **inkomma med anmälan om föredrag eller poster samt sammanfattning** till årets Dalby-dagar.

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

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

Det preliminära programmet ser ut på följande sätt:

Måndagen den 6 november

Förmiddag Inledning
Fria föredrag
Symposium: Läkemedel och gamla
Moderator: Arne Melander
Eftermiddag *Symposium: Hypertoni och gamla.*
Är det farligt?
Lönar det sig att behandla?
Moderator: Lars Lindholm
Postersession
Posterdiskussion

Tisdagen den 7 november

Förmiddag Fria föredrag
Prisutdelning för bästa poster
Symposium: Den kroniskt sjuka patienten
Moderator: Bengt Scherstén
Eftermiddag *Minisymposium: Hur kan sjukgymnasten hjälpa de äldre?*
Moderator: Eva Nordell
Symposium: Vård i livets slutskede
Moderator: Kerstin Kaij

Deltagaravgiften kommer att vara 200 kronor per person.

Välkommen med Ditt bidrag till Dalby-dagarna!

Bengt Scherstén
professor, bitr chefläkare

Lars Lindholm
docent, distriktsläkare

Hanna Ahlstrand
avdelningschef

Karin Svenninger
byråsekreterare

Symposium om suicidförebyggande arbete på Riksstämman den 1.12.1988: *LB 06399*

CECILIA BJÖRKELUND

På Riksstämman genomfördes ett utmärkt symposium om suicidförebyggande arbete, anordnat av sektionen för allmänmedicin gemensamt med sektionen för psykiatri. Mats Ribacke, allmänmedicinare från Hofors, hade samlat personer med stor kunskap och erfarenheter om suicidförebyggande arbete omkring sig.

Nyckelord: Själv-mord, prevention, kongressrapporter, Riksstämman.

Lars Sundman, psykiater, inledde med epidemiologiska fakta om suicid i Sverige och lokalt i Gävleborgs län och berättade hur man spridit kunskap om lokal statistik i de olika kommunerna i länet genom att anordna temadagar för primärkommunens och primärvårdens personal. Även inom Gävleborg, som har höga dödstal i suicid, finns stora lokala variationer.

Informationsarbetet ledde fram till, att man i flera primärkommuner påbörjade interventionsarbete för att förbättra sättet att omhänderta personer med självmordsbeteende. Detta, enades man om, skulle åstadkommas dels genom lokala fördjupningsstudier, dels genom lokal utbildning.

Bengt Åbom, distriktsläkare i Ljusdal, beskrev en lokal fördjupningsstudie, som gjorts i Ljusdal, där plötslig våldsam död är en vanlig dödsorsak bland skogsarbetare. Man samlade data från flertal register, och kunde visa, att även lokalt mellan församlingar skilde sig mortalitetstalen. Genom denna lokala bearbetning av mortalitetssiffror föddes ett lokalt engagemang, och man kan nu genom epidemiologiska kunskaper, via en hälsoplan, försöka bearbeta problemet.

Jan Beskow, psykiater, gav ytterligare epidemiologiska data, och beskrev utifrån vilka linjer ett suicidförebyggande arbete kan bedrivas. I Sverige är suicid den vanligaste dödsorsaken i åldrarna upp till 65 år. Ca 2000 personer dör varje år i suicid, att jämföra med 800 i trafiken. Trots detta har man satsat förebyggande intervention betydligt kraftfullare på trafiken än på suicid. Genom stora, förebyggande insatser har man kunnat bringa ner mortalitetssiffrorna bland trafikdödade sedan 60-talet. Inställningen har gått från "det är den enskilda orsak" via "om folk körde bättre skulle trafikolyckor undvikas" till ett medvetet förebyggande av trafikolyckor genom förbättring av vägar, trafik-korsningar osv. Genom att man har gått från ett personcentrerat till ett

miljöcentrerat betraktelsesätt har detta lett till att det förebyggande arbetet har varit framgångsrikt.

Det finns nu stora kunskaper om hur suicid kan förebyggas, och dessa måste spridas och praktiseras. Det förebyggande arbetet skall bygga på

- att man mer öppet talar om liv-död problematiken
- att omvårdnaden förbättras
- att man försöker minska självmordsförsöken.

Epidemiologin skiljer sig mellan olika grupper. Suicidförsök är vanligast hos unga kvinnor, medan fullbordade suicid är vanligast hos äldre män. Själv-mordsmönstret ser annorlunda ut hos personer med depression, där sjukdomens aktivitet i sig själv kan leda till suicid. Hos personer med schizofreni är det inte i sjukdomens mest akuta stadier, däremot, som suicidet oftast sker, utan när man kommit in i ett kritiskt skede av rehabiliteringen och det sociala nätverket sviktar. Alkoholismens suicid är ytterligt miljö-känsligt och sker när den sista kvarvarande relationen brister.

Jan Beskow avslutade med att konstatera, att vi nu har bred kunskap om suicid, men att vi måste bygga centra för att kunna ta vara på kunskapen och sprida den vidare, liksom för att fånga upp lokala variationer och initiera förebyggande arbete.

Lars Jacobsson, psykiater från Västerbotten, berättade vidare om självmorden, som väsentligen är ett psykosocialt och kulturellt fenomen; ett sätt att lösa konflikter. Intervention i det enskilda fallet bör basera sig på följande:

- Försök fånga upp suicidaliteten! Vissa grupper är mer utsatta än andra, exempelvis alkoholister osv enligt ovan.
- Våga diskutera suicid som en möjlighet. Detta innebär att man måste ha bearbetat sin egen suicidalitet.
- Diskutera vilka alternativ som finns.
- Behandla adekvat bidragande faktorer och sjukdom, exempelvis depression, alkoholism, schizofreni. Patienten måste uppleva att han får riktig hjälp!
- Adekvat krisintervention i övrigt.
- Stå för hoppet.

I Västerbotten försökte man påbörja det förebyggande arbetet genom att stärka de grupper som skall omhänderta, det vill säga sjukvård, socialvård och allmänhet, eftersom det visade sig att hälften av dem som suicerat hade haft kontakt med sjukvården strax dessförinnan.

Därefter beskrev Malin Andrée, distriktsläkare, hur man på primärvårds-

nivå byggt upp och framför allt länkat samman organisationer i det suicidförebyggande arbetet. Många instanser i samhället arbetar omedvetna om varandra, och ett stort arbete måste läggas ned för att upparbeta fungerande kommunikation mellan polis och distriktsköterska, mellan primärvård och specialistvård och så vidare. Det visade sig, att ungefär 2/3 av de personer, som suicerat, hade sökt sjukvård under månaden före suicid, men för endast 1 av 26 hade självmordsproblematiken uppmärksammats. Via studiecirkel för de personer som kommer i kontakt med personer med suicidalrisk vill man öka kunskapen om suicidalprocessen och minska rädslan och öka lyhördheten. En psykolog leder cirkelarna, och man har haft deltagare från bland annat kyrka, kvinnojour, skolhälsovård, företagshälsovård, arbetsförmedling och försäkringskassa. Man har även ordnat upptaktseminarier, kontaktat lokalradio och tidningar. Vidare har kontakt tagits med psykiater och sköterska i psykiatriska öppenvårdsteamet och på så sätt har kommunikationen mellan psykiatri och primärvård förbättrats och lett till bättre omhändertagande av personer som sökt direkt till psykiatri. Man planerar att utge en folder till allmänheten om vart man kan vända sig i krissituationer.

Genom att samla lokala resurser och förbättra samarbetet har man på detta sätt uppmärksammat problemet och möjliggjort tidigare intervention.

Malin André avslutade med att sammanfatta allmänläkarens roll i det suicidförebyggande arbetet: att initiera ett samhälleligt arbete där positionen som läkare kan användas till att kontakta olika instanser och där den lokala kunskapen och anknytningen kan ge en möjlighet till samarbete utanför sjukvårdens värld.

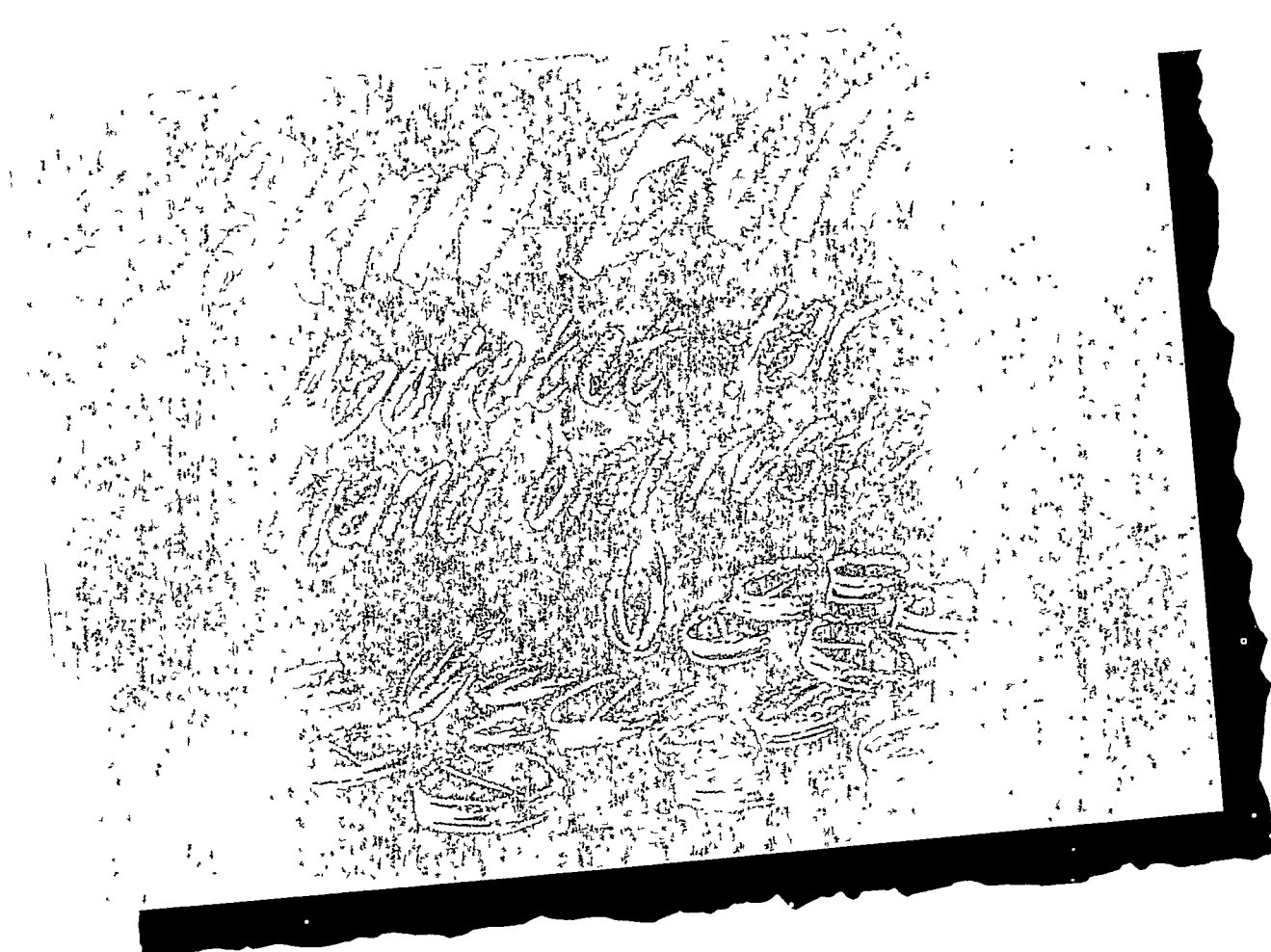
Symposiet var mycket lärorikt och på två timmar lyckades panelen åstadkomma en förmedling av mycket kunskap om suicid och suicidförebyggande arbete. Specialkunskap integrerades skickligt med allmänmedicinarens erfarenheter och arbete med verkligheten. Det illustrerade också på ett utmärkt sätt, hur allmänmedicin kan profilera sig på Riksstämman, nämligen genom att i symposier i för primärvården viktiga områden samla specialist- och allmänmedicinskunskap och belysa ett område på ett genomgripande sätt.

Författarpresentation

Cecilia Björkelund, allmänläkare

Postadress: Studenthälsovårdsmottagningen,

Suttungs gränd 3, 753 23 Uppsala



BOTAs produkter:

Penicillin 500 mg, 1 g BOTA syn.med Kåvepenin/Calciopen
Antibiotikum

△◇ **Oxazepam 10 mg, 15 mg BOTA syn.med Sobril/Alopam**
Lugnande medel

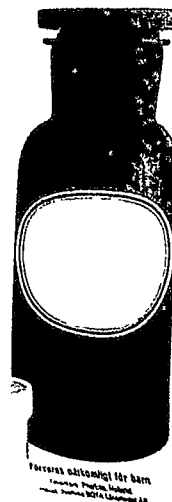
△◇ **Flunitrazepam 1 mg BOTA syn.med Rohypnol**
Sömnmedel

Furosemid 40 mg BOTA syn.med Lasix/Impugan/Furix
Diuretikum

Propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg BOTA
β-receptorblockerare syn.med Inderal

Spiroinolakton 25 mg, 50 mg, 100 mg BOTA
Diuretikum syn.med Aldactone/Spirix

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



Björn Åkennus & Klum

SVENSKA

LÄKEMEDEL AB
EXAKT – FÖR PATIENTENS SKULL

Människan i arbete

Lundgren N, Luthman G,
Elgstrand K (red)

Stockholm: Norstedts Förlag AB,
1987. Pris 963 kr.

Den är 1,8 kg tung och 827 sidor lång – boken om "Människan i arbete". Den är skriven av 62 författare, varav 20 professorer, och utgiven av Sveriges Rationaliseringsförbund. Den lär bli en klassiker inom det arbetsvetenskapliga området.

I det inledande blocket ger bokens tre redaktörer en introduktion till arbetsvetenskapen. Vi får också en beskrivning av läget i fem olika branscher, nämligen verkstadsindustrin, processindustrin, skogen, butiken och kontoret. De historiska återblickarna ger intressanta perspektiv.

Block 2 behandlar fysiskt arbete och fysiologisk belastning. Vi får läsa om trötthet och belastningsskador och om lämplig arbetsplatsutformning. Vi får också läsa om människans anpassning till arbete i olika klimat och om värme- och kylskador. Vidare finns kapitel om kost och om vibrationer och vibrations-skador samt om arbete vid förhöjt och sänkt lufttryck, exempelvis dykning respektive flygning.

I block 3 redogöres för nervsystem, sinnesorgan och mentala funktioner. Inledningsvis får vi en mycket noggrann och väl skriven redogörelse för nervsystemets och sinnesorganets fysiologi. Synen och synskador respektive buller och hörselskador presenteras i de följande två kapitlen. Vi kan också läsa om stress och arbetspsykiatri.

I block 4 behandlas kemiska hälsorisker och strålning. De organ som vanligen skadas presenteras liksom de vanligaste skadliga kemiska ämnena. Vi får lära oss hur man skall mäta dessa skadliga ämnen och hur man lämpligen eliminerar dem. Slutligen behandlas belysningsergonomi samt elektromagnetisk och joniserande strålning.

Block 5 handlar om säkerhet, risker och olycksfall; block 6 om rationalisering och tillämpning av ny teknik; och block 7 om arbetspsykologi och personalutveckling.

Ansvarig för block 8 om arbete, liv och hälsa har varit Lars Werkö. Framför allt för icke-medicinaren utgör det här blocket en väl skriven översikt. Vi får en genomgång av begreppet "hälsa" och livsstilens och levnadsvanornas betydelse för hälsan. Naturligtvis behandlas också arbetets och arbetslöshetens påverkan på hälsan. Ett kapitel handlar om vanliga sjukdomar och ovanliga. Kortfattat berörs den kliniska och den epidemiologiska forskningen samt det förändrade sjukdomspanoramat, framför allt då vad beträffar hjärt-kärlsjukdomar och

cancer. Avslutningsvis kan vi läsa om arbete och sjukdom och om det på senare tid omdiskuterade begreppet "arbetssjukdom".

Det avslutande blocket är rubricerat "Systematik i arbetsmiljöarbetet". Här ges praktiska råd om hur arbetsmiljöarbetet bör bedrivas.

Som framgår av ovanstående har jag studerat boken med läkarögon. Särskilt block 3 läste jag med stor behållning och fick en välkommen repetition av nervsystemets och sinnesorganets fysiologi, men också nya kunskaper om hjärnans högre funktioner. Många godbitar hittade jag också i framför allt blocken 2 och 4.

Boken är mycket gedigen och väl värd att läsa för en distriktsläkare. Enda felet är att den (med nödvändighet?) är något dyr. Annars vänder den väl sig framför allt till företagshälsovårdens personal, såväl medicinare som icke-medicinare, samt till folk i olika arbetsledande befattningar inom såväl privat som offentlig verksamhet.

Anders Håkansson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Teleborg

Box 5044, 35005 Växjö

Akuta förgiftningar

Werner B, Persson H, Kulling P (red)

Stockholm: Norstedts Förlag AB,
1988. Pris 392:–

Köp den här boken till din vårdcentral! Du sträckläser den inte, men den är bra att slå i när olyckan varit framme. På gott och väl 400 sidor presenterar folk från Giftinformationscentralen sina erfarenheter av akuta förgiftningar.

Särskilt användbara är de två listor som finns mot slutet av boken. Dels en förteckning över mer eller mindre farliga kemiska ämnen och produkter (främst då sådana avsedda för hushållsbruk), där det för varje produkt ges information om risker, symptom och första hjälpen – åtgärder samt råd om lämplig förvarning. Dels en alfabetisk förteckning över växter, både giftiga och ofarliga, där råden om första hjälpen-åtgärder gäller förgiftningstillbud hos småbarn.

I särskilda kapitel behandlas sting av fjärsing, bi och geting samt bett av huggorm, respektive svampförgiftningar, där de allvarligaste tillbudena orsakas av stenmurkla på varen samt lömsk flugsvamp, vit flugsvamp och spindelskivlingar på hösten. Vidare finns ett långt kapitel om förgiftningar med läkemedel, avsett att komplettera överdoseringskapitlet i FASS och förgiftningsavsnittet i Läkemedelsboken.

I bokens första tredjedel finns de mera övergripande kapitlen, där de allmänna principerna för diagnostik och behandling av akuta förgiftningar belyses. Också dessa kapitel är väl skrivna, men självklart mindre användbara i den akuta situationen.

Anders Håkansson, distriktsläkare

Arytmier – diagnostik och behandling

Redaktör Leif Björkman

Förlag Imprimé

Sedan ett par år finns en bok "Arytmier – diagnostik och behandling" tillgänglig. Fram till dess har det varit svårt att hitta någon bok som varit lagom lättillgänglig för allmänläkaren. Boken kostar 175 kronor och är utgiven av förlag Imprimé. Om man har ett gott förhållande till läkemedelskonsulent på Bristol-Myers AB som deltagit i utgivningen av boken kan man få den subventionerad.

Boken som är på 144 sidor är uppdelad på 25 kapitel som skrivits av 14 av Sveriges ledande kardiologer under redaktion av fil dr Leif Björkman och doc Lars Mogensen. Dessutom har tre primärvårdsläkare, Hans Lindborg, John R Lundqvist och Christer Mårtensson fått möjlighet att påverka bokens innehåll och utformning.

Boken är uppdelad i två delar: en allmän del som behandlar grundläggande principer, arytmiagnostik och olika former av behandling. En speciell del där olika arytmiformer behandlas var för sig med presentation, diagnostik, prognos, terapi och slutligen fallbeskrivning. Bokens första kapitel är en ordlista över aktuell terminologi och definitioner.

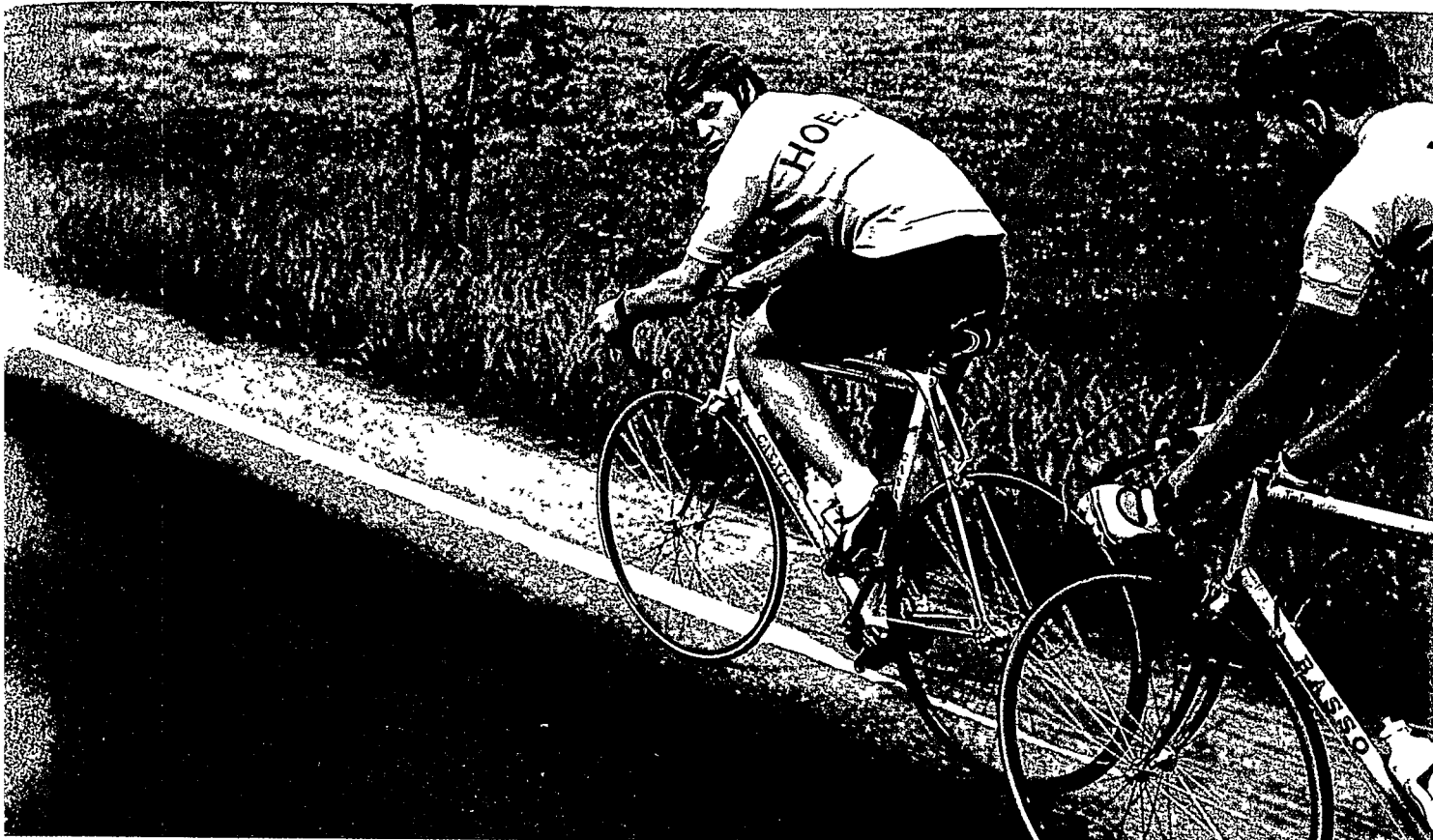
Bokens uppläggning gör den lättillgänglig och mycket trevlig att läsa. Den kan fungera som skönlitteratur under en semesterdag men fungerar också utmärkt som en behändig uppslagsbok när man står inför ett aktuellt arytmiproblem i det dagliga arbetet. Syftet med boken har inte varit att fungera som en "arytmibibel", men för den som är specialintresserad och vill fördjupa sig inom något speciellt område, finns det gott om referenser efter varje kapitel. Kritik kan riktas mot kapitelrubriken "diagnostik av arytmi i öppen vård" som vänder sig till primärvårdsläkaren men till största delen handlar om långtidsregistrering av EKG och således borde ha haft en annan rubrik. Med nuvarande rubrik hade det varit en lämplig uppgift för en intresserad och erfaren distriktsläkare att skriva.

Sammanfattningsvis tycker jag att detta är en välskriven och mycket trevlig bok som jag har haft stor glädje av att läsa. Den kommer säkerligen att komma till användning i mitt dagliga arbete som distriktsläkare varför jag tycker att det är en bok som bör finnas på varje vårdcentral. I samband med utbildning tex för AT-läkare och för sjuksköterskor kan boken fylla en viktig funktion genom att bringa ljus över arytmiproblem.

distr.läk Erland Tivell

Vårdcentralen 69500 Laxå

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.

**HYDAC**[®]
felodipin

Ditt val för att stärka framgångsrik internationell forskning.

Hoechst 

Svenska Hoechst AB, Läkemiddeldivisionen
Box 42026 126 12 Stockholm Tel 08/190060

Fucitha

BERG LARS JOHAN

GASTGIVAREV 16
543 00 TIBRO

734004



ögonsalvan
som droppas
morgon
och kväll

Fucithalmic

Lövens Ögonsalva 1% Stafylokokantibiotikum SO1A A13

Deklaration. 1 g ögonsalva innehåller:

Acid. fusid. 10 mg, conservans (benzalkon: chlorid.) 0,1 mg, natr. edetäs 0,5 mg, manitol., carbomer, natr. hydrox. et aq. steril. q.s.

Egenskaper. Fucithalmic är en vattensuspension av mikrokristallinisk fusidinsyra i en viskös beredning, vilket innebär att det upprätthålles effektiva fusidinkoncentrationer i tårvätska upp till 12 timmar efter given dos.

Fusidinsyra har särskilt hög aktivitet mot Staph. aureus och Staph. epidermidis, oavsett om dessa är betalaktamasproducerande eller ej. Streptokocker och Neisseria sp. är också känsliga. Enterobacteriaceae och Pseudomonas sp. är resistenta. Det föreligger ingen korsresistens mellan fusidin och andra antibiotika. Fusidinsyra har god penetration genom cornea in i ögat.

Indikationer. Akut konjunktivit orsakad av stafylokokker.

Kontraindikationer. Allergi mot någon av de ingående komponenterna.

Biverkningar. Lätt, övergående sveda liksom allergiska reaktioner kan förekomma i sällsynta fall.

Dosering. En droppe två gånger dagligen. Behandlingen bör utsträckas i o m två dagar efter symtomfrihet, för att förebygga recidiv.

Observera.

Fucithalmic bör icke användas samtidigt med kontaktlinser. Toxicitetsstudier under lång tid saknas varför långtidsbehandling ej rekommenderas.

Förpackningar. Ögonsalva 1%, 5 g. (tub)

